

**UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS**

**FACULTAD DE MEDICINA HUMANA**

**E.A.P. DE ENFERMERÍA**

**Vivencias del adulto mayor durante su internamiento  
en un hospital de III Nivel de Lima Metropolitana**

**TESIS**

para optar el Título Profesional de Licenciada en Enfermería

**AUTOR :**

**Leslie Maritza Noriega Carrillo**

**ASESOR :**

**Dra. Gladys Santos Falcón**

**Lima – Perú**

**2011**

**VIVENCIAS DEL ADULTO MAYOR DURANTE  
SU INTERNAMIENTO EN UN HOSPITAL DE III  
NIVEL DE LIMA METROPOLITANA**

## **AGRADECIMIENTOS**

A mis padres, Maritza y Freddy  
por su apoyo incondicional, esfuerzo  
y dedicación en cada momento  
de mi vida.

A mis abuelitos, Cristina y  
Julián por su paciencia, ternura  
y cariño; a mi querida Polita,  
quien desde el cielo ilumina  
mis pasos.

A mi querida asesora, la Dra. Gladys  
Santos Falcón, por su esfuerzo y entrega,  
siendo la guía para la culminación  
de la presente investigación.

## INDICE

Agradecimientos.....	ii
Resumen.....	vi
Summary.....	vii
Presentación.....	viii

### **CAPITULO I: INTRODUCCION**

A. Planteamiento del problema .....	1
B. Formulación del problema.....	7
C. Justificación.....	8
D. Objetivo.....	10
E. Propósito.....	10
F. Marco teórico.....	11
F.1. Antecedentes.....	11
F.2. Base teórica.....	16
F.2.1. Generalidades acerca del adulto mayor.....	16
F.2.1.1. El adulto mayor y sus características.....	16
F.2.1.2. Dimensiones del adulto mayor como persona.....	20
F.2.1.3. Clasificación del adulto mayor según su capacidad funcional.....	22
F.2.2. El adulto mayor durante la hospitalización.....	24
F.2.2.1. La enfermedad en el adulto mayor.....	24

F.2.2.2. Situación del adulto mayor hospitalizado.....	25
F. 2.2.3. La vivencia de la enfermedad.....	30
F. 2.2.4. La familia como cuidadora del anciano.....	33
F. 2.3. Rol de enfermero en el cuidado del Gerontológico.....	35
F.3. Definición de términos.....	44

## **CAPITULO II: TRAYECTORIA METODOLOGICA**

A. Tipo, nivel y método de Estudio.....	46
B. Escenario del estudio.....	49
C. Participantes del estudio.....	50
D. Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	54
E. Recolección, análisis e interpretación de datos.....	58
F. Proceso de análisis e interpretación de los datos.....	60
G. Consideraciones éticas.....	62

## **CAPITULO III: ANALISIS TEMATICO**

A. Vivencias positivas .....	64
A.1. Comunicándose adecuadamente durante su hospitalización.....	64
A.2. Sintiéndose cuidado y atendido.....	73
A.3. Sintiéndose respetado en su autonomía y creencias....	92

A.4. Sintiendo apoyados por sus familiares y amigos.....	106
B. Vivencias negativas.....	113
B.1. Refiriendo limitaciones en la comunicación.....	113
B.2. Sintiendo el descuido del personal de salud.....	135
B.3. Solicitando mayor atención y cuidado.....	154
B.4. Sintiendo la indiferencia y la ausencia de su familia.....	162

#### **CAPITULO IV: CONSIDERACIONES FINALES, LIMITACIONES Y RECOMENDACIONES**

Consideraciones finales.....	167
Limitaciones.....	172
Recomendaciones.....	173

#### **REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS**

#### **BIBLIOGRAFÍA**

#### **ANEXOS**

## RESUMEN

El presente trabajo de investigación titulado “Vivencias del adulto mayor durante su internamiento en un Hospital de III nivel de Lima Metropolitana”, teniendo como objetivo general, Comprender las vivencias del adulto mayor durante su hospitalización en el servicio de Medicina en un Hospital de III nivel de Lima Metropolitana.

Tiene un abordaje cualitativo, tipo Estudio de Caso Cualitativo, los participantes del estudio fueron 8 adultos mayores de 60 años a más, de sexo femenino (5) y de sexo masculino (3); se utilizaron como técnicas de recolección de datos la “Entrevista en profundidad”, y la “Observación participante”, con sus respectivas guías. Dentro de las consideraciones finales se encontraron vivencias positivas y vivencias negativas, las primeras enmarcan a una adecuada comunicación del paciente sea con el personal de salud y la familia, el sentirse respetado en su autonomía y creencias así como el sentirse apoyados y atendidos por la enfermera, sus familiares y amigos, además de percibir la preocupación de ellos hacia su bienestar. En relación a las vivencias negativas, emergieron en este rubro las limitaciones en la comunicación de algunos pacientes con el personal de salud, además el descuido y el maltrato recibido, el trato frío, la insensibilidad del personal de salud y en algunos casos el abandono de sus familiares, lo que limita la estabilidad emocional del paciente adulto mayor. El adulto mayor solicita mayor atención y cuidado de acuerdo a sus limitaciones, teniéndose en cuenta las características fisiológicas, emocionales, espirituales y sociales del adulto mayor, lo cual favorecería una adecuada atención según sus necesidades y requerimientos.

**Palabras clave:** Adulto mayor, hospitalización, vivencias del adulto mayor, interacción enfermera – paciente - familia.

## SUMMARY

This research paper is entitled "Experiences of older when admitted to a hospital of Metropolitan Lima III, with the general goal, understand the experiences of the elderly during hospitalization in the Medicine Department in a Hospital Metropolitan Lima III. Has a qualitative approach, qualitative case study, study participants were 8 adults over 60 years and older, female (5) and male (3), were used as data collection techniques " Interview in depth ", and " " Participant Observation their guides. In the final considerations were positive experiences and negative experiences, the first frame to enhance communication of patient is the health staff and family, feel respected in their autonomy and beliefs as well as feeling supported and cared for by nurse , their families and friends, and they perceive the concern to their welfare. With regard to negative experiences, emerged in this area of limited communication in some patients with health personnel, besides the neglect and mistreatment, cold treatment, the insensitivity of health personnel and in some cases abandonment of their families, limiting the patient's emotional stability elderly. The elder asked for more attention and care according to their limitations, taking into account the physiological, emotional, spiritual and social needs of the elderly, which would encourage adequate attention to your needs and requirements.

**Keywords:** Elderly, hospitalization, experiences of the elderly, nurse interaction - patient - family.



## **PRESENTACION**

En la actualidad el ser humano como persona ha tomado un papel muy importante, y dentro de éste es el adulto mayor que destaca como aquel que requiere atención personalizada no solo física sino también emocional, espiritual y socialmente. A pesar del gran cambio que se ha dado en relación a la metodología y las técnicas con respecto a la comunicación y relación entre seres humanos, aun se perciben y observan relaciones interpersonales no efectivas.

En ese escenario el proceso de hospitalización acarrea diferentes reacciones por parte de dicho grupo etario, necesitando del apoyo y comprensión que pueda proporcionar la familia, lo cual intensifica la fortaleza para sobrellevar dicho proceso. Asimismo, se tiene en cuenta el respeto por el adulto mayor, sus decisiones, creencias y fe ante esta crisis situacional. Cabe señalar que la relación que la enfermera crea con el adulto mayor; requiere de ciertas atenciones necesarias para su satisfacción, debe ser adecuada para lograr un ambiente empático, de confianza, en el cual dicho usuario se sienta satisfecho.

En el presente estudio de investigación de enfoque cualitativo, titulado: “Vivencias del adulto mayor durante su internamiento en un Hospital de III nivel de Lima Metropolitana”, se analizaron e interpretaron las vivencias, percepciones y expectativas que tienen los adultos mayores durante su proceso de hospitalización, incluyendo la relación que establecen con el personal de salud y con su familia, dichas manifestaciones me permitieron identificar algunos problemas y sugerir cambios al respecto. Consta de:

Capitulo I. Introducción, en el cual se expone el Planteamiento, Delimitación, Formulación del problema, Justificación, Objetivos, Propósito, Antecedentes del estudio y Base teórica; Capitulo II. Trayectoria Metodológica, que incluye Tipo y método de investigación, Escenario del Estudio, Participantes del estudio, Técnicas e instrumentos de recolección de datos, Proceso de recolección de datos, Proceso de análisis e interpretación de datos, Consideraciones Éticas; Capítulo III. Análisis Temático, donde se exponen cada una de las categorías emergentes y su respectiva interpretación; Capítulo IV. Consideraciones Finales, Limitaciones y Recomendaciones y finalmente se presentan las Referencias Bibliográficas, Bibliografía y Anexos.

## CAPITULO I

### INTRODUCCION

#### **A. Planteamiento del problema:**

Para los adultos mayores el ingreso a una institución hospitalaria significa una alteración en su vida cotidiana, no sólo se ve afectada la salud, sino también la libertad, la independencia, la privacidad y la autonomía <sup>(1)</sup>. La hospitalización del paciente tal como nos refiere Jovell (1999), genera sensación de secuestro, incertidumbre, incapacidad para comprender acontecimientos, sentimientos de soledad y la obligatoriedad de vivir situaciones adversas <sup>(2)</sup>.

Mayormente el personal de salud olvida el malestar que pueden causar en el adulto mayor realidades como la circulación de un gran número de profesionales a su alrededor, la falta de comprensión de

su forma de comunicación, caracterizada por el silencio, el cual debe ser interpretado; pues no entenderlo “puede ser más una condición de sordera profesional que de incapacidad de hablar”<sup>(3)</sup>, la estancia hospitalaria es un momento propicio para el acompañamiento por parte del profesional de enfermería, pero a veces pasa desapercibido, lo que muestra un quiebre en la interacción comunicativa entre quienes brindan y reciben el cuidado.

En relación a ello García (2000) expresa que “Las enfermeras, en colaboración con las familias y con otros profesionales de salud, tienen una función clave que desempeñar en los cuidados a las personas mayores.”, sobre todo si este adulto está hospitalizado y depende de otro(s) para sus cuidados <sup>(4)</sup>.

Las reacciones ante la enfermedad y la hospitalización, tal como nos refiere Sandrin Brusco (1992), en las personas ancianas ofrecen particularidades. Cuando el anciano contrae una enfermedad ve acentuarse su situación de dependencia y se hace aún más consciente de su debilidad y, por desgracia, de su soledad; se da cuenta de que representa un problema y una carga para los familiares, y tiende a reaccionar ante el temor de ser abandonado con actitudes contrastantes: algunos niegan su necesidad de cuidados, minimizan sus molestias, para demostrar con frecuencia

de una manera ingenua, una supuesta autonomía; otros, en cambio, se vuelven sumamente ansiosos de cuidados y protección y no sufren ninguna molestia relacionada con la enfermedad. En el adulto mayor enfermo, la atención se concentra en su cuerpo, que con sus exigencias y sus perturbaciones se convierte en el tema central de la vida<sup>(17)</sup>.

Joyce Travelbee, afirma que la relación enfermera – paciente se presenta por las interacciones que son contactos durante los cuales la enfermera y el paciente tienen una influencia recíproca y se comunican verbal o no verbalmente. Cada una de ellas puede ser un paso en dirección a la relación, si la enfermera, intencionalmente, se esfuerza por conocer al paciente y acierta en saber sus necesidades. Por lo cual, es tarea del profesional de enfermería planear, dirigir y guiar útilmente la interacción, de tal manera que se desarrolle la relación que es primordialmente una experiencia o serie de experiencias subjetivas entre la enfermera y el paciente o un miembro de la familia. Esta experiencia se caracteriza por una manera particular de comportamiento, percibida, pensada, sentida y actuada recíprocamente<sup>(5)</sup>.

Jean Watson en su “Teoría del cuidado humano”, expresa que el cuidar es el núcleo de la profesión enfermera; no obstante, analizando el contexto social y sanitario actual, debemos llevar a cabo un esfuerzo consciente para preservarlo dentro de la práctica asistencial, gestora, de formación y/o investigación, según esta autora, la calidad de las intervenciones de las enfermeras se basa en la participación de la enfermera-persona y del paciente-persona y en el conocimiento amplio del comportamiento humano, sus respuestas, necesidades, sus fuerzas y límites. Un saber reconfortar, tener compasión y empatía. También contempla el desarrollo personal y profesional, el crecimiento espiritual, la propia historia de vida de la enfermera, sus experiencias anteriores, las oportunidades de estudio, sus propios valores y creencias y su relación con ella misma y con los demás<sup>(13)</sup>.

Considerando el cuidado especial que demanda el adulto mayor hospitalizado se desarrollaron algunos estudios como el de Zea Herrera, María y colaboradores (2007) titulada “*Adultos mayores dependientes hospitalizados: La transición del cuidado*”, los autores han demostrado que el adulto mayor y su familia reclaman tácitamente del personal de salud, y en especial de enfermería, un reconocimiento humano y una comprensión de su ser con sus necesidades, satisfacciones o insatisfacciones, miedo y temor al

desenlace de la enfermedad, al aspecto económico de la hospitalización, a la separación de su espacio familiar y al trato recibido por parte del personal<sup>(6)</sup>.

Así también, Gilbert Arista (2003) en la investigación titulada *“Interacción enfermera paciente en el servicio de medicina del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión”*, demuestra que: el saludo, la presentación e identificación personal ante el paciente permite además de darse a conocer, crear un ambiente de confianza recíproca. A pesar de ello, como nos refiere el autor, durante el desarrollo de las interacciones de las enfermeras con los pacientes, se puede observar que no se da la importancia debida a esta etapa, lo cual repercutirá en la ayuda que pueda brindar la enfermera en la satisfacción de las necesidades del paciente<sup>(7)</sup>.

Según lo presentado, cabe señalar que el profesional de enfermería en los hospitales trabaja con el modelo biomédico, el cual está centrado en la patología y que considera a los cuidadores un instrumento de ayuda. Así también, se percibe que los profesionales de enfermería que laboran en salas de hospitalización de adultos, han despersonalizado el cuidado considerando solo el número de pacientes y de camas, tipos de diagnósticos, censos, cantidad de medicamentos y suministros, costos, manejo del kárdex e historias

clínicas, entre otros <sup>(8)</sup>, todo esto se aprecia actualmente en la relación que crea enfermería con los pacientes que en muchas ocasiones no es la adecuada.

Durante las prácticas hospitalarias efectuadas durante el 2do semestre del año 2009 en un hospital de Lima Metropolitana, así como en la visita a familiares internados en esa entidad, se observó al paciente, sobre todo a los adultos mayores, "quedarse solos, tristes, algunos sin recibir visita de familiares, afligidos, con necesidades de escucha, comprensión y atención, no solo hacia sus necesidades fisiológicas sino a aspectos psicológicos como: afecto, cariño, paciencia, teniendo en cuenta los requerimientos que demanda este grupo poblacional, expresando que el ambiente depresivo, el trato que reciben del personal y la falta de apoyo familiar afecta mucho sus sentimientos y emociones". Al interactuar con dichos pacientes, durante la ejecución de mis prácticas hospitalarias, manifestaron lo siguiente: "... las enfermeras no nos hacen caso, las llamamos y nos dicen que ya se nos pasará...", "... me dicen abuelo ya te pasará el dolor, pero es que ellas no saben cómo se siente uno...", "...a veces me siento solo, este ambiente me pone triste...".



La falta de tiempo, el número de pacientes y la escasa disponibilidad de un buen trato dificulta una adecuada comunicación entre la enfermera y el paciente adulto mayor, tal es así que durante la interacción con las enfermeras, expresan: "...no nos alcanza el tiempo para conversar con los pacientes...a veces hay mucho trabajo...el estrés en que vivimos a veces nos hace reaccionar de mala forma...", "... la rutina, el gran número de pacientes del servicio y la falta de disponibilidad en el trato hacen que en ocasiones algunas de nosotras reaccionemos de mala forma..."

Por otro lado, el tiempo y la falta de comprensión hacia las necesidades de los pacientes impide una relación paciente-familiares adecuada, éstos últimos manifiestan: "... si no vengo es porque no me alcanza el tiempo, tengo hijos y venir acá todos los días no se puede...", "...ya es anciano y se queja de todo, pero aquí lo cuidan, por eso mejor esta acá en el hospital, en mi casa no lo puedo cuidar..." Estos aspectos impiden una adecuada interrelación enfermera – familia para una mejor atención al paciente geriátrico.

## **B. Formulación del problema:**

Todo este conjunto de situaciones en las cuales se ve reflejada la falta de atención adecuada hacia el paciente adulto mayor, me llevó a indagar con mayor profundidad sobre el problema en relación

a las vivencias de estos pacientes, por lo cual me planteo la siguiente interrogante:

¿Cuáles son las vivencias del adulto mayor durante su internamiento en el Servicio de Medicina en un Hospital de III Nivel de Lima Metropolitana - 2010?

### **C. Justificación:**

El proceso de hospitalización para el adulto mayor implica alteraciones no sólo en el área biológica y física, sino también emocional, espiritual y social, el alejamiento de su familia desarrolla sentimientos de soledad, depresión y angustia lo cual se ve reflejado en su forma de actuar, en la manifestación de la necesidad de comunicarse, de ser escuchado, comprendido y sobretodo de ser valorado como ser humano. El profesional de Enfermería como actor principal, tiene la responsabilidad de brindar un cuidado de enfermería cálido e integral, fomentando continuamente una relación empática y asertiva con el paciente.

Es importante reconocer que en pleno siglo XXI, en donde se aprecia un incremento de los avances científicos, tecnológicos, prácticos y conocimientos sobre la importancia de aspectos emocionales del paciente, aún se aprecie que la realidad del proceso

de relación y atención en un servicio de hospitalización hacia el paciente y su familia sea inadecuada, superficial e inconstante.

Teniendo en consideración que el conjunto de situaciones por las que atraviesa el adulto mayor durante el proceso de hospitalización, crean vivencias en algunos casos positivas y en otros negativas, éstas van a determinar su reacción ante la crisis situacional por la que está atravesando y ello repercutirá en su rehabilitación, así como en la reinserción a la sociedad, por ende el apoyo que pueda ofrecer la familia, el personal de salud como: profesionales de enfermería, técnicos, médicos, etc., es muy importante para el logro de la satisfacción de necesidades de este grupo poblacional.

Es por ello que se considera necesario desarrollar esta investigación ya que se contribuirá a incrementar el conocimiento acerca de las vivencias del adulto mayor durante su hospitalización, así como, indagar si las necesidades de este tipo de pacientes son satisfechas en su totalidad, para favorecer un cuidado de calidad al paciente geriátrico, desde el punto de vista físico, psicológico, social y espiritual durante su hospitalización; generándose así un valor agregado al cuidado que brinda la enfermera.

#### **D. Objetivos del estudio:**

Los objetivos del estudio fueron:

- ✓ Describir las vivencias del adulto mayor durante su internamiento en el servicio de Medicina en un Hospital de III nivel de Lima Metropolitana.
  
- ✓ Analizar las vivencias del adulto mayor durante su internamiento en el servicio de Medicina en un Hospital de III nivel de Lima Metropolitana.
  
- ✓ Comprender las vivencias del adulto mayor durante su internamiento en el servicio de Medicina en un Hospital de III nivel de Lima Metropolitana.

#### **E. Propósito del estudio:**

La presente investigación se propone proporcionar una valiosa información a los profesionales de enfermería que laboran en el Hospital del estudio, acerca de las vivencias del adulto mayor durante su hospitalización, así como de la relación que establecen con el personal y la familia, enmarcando la percepción y expectativas del usuario que recibe dicho trato, a fin de promover el análisis, la reflexión y educación continua por medio del

planteamiento de talleres en relaciones interpersonales y satisfacción de necesidades del adulto mayor que motiven y permitan mejorar la calidad de relación y atención hacia este tipo de pacientes e insertar a la familia dentro de su cuidado, fortaleciendo el cuidado que se brinda en los distintos servicios del Centro hospitalario.

## **F. MARCO TEORICO**

### **F.1. ANTECEDENTES DEL PROBLEMA:**

Luego de realizar la búsqueda de la bibliografía se encontraron algunos antecedentes de investigaciones, los cuales guardan relación con el tema de estudio formulado, en el ámbito internacional encontramos los siguientes:

Manrique Anca, A. y Alvarado, M., en noviembre del 2006 realizaron un estudio titulado: Valoración de las necesidades y expectativas que tienen los pacientes respecto a enfermería en el área de medicina en el hospital "Padre Oliveros" Nirguaedo. Valencia, teniendo como objetivos: Conocer la opinión y expectativas que tienen los pacientes respecto a Enfermería en el área de Medicina del Hospital "Padre Oliveros" de Nirguaedo.; determinar cuáles son las características que deben tener las

enfermeras según la opinión de los pacientes; identificar cuáles son las actividades de responsabilidad que deben realizar las enfermeras según la opinión de los pacientes; conocer las expectativas que tienen los pacientes sobre el cuidado, información y educación que brindan las enfermeras. El diseño del estudio fue no experimental, de carácter descriptivo de campo. La población y muestra estuvo conformada por 50 pacientes que se encuentran en el área de Medicina. La recolección de la información se realizó por medio de un Instrumento tipo cuestionario en escala de Likert. Las conclusiones, del estudio fueron:

*"... el 64 % de los pacientes encuestados refieren que es más importante que la enfermera posea varias características como ser comprensiva, comunicativa. tener conocimientos sobre su enfermedad ya que de esta manera se puede cubrir las expectativas del paciente; además el 92 % de los pacientes están de acuerdo con que se le cumplan sus expectativas ya que de esta manera el paciente se sentirá más satisfecho con la atención y logrará recuperarse más pronto..."<sup>(9)</sup>*

Silva, Maria da Graça da, en el año 2007, realizó una investigación titulada: *La experiencia de envejecimiento: significado y la importancia de la práctica de enfermería*. Teniendo como objetivo: Comprender el significado de ser mayor, desde la perspectiva de las personas que sufren esta situación y contribuir a la producción de los

conocimientos de enfermería en relación con el envejecimiento. Estudio de tipo cualitativo, realizado con el enfoque fenomenológico, que tuvo como objeto a personas de 60 años o más, inscritos en dos centros de tercera edad de la Comunidad, ubicado en Campo Grande, Mato Grosso do Sul, Brasil, teniendo como instrumento la entrevista fenomenológica. Sus conclusiones, entre otras, fueron:

*“Las principales preocupaciones de los encuestados radica en que no pierdan su identidad, ya que a veces, a pesar de la edad cronológica, no se sienten ancianos; esperando el reconocimiento como ciudadanos, reafirmando que la salud es esencial, y la autonomía en su vida, enfatizando en la importancia del apoyo, la vida y el cuidado de la familia...Creo, entonces, que para lograr la excelencia de este cuidado, se debe tratar a cada persona, en particular...La atención individualizada es, pues, libre de estereotipos asociando con esta atención a la población y dirigida a la persona y no a su problema, teniendo en cuenta todo el contexto de su vida personal, familiar, comunitario y el medio ambiente físico y social...Creo que para garantizar la dimensión humana de la atención, es esencial respetar la autonomía y la dignidad de los demás. La complicidad y el apoyo mutuo, para trabajar junto con otros, para transformar la realidad...Comprender que los profesionales de enfermería deben estar preparados para trabajar en los distintos niveles de atención de la salud como la prevención y promoción, y no sólo atender a los pacientes hospitalizados”<sup>(18)</sup>.*

Karina Silveira de Almeida Hammerschmid y colaboradores, en el año 2007, realizaron un estudio titulado: *Los ancianos y los aturdimientos en los eventos de la internación quirúrgica*. Teniendo

como objetivo: describir las dificultades que sufren las personas mayores durante su estancia en la unidad quirúrgica. Estudio de tipo cualitativo, descriptivo, cuya población estuvo conformada por 13 adultos mayores de ambos sexos, hospitalizados en unidades de clínica quirúrgica SUS de un hospital universitario en Curitiba-Brasil. Para obtener la información se utilizó una entrevista semi-estructurada con una sola pregunta, realizándose tres entrevistas con cada participante de la tercera edad, en forma individual, en la sala donde el paciente estaba solo, tratando de mantener la confidencialidad de los informes, para obtener la densidad de la información. Sus conclusiones, entre otras fueron:

*“La preocupación por la protección de la desnudez del paciente quirúrgico debe ser constante para el personal de enfermería. Al manipular el cuerpo de las personas mayores hay que tener en cuenta que esto significa la expresión del alma de otro, porque es esencial para apreciar la intimidad del paciente. “[...] El respeto de la intimidad y la dignidad de la persona puede ser entendido como el "arte de conducta" [...]. El arte de conocimientos de la enfermería debe tener espacio en la atención al paciente...El mantenimiento de un diálogo profesional-paciente es fundamental para captar los deseos e insatisfacciones de los pacientes de edad avanzada. El profesional de la salud debe ser consciente de que el proceso de envejecimiento en sí a menudo puede traer tristeza y la introspección de los ancianos. Es el objeto el estimular los procesos de relación que hacen que aumenten la participación del adulto mayor, sea como sujeto y protagonista en el evento. La participación activa, como una manera de revelar detalles percibidos, así como ayudar en el proceso de atención y tratamiento...”<sup>(19)</sup>.*



Dentro del ámbito Nacional encontramos el siguiente antecedente:

Arista Chávez, Gilbert, en el año 2003, realizó una investigación titulada: Interacción enfermera paciente en el servicio de medicina del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión. Teniendo como objetivo: Conocer y analizar las características del proceso de interacción enfermera - paciente en el servicio de Medicina 7° B del Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión. Tipo de estudio cualitativo, cuya población estuvo conformada por 5 profesionales de enfermería que laboran en el servicio de medicina 7° B; además de 15 pacientes adultos los cuales se encontraban hospitalizados en el servicio por más de cinco días; la técnica utilizada fue la observación participante, y la entrevista no estructurada. Sus conclusiones, entre otras, fueron:

*"El saludo, la presentación e identificación personal ante el paciente permite, aparte de darse a conocer, crear un ambiente de confianza recíproca. A pesar de ello durante el desarrollo de las interacciones de las enfermeras con los pacientes, se puede observar que no dan la importancia debida a esta etapa, lo cual repercutirá en la ayuda que pueda brindar la enfermera en la satisfacción de las necesidades del paciente. ... Es necesario reconocer que aún resulta necesario integrar en la comunicación diaria de la enfermera a la asertividad como habilidad fundamental que permite establecer una comunicación adecuada, que se caracterice por ser respetuosa, directa y oportuna".<sup>(7)</sup>*

Luego de analizar los antecedentes encontrados, se infiere que el paciente adulto mayor dentro de su hospitalización presenta ciertas necesidades, sobretodo de atención afectiva y emocional por parte del profesional de salud y de la familia, además se tiene que algunos gerontos no se sienten ancianos ni con menos capacidades, lo que nos demuestra que es la sociedad quien lo coloca en una situación de desvalimiento o incapacidad, es por ello que se pretende lograr mediante esta investigación reconocer las vivencias de los adultos mayores durante su hospitalización, además de sus expectativas en cuanto a la calidad de atención o trato que desean recibir y de esta manera incentivar a mejorar la interacción, el apoyo y la integración tanto del profesional de salud como de la familia para lograr una atención de calidad del adulto mayor.

## **F.2. BASE TEÓRICA**

### **F.2.1. GENERALIDADES ACERCA DEL ADULTO MAYOR**

#### **F. 2.1.1. El adulto mayor y sus características:**

La Organización Panamericana de la Salud considera como personas mayores a aquellas que tienen 60 ó más años de edad.

A partir del año 1996, la Organización de Naciones Unidas denomina a este grupo poblacional “Personas Adultas Mayores”. Se considera que el envejecimiento en la población es un episodio, un momento en el período biológico y vital de un ser humano, a cuya permanencia (aumento de la expectativa de vida) y aún su expansión, amenaza quebrar la continuidad e identidad del grupo social en su condición de productor y transmisor de los valores actuales que le dan sentido.<sup>(10)</sup>

Los cambios que se producen en la vejez no se deben exclusivamente al proceso biológico normal e irreversible, hasta ahora, de envejecimiento sino a la combinación de varios otros factores interrelacionados, tales como la pérdida prematura de aptitudes funcionales por desuso, las enfermedades agudas y crónicas, la marginación social, la mal nutrición, la pobreza, etc.

En torno a los cambios biológicos ocurridos al envejecer, se configuró el llamado modelo médico tradicional que conceptualizó a la vejez en términos de déficits y de involución acentuando la percepción de la vejez como un proceso degenerativo. Es cierto que el organismo humano experimenta el desgaste consubstancial a la finitud de los seres vivos, pero esta disminución no significa necesariamente déficits, ya que el

organismo funciona con niveles variados de superávit o de reserva y, lo que es más importante, existe la posibilidad de intervenir para atenuar y contrarrestar los efectos que tales detrimentos tendrían sobre la capacidad de los individuos de seguir desempeñando por sí mismos sus actividades cotidianas.

(11)

### **Características psico-emocionales del adulto mayor:**

Tradicionalmente la edad cronológica ha constituido el parámetro que determina el inicio de la vejez y se refiere a la edad calendario o número de años que un individuo ha vivido, tal como nos refiere Alfonso Martínez (2007). Sin embargo, esto no constituye el mejor parámetro para determinar cuán productivo y capaz puede ser un sujeto tanto para sí mismo como para su familia y la sociedad.

En los ancianos se puede detectar diferencias individuales debido a características de la personalidad y acentuados por el cúmulo de experiencias de cada cual. En la vejez se da una reducción de la capacidad funcional del individuo. Puede encontrarse declinación en funciones intelectuales tales como: análisis, síntesis, razonamiento aritmético, ingenio e imaginación,

percepción y memoria visual inmediata. Es importante hacer notar que el anciano presenta menor deterioro de sus facultades intelectuales siempre y cuando se mantenga activo y productivo, cualquiera que sea la actividad laboral que realice. Además se incrementa el temor a lo desconocido, porque tener conciencia de las crecientes pérdidas físicas e intelectuales le produce un gran sentimiento de inseguridad. Estos son agravados por pautas culturales que los ubican en una posición desventajosa con respecto al adulto joven, determinando los roles que deben desempeñar.

Otras reacciones negativas que puede sufrir el anciano ante la angustia y frustración provocadas por las pérdidas, son la depresión y regresión. La depresión no es necesariamente un síntoma de envejecimiento pero se relaciona con el ámbito social estrecho en que vive el anciano, el cual lo conduce al aislamiento. Esto no se debe necesariamente a que el anciano viva solo, sino a que se le dificulta entablar nuevas relaciones significativas y algunas veces se presenta una rigurosa resistencia a abordar nuevas amistades. Si bien es cierto que todas las edades son portadoras de opiniones sociales, sin duda la Tercera Edad constituye una etapa de la vida muy influenciada, más bien determinada por la opinión social, por la cultura donde se

desenvuelve el anciano. Hasta hoy día la cultura, de una forma u otra, tiende mayoritariamente a estimular para la vejez el sentimiento de soledad, la segregación, limitaciones para la vida sexual y de pareja, y de la propia funcionalidad e integración social del anciano.<sup>(12)</sup>

#### **F.2.1.2. Dimensiones del adulto mayor como persona:**

Se sabe que los problemas en diferentes áreas, ya sea en lo biológico, social, emocional y espiritual tienen efecto sobre la salud, estas dimensiones son:

- **Dimensión biológica:** Se consideran los cambios fisiológicos a nivel celular y tisular que envuelve una serie de cambios químicos y anatómicos, que causan declinación funcional del adulto mayor. Estas deficiencias se hacen aparentes cuando el cuerpo esta fisiológicamente bajo estrés.<sup>(13)</sup>

- **Dimensión espiritual:** Se refiere a sus costumbres y creencias, de esta forma cultivar el espíritu debe ser una prioridad del hombre. Como parte de la terapia para estar en calma, en comunión con Dios y en armonía con la familia y en sintonía con la naturaleza, toda persona necesita de espacios para

encontrarse consigo mismo y evaluar la forma como lleva su vida.<sup>(14)</sup>

• **Dimensión Social:** Consiste en la capacidad del hombre de poder socializar con el medio que lo rodea. A medida que las personas envejecen, se ven obligadas a aprender nuevas formas de superar las actividades y demandas de la vida diaria, la presencia de enfermedades asociadas a las alteraciones de la memoria, otras pérdidas sensoriales, o de todas ellas, hacen que resulten más difícil la adaptación al envejecimiento, ocasionando actitudes depresivas, aislamiento. También influye en el anciano la actitud de indecisión respecto a su futuro, señalando en algunos casos que dicha expectativa es mala, por lo cual siempre buscan las conversaciones sobre tiempos pasados y experiencias vividas.<sup>(13)</sup>

• **Dimensión Emocional:** Comprende las modificaciones sobre la percepción de sí mismo a consecuencia de los cambios en el proceso del envejecimiento, que influyen en su rendimiento intelectual, que disminuye con la edad, la tendencia a la minusvalía, se da porque no ejerce sus actividades laborales como lo hacía , también la lejanía o muerte de los familiares o

amigos próximos, dejándolo en la soledad; todo ello conlleva a actuar al anciano de forma aislada, otros se muestran tristes, pasivos, pesimistas, sienten que sus valores no cuentan para los demás.<sup>(13)</sup>

#### **F.2.1.3. Clasificación del adulto mayor según su capacidad funcional:**

El definir la salud de las personas que envejecen no en términos de déficits, sino de mantenimiento de la capacidad funcional, resulta importante para establecer una estrategia adecuada de cuidados, así como las orientaciones para cada uno de los posibles servicios destinados a las personas mayores. Para este propósito es útil clasificarlas en tres grandes grupos:

- **Persona Adulta Mayor Autovalente:** es aquella persona mayor capaz de realizar las actividades básicas de la vida diaria, aquellas actividades funcionales esenciales para el auto-cuidado: comer, vestirse, desplazarse, asearse, bañarse, continencia y realizar las actividades instrumentales de la vida diaria, que son actividades tales como: cocinar, limpiar, comprar, lavar o planchar, usar el teléfono, manejar la medicación, manejar el dinero,



realizar tareas o trabajos fuera de casa y aquellas personas que aun realizan actividades académicas, artísticas, etc.

➤ **Persona Adulta Mayor Frágil:** se define como aquella que tiene algún tipo de disminución del estado de reserva fisiológica asociada con un aumento de la susceptibilidad a discapacitarse.

➤ **Persona Adulta Mayor Dependiente o Postrada:** se define a aquella persona que tiene una pérdida sustancial del estado de reserva fisiológico, asociada a una restricción o ausencia física o funcional que limita o impide el desempeño de las actividades de la vida diaria.

Dado el insuficiente reconocimiento y valoración por parte de la sociedad sobre la importancia de la población adulta mayor, su situación, características y participación en la vida social y económica del país, es importante promover una "Sociedad para Todas las Edades» que permita mantener relaciones equitativas, recíprocas y respetuosas entre niños, jóvenes, adultos y personas adultas mayores. Cobra gran importancia entonces, la existencia de un nuevo paradigma que nos permita conciliar un proyecto vital

participativo, a través de servicios sociales y de salud, a fin de reinsertar a las personas adultas mayores en nuestras sociedades, promoviendo de esta manera un envejecimiento saludable. <sup>(11)</sup>

## **F.2.2. EL ADULTO MAYOR DURANTE LA HOSPITALIZACION:**

### **F.2.2.1. La enfermedad en el adulto mayor:**

La enfermedad es una de las notas características del envejecer y viene condicionada por la vulnerabilidad de la edad avanzada. Antes de exponer el hecho básico en patología geriátrica, que es el diferente modo de enfermar con respecto a otras edades, conviene conocer cuál es la definición de enfermedad. Una de las más valiosas, y de plena aplicación al envejecer, es la de Lain Entralgo <sup>(20)</sup>: "Es un modo de vivir personal aflictivo y anómalo, reactivo a una alteración corporal, en la que padecen las acciones y funciones vitales, por el cual el individuo vuelve al estado de salud, muere o queda en deficiencia vital permanente" Para este autor las vivencias de la enfermedad están constituidas por:

- *Invalidez*, al no poder realizar lo que quiere o lo que necesita.

- *Molestia*, en cualquier grado de aflicción que se extiende desde el disconfort al dolor visceral.
- *Amenaza*, al sufrir la pérdida de la integridad de las funciones y hacerse próxima la sensación de la disolución vital.
- *Soledad*, determinada por la imposibilidad de transmitir las vivencias que la enfermedad acarrea.
- *Anomalía*, nacida de la clara percepción de que los sanos se hallan en el ámbito de la normalidad.
- *Recurso*, por servir siempre de centro de los cuidados del entorno humano que le asiste o por aprovechar la enfermedad para obtener otros beneficios legales, laborales o sociales.

De estas vivencias en la enfermedad de los mayores hay que subrayar la invalidez, la amenaza, la imantación por el cuerpo, la molestia y la soledad, ya que al estar impresas en el propio envejecimiento, se harán más densas y significativas<sup>(20)</sup>.

#### **F.2.2.2. Situación del Adulto mayor hospitalizado**

Según la Ley N° 27408, que establece *"la atención preferente a las mujeres embarazadas, las niñas, niños, los adultos mayores, en lugares de atención al público"*, se debe tener consideración dentro de este grupo a los gerontos que estén atravesando por

diversas situaciones de enfermedad y aplicar las medidas necesarias para que su hospitalización sea favorable y se brinde una atención adecuada, ya que el adulto mayor hospitalizado experimenta con frecuencia insuficiencia en múltiples sistemas, así también, necesidades tanto físicas como emocionales.

Las enfermedades que conducen con más frecuencia a la hospitalización comprenden arritmias, insuficiencia cardíaca, ictus, desequilibrio de los líquidos y electrolitos (ej: hiponatremias, deshidratación), neumonía, fracturas de cadera.

Para el adulto mayor significa una alteración en la vida cotidiana, no sólo se ve afectada la salud, sino también la libertad, la independencia, la privacidad y la autonomía como ser humano, el alejamiento de su familia le implica sentimientos de soledad, depresión y angustia, además que la transición de pasar de la vida en casa a un hospital se describe como el paso de una etapa, condición o estado de la vida a otra, y el resultado de la interacción entre persona y medio ambiente, que implica cambios en el estado de salud, relación de los roles, expectativas, habilidades y demandas. Asimismo la depresión en el adulto mayor incrementa sustancialmente el uso de medicamentos y se asocia con

recuperación más lenta, mayor recurrencia y discapacidad psicosocial.

Por otra parte, las personas que viven solas o con personas no cercanas al núcleo familiar (sobrinos, ahijados, etcétera) se deprimen más que quienes cuentan con apoyo familiar más cercano. Esta situación pudiera explicarse porque la soledad y la falta de convivencia social y familiar en personas mayores que dependen económicamente de otros individuos, aunadas a la discapacidad y a enfermedades crónicas, alteran en forma importante la esfera psicosocial, con sentimientos de inutilidad y desánimo.<sup>(15)</sup>

Según Pilar Gamarra, los riesgos que acarrea la hospitalización, sobre todo para las personas mayores, han recibido especial atención en los últimos años, estas personas tienen una alta prevalencia de discapacidad que aumenta con la edad. Para muchas de ellas la hospitalización resulta frecuentemente en una declinación irreversible del estado funcional y un cambio en la calidad y estilo de vida, pudiendo además dar como resultado muchas complicaciones no relacionadas al problema de admisión o su tratamiento específico, por razones que

pueden ser evitadas, con una consecuente pérdida de su independencia y una alta probabilidad de ser institucionalizados.

Usualmente la edad está asociada con cambios que incrementan la susceptibilidad a diferentes estados de estrés. Muchos de estos cambios representan pérdida de la reserva funcional, pero no producen discapacidad bajo circunstancias ordinarias; sin embargo, cuando es sometido a algún estrés, sobrepasa la frontera y se inicia la inhabilidad funcional <sup>(21)</sup>.

La autora citada anteriormente también refiere que existen muchos factores asociados a la hospitalización y al reposo en cama que individualmente o en conjunto pueden conducir al anciano a la discapacidad, conduciendo a una cascada de eventos que pueden culminar con la disminución de la calidad de vida. El reposo en cama produce una pérdida de la masa muscular de 10% por semana, además de producir cambios articulares y periarticulares que conducen a la contractura. Para un anciano con una reserva fisiológica disminuida que todavía es capaz de realizar sus actividades de la vida diaria, el reposo en cama de algunos días puede resultar en una pérdida de estas actividades.

La pérdida de la fuerza muscular es la principal causa de las caídas, especialmente cuando se trata de trepar las barandas que usualmente son usadas durante la hospitalización. El reposo en cama también conduce a una pérdida del volumen plasmático (600 ml) que ocasiona hipotensión postural y síncope. La inmovilización de algunas horas puede conducir rápidamente a la aparición de úlceras de presión y que se acelera en los casos de incontinencia. (21)

Otro problema frecuente en el adulto mayor es la incontinencia urinaria que tiene una frecuencia de 5 a 15% en los ancianos que viven en la comunidad, puede llegar a alcanzar el 40 a 50% en los ancianos hospitalizados, debido muchas veces a la dificultad que tienen durante la hospitalización de implementar sus habituales estrategias para evitar la incontinencia. El ambiente no familiar, las camas altas que los intimidan, las barandas, los diferentes “catéteres”, vías endovenosas, O2 nasal, etc. dificultan su movilización, a lo que se añade también el uso de psicotropos que disminuyen la percepción de la necesidad de evacuar.

Además, el anciano por diversos cambios fisiológicos y disminución del impulso sensorial es propenso a la aparición de confusión. Durante la hospitalización coexisten diversos factores

que van a conducir a confusión, aún en pacientes normales, el encontrarse en un lugar desconocido, con personas desconocidas, probablemente en una habitación con escasa iluminación, sin ningún objeto conocido, sin sus anteojos y audífonos.

Los problemas de malnutrición y deshidratación ocurren rápidamente en el anciano hospitalizado ya sea por la dieta sin sal, dificultad de usar los utensilios, inaccesibilidad u otros, a lo que contribuye también la anorexia que acompaña a muchas enfermedades.<sup>(21)</sup>

#### **F.2.2.3. La vivencia de la enfermedad en el adulto mayor**

Internar por un cuadro patológico a un adulto mayor, tal como nos refiere Domínguez, es una medida que debe ser muy bien valorada. El hospital o el sanatorio son lugares desconocidos que crean temor e inclusive se los relaciona con la muerte: “Se sabe cuando se entra pero no cuando se sale”.<sup>(22)</sup>

La excitación o la apatía, pueden ser los primeros síntomas del cambio y en ciertos pacientes provoca una depresión que agrava o atrasa la curación de las enfermedades orgánicas.

Entre los comportamientos observables durante la internación tenemos los siguientes:



- Quieren curarse y aceptan todo lo que se le hace para reintegrarse rápidamente a su domicilio.
- Al notar la preocupación de la familia y amigos, desean permanecer internados aunque no lo manifiesten, porque reciben amor y sienten que su figura es importante, cosa que antes no les ocurría.
- Desean morir y se abandonan, rechazando el alimento, la bebida, el incorporarse, etc.<sup>(22)</sup>

Asimismo Sandrin Brusco <sup>(16)</sup> refiere que en la mente del anciano, estar enfermo y sentirse inútil no se distinguen a menudo. Este sentimiento le lleva a la introversión y a la depresión. El ingreso en el hospital, como señal que confirma su estado de salud reactiva en el anciano una vivencia de marginación y de inutilidad, que no hace sino aumentar su estado depresivo o, por el contrario, provocar reacciones agresivas o de desconfianza hacia el que le asiste.

A veces el hospital acelera la pérdida de las facultades intelectivas. El anciano que mantenía su estado de conciencia a través de la relación cotidiana con las personas, los ambientes y

objetos familiares, pierde completamente el contacto con la realidad una vez envuelto en la rutina hospitalaria. El autor antes citado menciona también que, no es raro notar en el anciano hospitalizado desorientación en el tiempo y en el espacio, no reconocimiento de personas y cosas familiares y otros signos de confusión. Con frecuencia es la misma hospitalización prolongada la que hace crónica la enfermedad del anciano, sella su definitiva marginación de la familia, que, entretanto, puede haber experimentado las ventajas de la ausencia de la persona anciana de la casa, tales como la mayor disponibilidad de espacio y las menores preocupaciones asistenciales, lo que hace más difícil su reinserción.

Pero no siempre las cosas marchan mal. Hay individuos que, incluso después de alguna dificultad inicial, encuentran su equilibrio y una adaptación satisfactoria a la situación hospitalaria. Mucho depende de la mejoría del estado de salud y del tipo de ayuda que sepa ofrecer el personal sanitario. Sin embargo, las actitudes y comportamientos de los médicos, del personal enfermero y religioso dejan mucho que desear.

Los pacientes ancianos juzgan estos comportamientos como inadecuados, si no incorrectos. Los aspectos negativos que con mayor frecuencia atribuyen los ancianos al personal en todos los niveles son los siguientes: soberbia, falta de comunicación, de humanidad, mala educación, desinterés, incapacidad profesional, parcialidad y hasta perversidad.

Como es obvio, no siempre tales juicios están justificados y de acuerdo con las situaciones objetivamente comprobables, como tampoco muchas de las quejas y críticas expresadas respecto al servicio. Pero es incontrovertible el hecho de que tales juicios están estrechamente relacionados con la vivencia del paciente, por lo cual es necesario tenerlos en cuenta, aunque no sea sino para modificarlos con la persuasión, con una relación diversa, con una mayor y continua disponibilidad psicológica y comunicación.<sup>(16)</sup>

#### **F.2.2.4. La familia como cuidadora del anciano:**

La dinámica de la familia durante la vejez de uno o varios de sus miembros presenta nuevas situaciones, tal como sucede en cada una de las diferentes etapas del ciclo vital y ante las cuales la familia debe realizar ajustes y hacer concertaciones, con el fin de conservar y fortalecer las relaciones e interacciones, además

deben tener presente y reconocer las diferencias de criterios y maneras de percibir la realidad, que para cada miembro siempre es única; permitir el contraste entre lo que siente, piensa y actúa el adulto mayor, el cual está abocado a aceptar una serie de pérdidas que modifican su estilo de vida, intervienen en su autonomía e independencia, por lo cual se siente a veces presionado a aceptar e ingresar a un nuevo estilo de vida, o a ser institucionalizado de manera voluntaria u obligatoria.

La familia que reúne las condiciones mínimas, físicas y económicas, para acoger al paciente crónico y tratarlo es aquella que apoya y comprende las deficiencias y necesidades que posee el adulto mayor, creando un ambiente acogedor, tranquilo, donde el adulto mayor se sienta parte de ella y disfrute de su acogida y cuidado continuo.<sup>(23)</sup>

Al respecto Domínguez afirma que; se debe tener en cuenta que existen familias que constituyen ellas mismas un problema para el equipo geriátrico, por ejemplo:

- Las que no aceptan los diagnósticos ni los tratamientos del equipo geriátrico, por el contrario están siempre en una actitud hostil.

- Las que no conocen suficientemente a sus padres como para suministrar datos que ayuden al tratamiento, sus visitas son esporádicas y siempre sus compromisos sociales y/o económicos les impiden colaborar con la atención del anciano.
- Las que abandonan a sus padres en las instituciones y desaparecen o aparecen sólo para controlar, contemplar y criticar para mal al personal tratante.
- Las que cuando se institucionaliza al anciano exageran las frecuencias de las visitas, a veces perturbando al equipo geriátrico y al tratamiento.<sup>(22)</sup>

### **F.2.3. ROL DEL ENFERMERO EN EL CUIDADO DEL GERONTO:**

La Gerontología es una ciencia multidisciplinaria que estudia el proceso de envejecimiento y la etapa de la vejez, cuenta con diferentes campos de aplicación en los que participan especialistas de múltiples ramas y profesionales que tienen como objetivo común el tratar de mejorar la calidad de vida de las personas ancianas. Dentro de los campos que abarca la Gerontología se identifica como uno de los más importantes, la enfermería gerontológica.

El término de enfermería gerontológica fue definido en 1981 por la Asociación Norteamericana de Enfermería (ANE), como la profesión que abarca la promoción y mantenimiento de la salud, la prevención de las enfermedades y el fomento del auto cuidado en los adultos mayores, dirigidos hacia la restauración y alcance de su óptimo grado de funcionamiento físico, psicológico y social; abarca también el control de las enfermedades y el ofrecimiento de comodidad y dignidad hasta la muerte.

Según Rosa Morfi, la enfermería es sin duda, el área profesional del equipo de salud que más decidida y profundamente puede impactar en la atención de las personas de edad avanzada. <sup>(24)</sup>

Considerándose la ocasión del cuidado, según Watson <sup>(25)</sup> como el momento (el foco en el espacio y el tiempo) en que la enfermera y otra persona viven juntas de tal modo que la ocasión para el cuidado humano es creada. Ambas personas, con sus campos únicos fenomenológicos, tienen la posibilidad de venir juntos a una transacción humana-a-humano. Para Watson, el campo fenomenal corresponde al marco de la persona o la totalidad de la experiencia humana consistente en sentimientos, sensaciones corporales, pensamientos, creencias espirituales,

expectativas, consideraciones ambientales, y sentido/significado de las percepciones de uno mismo todas las cuales están basadas en la historia pasada, el presente, y el futuro imaginado de uno mismo. No es una simple meta para quien es cuidado, Watson insiste en que la enfermera, el dador de cuidado, también necesita estar al tanto de su propio conocimiento y auténtica presencia de estar en el momento de cuidado con su paciente.<sup>(24)</sup>

La enfermería gerontológica en tal sentido consistiría en una interacción enfermera – adulto mayor, siendo sensible a los sentimientos, creencias, expectativas y limitaciones del adulto mayor; tratando de que el paciente encuentre significado a su enfermedad y evitando complicaciones propias de la hospitalización y que puedan aumentar los déficits de los pacientes.

Las influencias y valores enfatizan en la dimensión espiritual de la vida, una capacidad para el crecimiento y el cambio, un respeto y aprecio por la persona y la vida humana, libertad de decidir, y la importancia de una relación interpersonal e intersubjetiva entre paciente y enfermera. Estas influencias y valores han formado las bases de los diez factores de Cuidado de

Watson, utilizados por enfermeras en las intervenciones relatadas en los procesos de cuidado humano.

### ***Elementos del Cuidado de Watson***

Los elementos que Watson considera para un cuidado humano son:

1. Formación de un sistema de valores humanístico altruista.  
Este factor se puede definir como la satisfacción a través de la donación y ampliación del sentido del Yo.
2. Infundir fe-esperanza. Este elemento facilita la promoción de una asistencia de enfermería holística, y potencia la salud entre los pacientes, a la vez que describe el papel de la enfermera en el desarrollo de unas interrelaciones eficaces con el paciente y en la promoción del bienestar ayudando al paciente a adoptar conductas de búsqueda de la salud.
3. Cultivo de la sensibilidad hacia uno mismo y hacia los demás.  
La identificación de los sentimientos conduce a la actualización de uno mismo mediante la auto-aceptación de la enfermera y del paciente. Las enfermeras, al reconocer su sensibilidad y



sus sentimientos se vuelven más genuinas, auténticas y sensibles hacia los demás.

4. Desarrollo de una relación de ayuda - confianza. Una relación de confianza promueve y acepta la expresión de sentimientos positivos y negativos. Implica coherencia, empatía, afecto no posesivo y comunicación eficaz. La coherencia conlleva ser real, honesto, genuino y auténtico.
5. Promoción y aceptación de la expresión de los sentimientos positivos y negativos. La enfermera tiene que estar preparada para los sentimientos positivos y negativos, reconociendo que la comprensión intelectual y la comprensión emocional de una situación son diferentes.
6. Utilización sistemática del método de resolución de problemas para la toma de decisiones. La utilización del proceso de enfermería conlleva un planteamiento científico de la resolución de los problemas de la asistencia de enfermería. El proceso de enfermería es similar al de investigación, en cuanto es sistemático y organizado.

7. Promoción de la enseñanza – aprendizaje interpersonal. Éste es un concepto importante de la enfermería, dado que separa la asistencia de la curación. Permite informar al paciente y derivar hacia éste la responsabilidad sobre su salud y bienestar. La enfermera facilita este proceso con técnicas de enseñanza – aprendizaje, diseñadas para permitir que el paciente consiga el auto-cuidado, determine sus necesidades personales y adquiera la capacidad de desarrollarse personalmente.
  
8. Provisión de un entorno de apoyo, de protección y/o corrección mental, física, sociocultural y espiritual. La enfermera debe reconocer la influencia que tienen los factores internos y externos en la salud y la enfermedad de los individuos. El bienestar mental y espiritual y los planteamientos socioculturales son conceptos importantes para el entorno interior del individuo. Además de las epidemiológicas, las variables externas incluyen el confort, la intimidad, la seguridad y los ambientes limpios y estéticos.
  
9. Asistencia con la satisfacción de las necesidades humanas. La enfermera reconoce las necesidades biofísicas, psicofísicas, psicosociales e interpersonales de ella misma y del paciente.

Los pacientes deben satisfacer las necesidades de orden inferior antes de intentar satisfacer las de orden superior.

10. Tolerancia con las fuerzas fenomenológicas. La fenomenología describe los datos de la situación inmediata que ayudan a comprender los fenómenos en cuestión. La psicología existencialista es una ciencia de la existencia humana que utiliza el análisis fenomenológico. Watson opinó que este elemento es difícil de entender. Se incluye para proporcionar una experiencia motivadora del pensamiento que conduzca a una mejor comprensión de nosotros mismos y de los demás.<sup>(25)</sup>

Para comprender qué importancia tienen los cuidados geriátricos es necesario analizar por separado los diferentes elementos que lo convierten en un problema social y sanitario. Tal como indican Subirachs y Gracia, en primer lugar es preciso revisar los cambios generados en el contexto social, puesto que si bien se ha fomentado una cultura de solidaridad y se ha reclamado el respeto a la diversidad ideológica cultural, también debe destacarse la inestabilidad de las estructuras familiares, la inseguridad laboral y la formación más intensiva y extensiva.

En segundo lugar, es importante analizar cómo es percibida la atención del cuidar por parte de los profesionales en el contexto sanitario, dado que los escasos recursos y la mayor carga de trabajo dificultan una adecuada respuesta a las necesidades del adulto mayor. A ello debe añadirse que los sistemas de cuidados de salud han sufrido reestructuraciones administrativas que deshumanizan el cuidar, provocando pérdidas de referentes y amenazando los valores propios de la profesión.<sup>(25)</sup>

El hecho de proporcionar cuidados enfermeros en el contexto de las instituciones o de los centros geriátricos obliga a las enfermeras a reflexionar sobre la naturaleza de las relaciones del cuidar y la filosofía de las organizaciones. Phillips, citado por Mercedes Avades, muestra cómo en las instituciones este cuidar no siempre responde a las demandas de los pacientes ni a las expectativas de los profesionales. Averiguar las causas de los problemas puede convertirse en una difícil tarea que afecte a diversos profesionales, pero, como enfermeras, quizá deberíamos preguntarnos qué es lo que realmente queremos que sea la profesión enfermera y qué principios deben guiar nuestra actuación si deseamos ofrecer unos cuidados de calidad adaptados a las necesidades de la persona mayor.<sup>(26)</sup>

Como nos refiere la autora citada anteriormente, pensar en los cuidados de enfermería en las instituciones geriátricas requiere revisar su historia, analizar el presente y ser conscientes de que el futuro del cuidar también será distinto del pasado. Nos obliga, como profesionales, a replantearnos seriamente si lo que consideramos como "bueno" en nuestra práctica realmente lo es ó si debemos efectuar cambios.

El cuidar implica una responsabilidad consciente e intencional para la enfermera. Es un ideal moral que requiere sensibilidad y un alto compromiso ético y moral. El cuidado ha sido considerado como el núcleo de la enfermería. Y las enfermeras, a lo largo de la historia, han realizado un gran esfuerzo para mantener este cuidar humano, tanto en su práctica clínica, como en la gestión, la educación y la investigación.

Asimismo, Avades refiere que, las teóricas del cuidado enfermero como Lenninger, Roach, Gaut, Parse, Peplau y Watson- han resultado vitales para el desarrollo del pensamiento en enfermería. Watson, en concreto, ha aportado a la definición del cuidar nuevas dimensiones desde una perspectiva fenomenológica, según la cual, el cuidado es un fenómeno

impregnado de subjetividad que conduce a preocuparse por las experiencias de los demás. <sup>(26)</sup>

La Teoría de Watson nos permite regresar a nuestras raíces y valores profesionales más profundos; representa el arquetipo de la enfermera ideal. El cuidado deja constancia de nuestra identidad profesional en un contexto donde los valores humanos son constantemente cuestionados y cambiados. La Teoría de Watson sostiene que este cuidado contribuye a que tales valores estén presentes y la enfermería no sea concebida "sólo como un trabajo". Además ofrece una fundamentación ética y filosófica para la enfermería de hoy y de mañana. Su enfoque humanístico, basado en los valores que incorpora su teoría, permite brindar apoyo a la enfermería y al cuidar humano a los adultos mayores. <sup>(26)</sup>

### **F.3. DEFINICION DE TERMINOS:**

#### **F.3.1. Vivencias del adulto mayor hospitalizado:**

Se refiere a las experiencias únicas ocurridas durante el transcurso de la hospitalización del adulto mayor, así como su capacidad para afrontar las crisis situacionales sea a nivel físico,

emocional, espiritual o social; relacionado a sucesos positivos o negativos y dificultades.

### **F.3.2. Vivencias Positivas del adulto mayor hospitalizado:**

Las vivencias positivas son aquellos sucesos que benefician emocionalmente al adulto mayor durante su proceso de hospitalización, tal como una adecuada comunicación, sentirse apoyados por su familia, mantener una adecuada relación con el personal de salud que los atiende, sentirse respetado en su autonomía y creencias y sobretodo ser tratados con calor humano y comprensión.

### **F.3.3. Vivencias negativas del adulto mayor hospitalizado:**

Las vivencias negativas para los adultos mayores hospitalizados son aquellos eventos o circunstancias que impiden su total bienestar y comodidad, tales como la falta de comunicación con el personal de salud, sentirse maltratados, además de percibir un trato frío o no recibir visitas de sus familiares por lo que se sienten solos y les perjudica emocional y socialmente, evitando una adecuada recuperación.

## **CAPITULO II**

### **TRAYECTORIA METODOLOGICA**

#### **A. Tipo y método de Investigación**

El estudio de investigación que se presenta tuvo un enfoque cualitativo con metodología tipo Estudio de Caso Cualitativo. La investigación cualitativa es aquella donde se estudia la calidad de las actividades, relaciones, asuntos, medios, materiales o instrumentos en una determinada situación o problema. La misma procura por lograr una descripción holística, esto es, que intenta analizar exhaustivamente, con sumo detalle, un asunto o actividad en particular<sup>(27)</sup>.



La presente investigación se desarrolló teniendo como entorno el ambiente hospitalario y siguiendo las características de una investigación cualitativa, tal como lo afirman González y Hernández (2006), realizándose descripciones detalladas de situaciones, eventos, personas, interacciones y comportamientos de los adultos mayores. Se incorporó las expresiones de los participantes del estudio, sus experiencias, actitudes, creencias, pensamientos y reflexiones, tal como fueron expresadas por ellos mismos y no como uno los describe.

En relación al Estudio de Caso, Hernández, (2006), señala que *"el estudio de caso no es una elección del método, sino del "objeto" o la "muestra" que se va a estudiar"*. El caso es la unidad básica de la investigación y puede tratarse de una persona, objeto, nación, sistema, organización, etc. <sup>(28)</sup> En esta investigación el caso lo constituyó un grupo de adultos mayores internados en un servicio de medicina de quienes se descubren sus vivencias, durante su proceso de hospitalización, sea a nivel fisiológico, emocional, social y/o espiritual.

Al respecto, Yin (1994) señala que, *"el estudio de caso es una investigación empírica que estudia un fenómeno contemporáneo dentro de su contexto de la vida real, especialmente cuando los*

*límites entre el fenómeno y su contexto no son claramente evidentes.*” Una investigación de estudio de caso trata exitosamente con una situación técnicamente distintiva en la cual hay muchas más variables de interés que datos observacionales y, como resultado, se basa en múltiples fuentes de evidencia, con datos que deben converger en un estilo de triangulación; además, se beneficia del desarrollo previo de proposiciones teóricas que guían la recolección y el análisis de datos.<sup>(46)</sup> Para el desarrollo de la investigación se utilizaron como fuentes de información al personal de Enfermería, los Kardexs, la expresión de los mismos pacientes y familiares, así como la observación de las distintas situaciones en las que se identificaron circunstancias tanto positivas como negativas de las vivencias de los gerontos.

Asimismo, Martínez Bonafé,(2009), refiere que los estudios de casos constituyen un procedimiento que trata de profundizar en un mapa de problemas o hechos a través de tres fases: la primera, llamada “*preactiva*”, En ella se tienen en cuenta los fundamentos epistemológicos que completan el problema o caso, los objetivos pretendidos, la información de que se dispone, los criterios de selección de los casos; la segunda “*interactiva*” corresponde al trabajo de campo, a los procedimientos y desarrollo del estudio, utilizando diferentes técnicas cualitativas y la tercera “*posactiva*”, se

refiere a la elaboración del informe etnográfico y final en que se detallan las reflexiones críticas sobre el problema o caso estudiado.<sup>(47)</sup>

## **B. Escenario del Estudio**

La investigación se llevó a cabo en el servicio de Medicina de un Hospital de III nivel de Lima Metropolitana, el cual es una institución de salud que pertenece al tercer nivel de atención, caracterizándose por ser el centro de referencia de mayor complejidad nacional y regional, aquí laboran especialistas para la atención de problemas patológicos más complejos, que necesitan equipo e instalaciones especiales, los servicios de medicina cuentan con una capacidad máxima de 30 pacientes en cada uno de sus pabellones. Caracterizándose los pacientes por ser adultos maduros y adultos mayores con afecciones médicas de mayor prevalencia como: asma bronquial, hipertensión arterial, diabetes mellitus, Insuficiencia renal crónica, etc.

El servicio de Medicina se caracteriza por ser un ambiente de aproximadamente 40 mts de longitud, en el cual se ubican 30 camas separadas por una distancia de aprox. 1.5 mt. entre cada una, la unidad del paciente lo conforman la cama, un velador y la

mayoría cuenta con una silla para familiares; además se observa en el lado izquierdo del pabellón la estación de enfermería, la cual cuenta con un escritorio de madera amplio donde el personal de enfermería realiza sus notas y demás procesos administrativos, dos sillas y un estante para documentos; al frente de la estación se ubica una mesa donde el personal técnico realiza sus labores; en el extremo derecho ubicamos los baños de los pacientes y del personal, además de un pequeño tópico; por otro lado, en el extremo derecho se ubica una sala de reuniones de médicos e internos de medicina; el ambiente cuenta con dos grandes puertas y una sala de espera para familiares; se observa el ambiente ventilado con ventanas amplias.

La atención de enfermería se brinda las 24 horas del día, distribuido en 2 turnos, en el diurno se cuenta con una enfermera Jefe, dos enfermeras asistenciales y una técnica de enfermería, mientras que en el turno nocturno se cuenta con dos enfermeras asistenciales apoyadas por 2 técnicas de enfermería.

### **C. Participantes del estudio**

Teniendo en cuenta la naturaleza de la investigación cualitativa, tal como nos refiere Hernández (2006) el tamaño de la

muestra no es importante desde una perspectiva probalística, pues el interés del investigador no es generalizar los resultados de su estudio a una población más amplia. Lo que se busca en la indagación cualitativa es profundidad. Por lo tanto, se pretende calidad en la muestra, más que cantidad, es decir no se tendrá una muestra previa sino que ésta se determina según el nivel de saturación en la obtención de la información. <sup>(28)</sup>

Luego de realizar las entrevistas a 8 pacientes adultos mayores de un servicio de Medicina de un Hospital de III nivel, de Lima Metropolitana, de los cuales fueron 5 pacientes mujeres y 3 pacientes varones, se llegó al nivel de saturación, es decir que los pacientes entrevistados ya no aportaban datos nuevos al estudio, por lo cual se consideró como finalizada la recolección de datos.

En seguida se presenta, el Cuadro N°1, con el perfil de los pacientes participantes del estudio.

**CUADRO N°1**

**PERFIL DE LOS ADULTOS MAYORES PARTICIPANTES DEL ESTUDIO**

<b>Pseudónimo</b>	<b>Edad</b>	<b>Sexo</b>	<b>Estado civil</b>	<b>Grado de instrucción</b>	<b>Religión</b>	<b>Diagnostico médico</b>	<b>Tiempo de hospitalización</b>
Teresita	75	F	Casada	Primaria incompleta	Católica	Hemiplejia Derecha	2 semanas
Domi	61	F	Soltera	Superior	Católica	HTA	8 días
Florcita	74	F	Viuda	Primaria incompleta	Católica	CA gástrico	2 meses
Paquito	70	M	Casado	Secundaria completa	Católica	Síndrome Edematoso	19 días
Pepito	65	M	Casado	Técnico	Cristiano	Diabetes Mellitus	7 días
Lucecita	72	F	Casada	Primaria incompleta	Católica	Cardiopatía	10 días
León	68	M	Casado	Superior	Católica	HDA	3 semanas
Estrellita	60	F	Casada	Secundaria completa	Católica	Pielonefritis	11 días

Como podemos observar en el Cuadro N°1, todos los pacientes fueron adultos mayores, con las siguientes características: sus edades

oscilan entre 60 y 75 años, con diagnósticos médicos como Diabetes Mellitus, Hipertensión Arterial, Síndrome edematoso, Pielonefritis, Hemiplejia Derecha, etc.; con un tiempo de hospitalización que varía entre 7 días hasta 2 meses; todos ellos con buena condición de orientación; la mayoría de ellos con estado civil de casados; 3 de ellos tienen como grado de instrucción, primaria incompleta, 2 de un grado Superior, 1 de ellos grado Técnico y 2 de los pacientes presentan Secundaria Completa. En cuanto a la religión, la mayoría son de religión Católica, solo un paciente manifestó ser Cristiano; además se observaron diferentes características en los pacientes respecto a su modo de ser, en cuanto a las pacientes mujeres: Teresita, se le observaba triste, pensativa durante la tarde, sin embargo sonreía al ver a su hijo, le gustaba conversar sobre sus experiencias en la provincia donde nació; Domi, es extrovertida, conversadora, respetuosa, muy segura de sí misma cuando expresaba sus decisiones; Florcita, es de contextura delgada, con necesidad de cariño y escucha, ya que siempre pedía que la visite y que converse con ella; Estrellita, risueña, graciosa, conversadora, atenta, siempre solidaria con sus demás compañeras; Lucecita, siempre colaboradora, alegre, muy pendiente de su tratamiento, atenta ante lo que sucedía en su alrededor. En cuanto a los pacientes varones, Paquito, es extrovertido, expresa siempre ideas positivas respecto a su salud y a la realidad social, respetuoso en su trato; Pepito, muy amable, tierno, sensible, carismático y conversador,

mostraba una sonrisa al hablar de su familia y de su esposa; León, en todo momento muy seguro de sí mismo, serio, expresaba siempre sus pensamientos o ideas, sin temor a lo que los demás puedan opinar.

#### **D. Técnicas e instrumentos de recolección de datos**

Para la recolección de datos se utilizó la técnica de la “Entrevista a profundidad” no estructurada, no estandarizada y abierta, al respecto Piñango, S., (2008), refiere que el tiempo de duración es de 30 minutos a 1 hora según las condiciones del entrevistado. Asimismo, el autor sostiene que, este método de investigación cualitativo utiliza reiterados encuentros “cara a cara” entre el investigador y los informantes, encuentros dirigidos hacia la comprensión de las perspectivas que tiene el o los informantes respecto de sus vidas, experiencias o situaciones, tal como las expresan con sus propias palabras.

Las entrevistas en profundidad se realizaron siguiendo el modelo de una conversación entre iguales, y no de un intercambio formal de preguntas y respuestas, en una forma más íntima, flexible y abierta. El propio investigador es el instrumento de la investigación, y no lo es un protocolo o formulario de entrevista.



Como técnica de investigación, la entrevista a profundidad, abarca diversas dimensiones: amplía y verifica el conocimiento científico; obtiene o posibilita llevar la vida diaria del ser humano al nivel del conocimiento y elaboración científica, la cual está decidida a ofrecer una imagen amplia (profunda) de los sentimientos, creencias y motivaciones del sujeto entrevistado <sup>(27)</sup>, en este caso los pacientes adultos mayores hospitalizados.

En relación al instrumento, la entrevista a profundidad no amerita tener un instrumento estructurado, no obstante se elaboró una Guía de preguntas (Ver anexo A), las cuales en algunos casos fueron modificadas según la necesidad del paciente y fueron la referencia para la obtención de los testimonios de los adultos mayores.

En el estudio además se utilizó otra técnica que es la observación participante, la cual se realizó durante los turnos asistenciales dentro del servicio, teniendo en cuenta que ésta es la técnica clásica primaria y más usada por los investigadores cualitativos para adquirir información. En la investigación cualitativa necesitamos estar entrenados para observar y es diferente de simplemente ver, es una cuestión de grado. Y la observación investigativa no se limita al sentido de la vista, implica todos los sentidos para captar los ambientes y sus actores. <sup>(28)</sup>

Al respecto Hernández refiere que los propósitos esenciales de la observación en la inducción cualitativa son: explorar ambientes, contextos, subculturas y la mayoría de los aspectos de la vida social, describir comunidades, contexto, o ambientes; asimismo las actividades que se desarrollan en estos, las personas que participan en tales actividades y los significados de las mismas; además comprender procesos, vinculaciones entre personas y sus situaciones o circunstancias, los eventos que suceden a través del tiempo, los patrones que se desarrollan, así como los contextos sociales y culturales en los cuales ocurren las experiencias humanas; identificar problemas y generar hipótesis para futuros estudios. <sup>(28)</sup>

Tal como nos refiere Martínez, el investigador vive lo más que puede con las personas o grupos que desea investigar, compartiendo sus usos, costumbres, estilo y modalidades de vida. Para lograr esto, como investigadora traté de ser aceptada por los adultos mayores, Al participar en sus actividades corrientes y cotidianas dentro del servicio de hospitalización, fui tomando notas de campo pormenorizadas de los eventos o situaciones más saltantes tan pronto como me era posible. Estas notas fueron, después, revisadas periódicamente con el fin de completarlas (en

caso de que no lo estén) y, también, para reorientar la observación e investigación.

También se consideró importante que las expresiones más valiosas y típicas fueran recogidas literalmente, para citarlas después entre comillas como testimonio de las realidades observadas. Además de recoger los datos de la vida diaria, de este grupo humano, prestando atención a los eventos especiales, que serán diferentes durante el internamiento de los adultos mayores

Al respecto, las observaciones realizadas se desarrollaron paralelamente con las entrevistas, en algunas situaciones se grabó lo observado, degrabándolo después; asimismo, con respecto al instrumento de observación, en esta investigación no se hizo uso de registros estándar. Lo que se sabe es que se debe observar todo lo pertinente, es decir el formato es el propio juicio del investigador. Sin embargo se elaboró una Guía de Observación (Ver anexo B) para la obtención de un registro de la observación realizada.

## **E. Proceso de recolección de datos**

Previo al inicio de la recolección de datos se realizaron las coordinaciones con las autoridades correspondientes, emitiendo documentos a la Directora de la Institución donde se desarrollo el estudio, con el objetivo de obtener su aprobación y permiso para continuar con el proceso de investigación, luego de ello, se obtuvo la aprobación del Comité de Ética y del Comité de Investigación, posteriormente se contacto con la enfermera Jefe del Servicio, quien comunicó a las demás enfermeras sobre la investigación.

La recolección de datos se realizó durante los meses de Octubre, Noviembre y parte del mes de Diciembre del año 2010, durante los días lunes, miércoles, jueves y viernes por las tardes, además domingos por la mañana, buscando encontrar un ambiente tranquilo, sin muchos elementos distractores y sobretodo se respetó la disponibilidad de tiempo del paciente. En primer lugar se identificó a los pacientes que se encontraban en buenas condiciones de orientación, mediante la revisión de los Kardex y las referencias del personal de Enfermería. Para la realización de la entrevista, me presenté ante el paciente explicándole sobre los objetivos, el propósito del estudio y el proceso de la entrevista, además de la utilización de la grabadora,

solicitando su consentimiento informado (Ver anexo C); durante la entrevista, algunos pacientes se mostraron muy locuaces, expresando lo que sentían, otros al inicio se les observó un poco serios y poco comunicativos y conforme se desarrollaba la entrevista, se iban relajando y se mostraban tranquilos y cómodos; el tiempo de duración de las entrevistas realizadas fue de 35 a 67 minutos, ejecutadas dentro de la unidad de cada paciente.

Asimismo, la observación participante se llevó a cabo al incorporarme a las actividades diarias del personal de Enfermería, previo consentimiento de la Jefa del servicio; al ingresar al campo, me presentaba con la enfermera del turno, explicándole la condición de la Investigación, mientras que ella me permitía asistir a los pacientes sea durante la administración de medicamentos u otro procedimiento, durante el cual iba observando los acontecimientos que ocurrían en el servicio, la interrelación Enfermera – paciente, paciente – familia y Enfermera – familia, todo ello se plasmó en una libreta de apuntes, siguiendo el formato de registro.

Tal como nos refiere Hernández (2006), por el simple hecho de observar lo que ocurre dentro del contexto, estamos recolectando y analizando datos, y durante esta labor, la muestra puede ir ajustándose, así el muestreo, la recolección de datos y el análisis de estos resultan actividades casi paralelas. <sup>(28)</sup>

#### **F. Proceso de análisis e interpretación de los datos**

Una vez terminada la aplicación de las entrevistas y obtenidos los testimonios correspondientes se procedió a su análisis y simplificación para lo cual se realizaron las respectivas grabaciones transcribiendo estrictamente las expresiones verbales emitidas por cada uno de los pacientes entrevistados, además se analizaron cada una de las observaciones realizadas durante la recolección de datos.

En el estudio se realizaron paralelamente el análisis y recolección de datos, tal como nos dice Hernández (2006), quien refiere que en el proceso cualitativo la recolección y el análisis ocurren prácticamente en paralelo; además el análisis no es estándar, ya que cada estudio requiere de un esquema propio de análisis.

Más que seguir una serie de reglas y procedimientos concretos sobre cómo analizar los datos, el investigador construye su propio análisis, la interacción entre la recolección y el análisis nos permite mayor flexibilidad en la interpretación de los datos y adaptabilidad cuando elaboramos las conclusiones; es decir, se comienza a efectuar bajo un plan general, pero su desarrollo va sufriendo modificaciones de acuerdo con los resultados. <sup>(28)</sup>

Se realizó la reducción de la información voluminosa resumiendo, seleccionando y agrupando fragmentos textuales en registros de análisis, a los cuales se les asignó un código respectivo (obteniéndose 356 códigos en total), luego de ello se agruparon formándose Categorías, cada una con sus respectivas sub-categorías emergentes, de los testimonios analizados, se culminó con la interpretación de las mismas teniendo en cuenta el marco teórico como sustento científico y aplicando el razonamiento inductivo-deductivo para la caracterización de la información.

## **G. Consideraciones éticas**

Previamente, antes del inicio de la entrevista a profundidad se solicitó la aprobación y colaboración del paciente adulto mayor en la investigación, mediante el Consentimiento Informado (Ver anexo C) en el cual se explicó de forma detallada y clara el objetivo de la investigación, su beneficio y la utilización de una grabadora durante toda la duración de la entrevista, teniendo en cuenta la confidencialidad de dicha información, mediante este proceso se cumplió con el principio de la autonomía del paciente para lo cual se utilizó el principio de Confidencialidad con el uso de seudónimos, ya que se respetó su capacidad de decisión ante la solicitud propuesta.



## **CAPITULO III**

### **ANALISIS TEMATICO**

Con los datos obtenidos a través de la entrevista y observación, se procedió al análisis e interpretación para lo cual en primer lugar se realizó la codificación de cada unidad de análisis; obteniéndose 8 Categorías, con sus respectivas sub categorías, las cuales se presentan a continuación:

Dentro de las categorías se encontraron aquellas que señalaban aspectos positivos de las vivencias durante la hospitalización de los adultos mayores, así como aspectos negativos, por lo cual estos se presentan en forma separada.

**Vivencias positivas:**

- A.1. Comunicándose adecuadamente durante su hospitalización.
- A.2. Sintiéndose cuidado y atendido.
- A.3. Sintiéndose respetado en su autonomía y creencias.
- A.4. Sintiéndose apoyados por sus familiares y amigos.

**A. Vivencias negativas:**

- B.1. Refiriendo limitaciones en la comunicación.
- B.2. Sintiendo el descuido del personal de salud.
- B.3. Solicitando mayor atención y cuidado.
- B.4. Sintiendo la indiferencia y la ausencia de su familia.

**A. VIVENCIAS CON ASPECTOS POSITIVOS:**

**A.1. CATEGORÍA: COMUNICÁNDOSE ADECUADAMENTE DURANTE SU HOSPITALIZACIÓN.**

La comunicación es un proceso de interacción entre dos o más individuos, siendo importante para el desenvolvimiento del ser humano, en el adulto mayor el proceso de comunicación durante su hospitalización se torna relativamente complejo, debido a que se encuentran en un ambiente nuevo, en ocasiones poco agradable y

sobre todo por las circunstancias de su enfermedad, en este caso se considera significativo la interacción que ha creado con otros pacientes de su servicio, además de desarrollar entre ellos sentimientos de solidaridad recíproca como parte de la socialización; además se resalta la importancia de la comunicación con el Profesional de enfermería, como parte de su cuidado y la comunicación de la Enfermera con los familiares del paciente, siendo significativo ya que la relación de la Enfermera debe ir más allá del cuidado del paciente, esto involucra a todo su entorno social. Esta categoría está constituida por dos sub categorías que se describen a continuación:

### ***1.1. Comunicándose y siendo solidarios entre pacientes.***

Los pacientes adultos mayores del estudio refirieron que conversan con otros pacientes del servicio, mayormente por las mañanas, por la tarde después de las visitas y por las noches; sobre diversos temas como su estado de salud, el número de hijos que tienen, sobre su familia o sobre las indicaciones del médico respecto al tratamiento de su enfermedad. Además algunos refieren que se cuentan chistes para amenizar el día, o que conversan sobre las noticias del periódico, coincidiendo en que existe una buena relación con otros pacientes, mostrándose atentos y amables entre ellos y ellas,

como podemos verificar en las declaraciones que se presentan a continuación:

*“Si converso con los señores de mi costado, sea por las mañanas, o cuando comemos, en el momento que podamos, no hay problema en eso, bueno hablamos de cómo nos sentimos cada día, mmm también de nuestra familia, que si tienen nietos o cuántos hijos tienen, o también de lo que leemos en el periódico, las noticias del día, sí, me llevo bien con ellos...”(Paquito)*

*“...conversamos durante la tarde, al medio día o después de la visita, hablamos sobre nuestros hijos o sobre nuestro mal, o sobre lo que nos ha dicho el doctor.” (Estrellita)*

*“...la verdad que cuando yo hablo con mis compañeras .. pues hablamos de cosas de cómo nos sentimos, nos contamos chistes, eso pues para amenizar un poco el ambiente...”(Domi)*

La mayoría coinciden en que conversan mayormente con el paciente que se encuentra a su costado, ya que se encuentra más cerca a ellos, sin embargo otros adultos mayores refieren visitar a otros pacientes que deseen conversar con ellos.

*“Sí, conversamos con las otras pacientes, bueno ahora que ya puedo caminar ya visito a otras pacientes que pueden conversan o si no con la señora de mi costado.” (Estrellita)*

*“...pero sí, hablamos por la tarde, después de la visita, también nos ayudamos en lo que podemos, si pues, con otras señoras sí también las saludo, pero con la de mi costado más porque está cerca pues”.(Lucecita)*

La comunicación entre los adultos mayores hospitalizados les permite expresarse, sean sus pensamientos, sentimientos o emociones, así como interrelacionarse con otra persona que se encuentra en su misma condición, siendo este proceso positivo para su evolución, tal es así que autores como Kozzier, B. (1993) refieren que, "La comunicación es un componente esencial para la supervivencia de todas las criaturas", con lo que se quiere significar que el ser humano no puede vivir aislado, sin interaccionarse con los demás, existe en cuanto se relaciona con los demás.<sup>(31)</sup>

Así también Leddy, S. y Pepper, L. (1990), citados por Mogollón, C. (2005), la definen como un "... proceso por el cual una persona transmite a otra pensamientos, sentimientos e ideas. Es un instrumento para que una persona comprenda a otra, el sujeto acepte a los demás y sea aceptado". Es decir, comprende una actividad esencial que lleva implícito el reconocimiento del ser humano y su pertenencia a un grupo, sociedad o comunidad.

De manera general señalan, los autores citados que es un proceso de intercambio de ideas y pensamientos, complejo y no abarca el simple intercambio; Kozzier, B., (1993) opina que "...la comunicación comprende una interacción, y a menudo es sinónimo de relación", lo cual da una connotación de afinidad entre las personas que participan

en la comunicación, incluyendo la expresión de sentimientos y afecto.

(31)

Los pacientes entrevistados, manifiestan que entre ellos existen acciones solidarias tales como prestarse ciertos materiales que necesitan para su tratamiento, devolviéndolos luego cuando llegan sus familiares, se ayudan mutuamente, mostrando de esta forma sus sentimientos solidarios entre ellos. Domi refiere que los familiares de otros pacientes también las ayudan mostrándose atentos, colaboradores y apoyándolas cuando lo requieren.

*"...por ejemplo con el señor de mi costado a veces nos prestamos agujas, es que se acaban y hasta que venga mi esposa o mis hijas, entonces después le devuelvo, si pues." (león)*

*"...había un hijo de la otra señora, él estaba ayudando a todos, les pasaba esto , el otro; a veces los familiares de las otras pacientes te ayudan, te apoyan, son atentos, nos apoyamos en lo que uno puede..."(Domi)*

*"...también a veces si nos falta algo me presta lo que necesito y luego ya le devuelvo, si son buenas las señoras, claro que aquí tenemos que ayudarnos pues." (Estrellita)*

Lo dicho anteriormente se verifica con la Observación realizada por la investigadora durante el trabajo de campo:

*“Se observa a dos pacientes adultas mayores, una de ellas le solicita prestado a la otra paciente un suero fisiológico para que le coloquen su tratamiento, refiriendo que en cuanto lleguen sus familiares le devolverá, al respecto la otra paciente accede al préstamo sin quejas ni oposiciones...”*

*(Observación realizada en el Servicio de Medicina-Pabellón de Mujeres)*

Las acciones solidarias crean la formación de lazos mucho más consistentes, así como lo hemos evidenciado en las pacientes adultas mayores, al respecto García, F. (2005) refiere que “La solidaridad es una palabra de unión. Es la señal inequívoca de que todos los hombres, de cualquier condición, se dan cuenta de que no están solos, y de que no pueden vivir solos, porque el hombre, como es, social por naturaleza, no puede prescindir de sus iguales; no puede alejarse de las personas e intentar desarrollar sus capacidades de manera independiente”.<sup>(29)</sup>

Asimismo, el autor citado, sostiene que “la solidaridad, se desprende de la naturaleza misma de la persona humana. El hombre, social por naturaleza, debe de llegar a ser, razonada su sociabilidad, solidario por esa misma naturaleza. La palabra solidaridad reúne y expresa nuestras esperanzas plenas de inquietud, sirve de estímulo a

la fortaleza y el pensamiento, es símbolo de unión para hombres que hasta ayer estaban alejados entre sí".<sup>(29)</sup>

### **1.2. "Conversando" con el personal de Enfermería:**

Dentro de esta sub categoría se pudo observar una gran diferencia en el proceso de comunicación que establecían las enfermeras con los pacientes del Pabellón de Varones y con las pacientes del Pabellón de Mujeres, con respecto a que los primeros, refieren que el personal de enfermería del servicio sí se acercan continuamente a preguntarles como se sienten, si necesitan alguna cosa, sobre su enfermedad u otras molestias, sintiéndose escuchados y dispuestos a conversar con ellos sobre sus necesidades o los antecedentes que los llevaron a hospitalizarse, tal como se verifica a continuación:

*"...las enfermeras si, continuamente me preguntan sobre mi enfermedad, me hacen preguntas sobre cómo me siento, si siento malestar." (Paquito)*

*"Si, la enfermera sí, me dice: que es lo que necesita, alguna dolencia, dolor de cabeza, nauseas??" (Paquito)*

*"Mmm bueno siento que mayormente si me escuchan" (León)*



Por otro lado, las pacientes del Pabellón de mujeres (5) manifestaron que solo una enfermera se ha acercado expresamente a "conversar" con ellas, sintiendo, en ese caso, mayor confianza para expresar sus necesidades físicas, además Lucecita se refiere a una comunicación "sentimental", es decir, que sólo con una enfermera ha compartido pensamientos o sentimientos personales, escuchándose mutuamente y recibiendo el consejo y apoyo ante sus preocupaciones sobre su enfermedad; así mismo Domi refiere que recibe el saludo de algunas enfermeras, que identifica a una de ellas porque tiene un parecido con una amiga suya, sin embargo hace notar que las enfermeras se acercan más a las pacientes que recién han ingresado al servicio, debido a que están comenzando a reconocer al personal.

*"... yo siento más confianza con ella de decirle: sabe qué, me duele esto.. y ya cuando ella viene te atiende."(Lucecita)*

*"Si pues hemos hablado de su trabajo, un poquito de sentimental...cosas así, claro eso no les digo a las otras enfermeras, solo con ella nomas, íntimamente, es joven pues. Si me ha escuchado y yo también la he escuchado a ella." (Lucecita)*

*"...como ya las conozco pasan,, pero más con los nuevos con los que no se identifican todavía, ahora como las conozco a algunas pasan y saludan, por ejemplo la señorita Luna, aunque a veces me confundo, pero a ella la recuerdo porque se parece a una amiga incluso se llama igual que ella, es que son tantas."(Domi)*

Es significativa la relación que se crea con el paciente si la comunicación ha sido adecuada, sobre todo con pacientes adultos mayores hospitalizados que requieren de mayor atención no solo a sus necesidades físicas sino también emocionales, al respecto Mogollón, C. (2005), se refiere a "la comunicación como un proceso de intercambio de ideas entre individuos, como el pilar fundamental de las actividades de enfermería, especialmente en la relación enfermera-enfermo; porque, permite la continuidad de la atención y a la vez establecer relaciones interpersonales que influyen en la recuperación al procurar el bienestar del mismo. En este sentido, el profesional de enfermería debe sustentar su práctica en las técnicas que le facilitan intervenir con la finalidad de garantizar cuidados con calidad y ayudarlo en la satisfacción de sus necesidades."<sup>(31)</sup>

Además, el autor citado, nos dice que "el profesional de enfermería precisa aplicar una comunicación intencionada poniendo en práctica habilidades y destrezas, con la finalidad de disminuir tensiones, tranquilizar al enfermo y hacerle sentir que se encuentra seguro en un lugar donde se le proporciona atención humana adecuada."

Siendo así, la comunicación implica un contacto por afinidad que realiza el profesional de enfermería con el enfermo, donde el

intercambio de pensamientos lleva consigo la muestra de lo que pueda sentir este último durante su recuperación, sea dolor, impresión, opinión u otras emociones que experimentan en el momento, y el profesional con sensibilidad ayuda en la satisfacción de sus necesidades mostrando aprecio, simpatía, cariño, y estima hacia éste. Por otra parte agregan Kozzier, B., Erb, G.; y Oliver, R. (1993) que: "...la finalidad de la comunicación es obtener una respuesta", en la práctica, los profesionales de enfermería, se comunican con los enfermos con intención de iniciar cambios en sus conductas, sean de carácter preventivo o curativo, según el caso, lo importante es que la misma debe ser eficaz para el logro de la respuesta esperada.<sup>(31)</sup>

## **A.2. CATEGORIA: SINTIENDOSE CUIDADO Y ATENDIDO.**

El cuidado de Enfermería consiste en una serie de acciones y actividades que involucran el bienestar, comodidad y estabilidad del paciente, cuidar es de dar a otros que lo necesitan, sea amor y comprensión hacia sus necesidades. Cuando el cuidado es dirigido hacia un paciente adulto mayor, debe ser brindado con amabilidad, respeto, comprensión y cariño ya que este ser humano no solo requiere atención hacia su patología, sino que necesita atenciones un tanto emocionales, de compañía, de escucha, de amor, el cual debe ser

desinteresado para que se sienta verdaderamente. En la presente categoría se evidencia que aproximadamente un 60% de los adultos mayores se encuentran satisfechos con la atención recibida por el personal de Enfermería durante el tiempo que llevan hospitalizados, ya que sienten que les brindan un cuidado amable, solidario, con prontitud según sus necesidades, con carisma en sus atenciones, sintiendo que las enfermeras se preocupan verdaderamente por su salud, sienten una atención y dedicación hacia ellos y todo eso les hace sentir y vivir un "momento" mejor dentro del ambiente hospitalario. Además sienten que se preocupan por la satisfacción de sus necesidades, tienen un trato cordial, muestran una sonrisa que permite que se creen lazos de confianza entre el paciente y la Enfermera, y si se añade la empatía el cuidado sería único y personal hacia cada paciente, teniendo en cuenta su problemática social, personal y física, siendo este el verdadero cuidado que debe brindar el Profesional de Enfermería ya que no solo se trata de calidad, sino también de calidez en su relación y atención. Todo esto se verifica en las cuatro sub categorías que se detallan a continuación:

## **2.1. Sintiendo la amabilidad, el cuidado y la atención del personal de Enfermería.**

La mayoría de los adultos mayores participantes del estudio refirieron que sienten un trato amable por parte del personal de Enfermería, sin embargo cabe resaltar que los adultos mayores varones (3) en su totalidad son los que expresan una mayor conformidad con la atención recibida ya que manifiestan que las Enfermeras los escuchan cuando ellos le expresan alguna preocupación, recibiendo consejos para mejorar su salud ,además sienten que sus necesidades son atendidas con prontitud según sus requerimientos, sienten un trato cordial y amable durante su cuidado, lo cual se verifica con los siguientes testimonios:

*"...si me preguntan, siento que me ponen atención, porque me escuchan, por ejemplo: ellas no vienen todos los días y bueno pasan 2 días y vuelven a venir la señorita que conversé con ella y me pregunta "Y como sigue", porque ellas cambian de turno y cuando vienen me preguntan, se acuerdan y me preguntan"*  
(Paquito)

*"Sí, su trato a sido bueno, no puedo negarlo, porque todas son muy cordiales, bueno las que me han atendido a mí siempre me han tratado muy bien."*  
(Pepito)

*"Además cuando yo las llamo son prontas en venir a atender, ellas mismas vienen, pero si está la licenciada ocupada envían a la técnica, pero no dejan de atender al paciente."* (Paquito)

*"Cuando las llamo, vienen al ratito nomas, a veces me dicen un ratito Pepito, pero en seguida vienen, no manda a otra persona, ella misma viene, o esta preguntándonos a nosotros sobre si necesitamos algo." (Pepito)*

Además el paciente Paquito refiere que a pesar de la infraestructura o del ambiente hospitalario donde se encuentran, el trato que recibe, los cuidados y atenciones son buenos y eso le hace sentir mejor. Todo ello refleja que el paciente a pesar de los momentos difíciles que pueda estar pasando en una sala de hospital, un trato cordial y una sonrisa puede darle ánimo para seguir adelante:

*"Yo creo que nadie está contento con estar en un hospital... pero la atención, el trato, la alimentación, la dedicación, hacen que nosotros los pacientes, nos sintamos mejor... la atención, la calificaría como buena, me han atendido muy bien a mi parecer..."(Paquito)*

*"...aunque claro la infraestructura no es tan buena pero el trato que recibo si me gusta, me siento bien con eso..." (Paquito)*

Asimismo Pepito refiere que siente que las Enfermeras son sinceras en su trato ya que se lo transmiten por medio de su mirada, además se siente escuchado y atendido cuando conversa con ellas, lo que refleja que la Enfermera no solo debe escuchar al paciente sino también entender lo que él quiere decirle, esto se verifica a continuación:

*“Yo creo que sí son sinceras, sabe por qué, porque yo las miro y a veces en la mirada se nota la atención que nos dan, el carisma, porque si uno la mira y nota que la otra persona está mirando para otro lado o balbucea para conversar entonces quiere decir que no hay atención, en cambio en ellas si son atentas las que me atienden a mí, siempre me han atendido bien, no tengo quejas...” (Pepito)*

Por otro lado, solo tres de las pacientes adultas mayores mujeres refieren una buena atención del personal de Enfermería, dos de ellas, manifiestan que les agradó la atención que recibieron de las estudiantes Técnicas de Enfermería, ya que ellas las ayudaban a bañarse, le daban de comer y eso a Domi le hacía “sentir familiar”.

*“Mire las chiquitas (estudiantes técnicas de enfermería), se portan como mis alumnas, si las niñas que vienen a hacer sus prácticas, te ayudan, ellas te peinan, te atienden y eso me hace sentir familiar...” (Domi)*

*“...con las señoritas, mmm.. las que me conversan son una chiquitas de blanco (alumnas técnicas de enfermería) que me ayudan, me limpian y a veces de dan de comer, (Florcita)*

Además Domi manifestó sentirse sorprendida por la atención que ha recibido, manifiesta que es la primera vez que se hospitaliza y hasta el momento ha recibido un buen trato.

*"Bueno señorita le contaré que esta es la primera vez que me hospitalizo y me encuentro sorprendida de muchas cosas, hasta el momento me han tratado bien."*(Domi)

*"...bueno el cuidado que me dan hasta ahora, como te dije para mi es sorprendente para el primer día, el doctor que me a tocado es muy bueno , muy minucioso..."*(Domi)

Asimismo, otra paciente refiere que la Enfermera acude a su llamado, y recuerda que durante los momentos difíciles que pasó cuando tenía mucho dolor, a causa de su enfermedad, recibió una atención favorable de las Enfermeras, a las cuales las veía como "sus ángeles".

*"Si vienen, bueno en las veces que la he llamado si vienen al instante, cuando yo llamo a la enfermera viene la enfermera..."* (Estrellita)

*"Yo creo que son dos personas trabajadoras si, cuando yo salí del dolor, las veía como mis ángeles, porque me ayudaban, me ponían mi inyección, si me atendían, es que como pasé un momento terrible, sí venían, mi medicina me la ponían a la hora, me decían; "ya no te va a doler mucho...", porque fue terrible, esos dolores eran muy fuertes."* (Estrellita)

Según los hallazgos del estudio realizado, se evidencia que la mayoría de los adultos mayores perciben el cuidado y la atención de Enfermería de diversas formas. Algunos se sienten bien tratados al ser escuchados, al ser atendidos con rapidez ante sus necesidades,



cuando presentan dolor u otras molestias, otros perciben la sinceridad en el trato mediante la mirada de la Enfermera, dentro de ello se resalta lo que uno de ellos expresa, que a pesar de la situación por la que están atravesando, una sonrisa, una mirada, una atención cordial, permite que se sientan confortados ante la realidad de su hospitalización.

Según Waldow, R. (2004), "el momento de cuidar es considerado de tipo transformador, en el cual ambos, el ser cuidado y la cuidadora crecen. El primero presenta una actitud más positiva y serena frente a su experiencia con la enfermedad, incapacidad e inclusive la muerte, fruto de una tranquila y amistosa relación de confianza entre sus cuidadores. Es importante que el paciente, sea considerado y respetado como una persona singular, se le aclaren todas sus dudas sobre su estado. También es importante, que él adquiera mayor conocimiento sobre sí, sobre su enfermedad, en fin, sobre su condición existencial del momento, con el objetivo de emprender de forma serena, estrategias para enfrentar los obstáculos que se presentan y así trazar planes futuros".<sup>(39)</sup>

Asimismo, la autora antes citada, sustenta que "el conocimiento de sí (del paciente), de su circunstancia y de sus limitaciones y potencialidades mejorará su autoestima y confianza, preservando su

identidad y coraje. En su aspecto físico y emocional, puede mencionarse alivio al dolor, comodidad, tranquilidad, relación y bienestar entre otros. El sentirse acogido, protegido y bien cuidado influirá intensamente para que la experiencia del paciente sea lo más tranquila posible. El paciente al ser cuidado, vive una experiencia única tanto en relación a su enfermedad como en relación a la hospitalización. El sentirse enfermo o estar enfermo provoca una ruptura en la relación del ser humano con el mundo. El individuo hace frente a una amenaza (enfermedad, sufrimiento, incapacidad y muerte) a lo desconocido (su estado, su destino, del ambiente y personas extrañas) y con una temporal o definitiva desestructuración denominada crisis ontológica, la cual afecta al individuo como un todo, tanto físico como psicológico, social y espiritual.”

“El crecimiento con relación a la cuidadora, se traduce por la satisfacción, sensación de un deber cumplido, realización, mejora de la autoestima, mayor seguridad y confianza, así como placer y bienestar. La experiencia adquirida en cada nueva situación vivida y cada nuevo encuentro aumenta el conocimiento del profesional. Toda nueva historia de vida y las experiencias de los pacientes ayudan a conocer mejor a las personas y a sí mismo. Las formas de cuidar se enriquecen a partir de las vivencias con pacientes, los cuales permiten que crezcan personal y profesionalmente.<sup>(39)</sup>

Además Watson incluye dentro de sus 10 factores o elementos del cuidado los siguientes: "La enfermera reconoce las necesidades biofísicas, psicofísicas, psicosociales e interpersonales de ella misma y del paciente. Los pacientes deben satisfacer las necesidades de orden inferior antes de intentar satisfacer las de orden superior. La alimentación, las eliminaciones y la ventilación son ejemplos de necesidades biofísicas de orden superior, mientras que la actividad/inactividad y la sexualidad se consideran necesidades psicofísicas de orden inferior. La realización de la persona y las relaciones interpersonales son necesidades psicosociales de orden superior".<sup>(26)</sup>

Al respecto Rivera, L. (2006), define dentro de sus categorías de cuidado a la "categoría apoyo físico: componente que el paciente percibe del personal de enfermería cuando entra en contacto con ellos, en actividades sencillas y significativas, como son mirarlo a los ojos, tomarlo de la mano, realizar los procedimientos y cubrir sus necesidades físicas, incluida la atención oportuna para aliviar el dolor".

Así también, la autora antes citada, define la "categoría características de la enfermera como: comportamientos de cuidado que el paciente reconoce, caracterizando a la(el) enfermera(o) como: persona cálida, agradable, que demuestra su simpatía, amabilidad, eficacia y cordialidad en la atención. Se podría decir que estos

comportamientos de cuidado identifican una(o) enfermera(o) genuina(o), sincera(o).”<sup>(26)</sup>

## **2.2. Sintiéndose tratado con respeto, dedicación y cariño.**

En esta sub categoría, los adultos mayores varones, en su totalidad, refirieron sentirse tratados con respeto, como seres humanos, durante la atención que el personal de Enfermería les brinda, además sostienen que las Enfermeras muestran dedicación en su trabajo, es decir la mayoría de ellos observa empeño y entrega total del personal de Enfermería durante la atención de los pacientes en el servicio, ya que lo demuestran al administrarles su medicamentos y en todo momento que lo necesitan y también durante la guardia nocturna. Tal como se verifica con las declaraciones que a continuación se presentan:

*“Aunque claro no sé cómo será en los otros servicios, tal vez sea diferente, pero aquí si veo dedicación en todo momento, no solo por mi sino por todos los pacientes, así es.” (Paquito)*

*“...por ejemplo en las guardias de noche... Dios mío que tal dedicación... por ejemplo en la madrugada, un paciente llama y dice : el papagayo por favor, y buhhh vienen y se lo dan... se turnan o sino sus rondas, una por la noche y otra por la mañana.” (Paquito)*

*“...como le digo es una dedicación... no vienen a dormir, no ,no o sino están dando los medicamentos, viendo las vías... si está muy bien... estas señoritas con los señores pasan una noche de desvelo... acá si*

*definitivamente si veo empeño, dedicación a su trabajo...”(Paquito)*

*“Eso sí, para qué, si me han tratado con respeto, en ningún momento me han gritado, no para nada”(León)*

También los pacientes expresan que sienten un trato con mucho calor humano y eso les hace sentir bien durante su hospitalización. Uno de ellos, Pepito, menciona que las Enfermeras tienen carisma al atenderlo, al mostrarle una sonrisa, le hace “vivir algo mejor”, disminuye su tensión y se siente aliviado, vemos que las necesidades emocionales implican un buen trato y eso beneficia grandemente al adulto mayor.

*“...también es que como nosotros somos diabéticos sufrimos tensión cuando nos tratan mal, pero yo al miraras a ellas parece que no sufro tensión, no sufro nada, tienen carisma, tienen una sonrisa que nos hace vivir algo mejor, todas las que me han atendido a mí sí me han atendido bien, inclusive las estudiantes.”  
(Pepito)*

*“a mi si me tratan con mucho respeto, con mucho calor humano y lógico te hacen sentir bien, puedes estar con tu mal o problema de salud, pero algo que son las buenas acciones hacen que te disipes... Con el buen trato que recibo...”(Paquito)*

*“Yo creo que ella es amable y respetuosa porque justamente tiene carisma para atendernos, sobre todo en la mirada se nota.” (Pepito)*

En cuanto a las mujeres adultas mayores, sólo dos de ellas manifestaron ser tratadas con respeto durante el cuidado de Enfermería, tal como se verifica a continuación:

*"...ahhh si pues a veces me dicen mamita te toca tu medicina... al menos si son respetuosas, si tienen consideración con el anciano, si cumplen con su labor, más que conversarme." (Estrellita)*

*"...pero no son malcriadas, no... no te faltan el respeto, nada..." (Estrellita)*

*"...yo creo que sí son respetuosas, no me han faltado el respeto no..." (Lucecita)*

Algunas pacientes refieren que, a pesar de su seriedad, las enfermeras son amables y comprensivas, y por su tono de voz les brindan confianza para interactuar con ellas. Sin embargo, solicitan que sean un poco más cordiales con ellas.

*"Sí, claro que me gustaría que sean un poquito más cordial, pero solo me han tocado una o dos creo, pero las demás son muy amables a pesar de su seriedad, pero su tono de voz invita a sentirse confiada para conversar." (Estrellita)*

*"Pero a pesar de todo si tienen paciencia, me esperan, O sea por decir cuando me decían te vamos a poner en la otra mano y yo en ese tiempo lo movía despacio porque no podía mover bien mi brazo, entonces yo me sacaba el polo despacio... así... sí me esperaban, sí, no ha habido ninguna brusca." (Estrellita)*

A propósito de estos resultados de la presente investigación, Waldow, R., (2004), refiere que:

“la cuidadora deberá ser receptiva y consciente de lo que significa ser paciente, ser cuidado, estar enfermo, estar hospitalizado, así como ser sensible a los temores, ansiedad, miedo e inseguridad que el paciente y su familia puedan presentar. Debe estar preparada para ayudar al paciente a enfrentar esta nueva situación de estar enfermo, hospitalizado y de necesitar ayuda, considerando que debe ser resguardada su identidad y preservada su integridad. Durante el proceso de cuidado, la cuidadora deberá colocar en práctica su habilidad de pensamiento crítico. Durante todo este proceso, debe estar siempre presente, la reflexión sobre lo que está sucediendo, lo que está realizando y cómo deberá comportarse. En cada nuevo encuentro deberá evaluar al paciente y su estado, observándolo como un todo”.<sup>(39)</sup>

Al identificar lo que requiere el paciente, como nos refiere la autora, la cuidadora verifica los medios disponibles para que el cuidado sea realizado lo más pronto y adecuadamente posible. Las acciones deben siempre estar acompañadas de interacción, es decir, conversando, escuchando, tocando, expresando interés, disponibilidad, aceptación. Postura, expresión facial y corporal, toques y miradas son indicadores de estos ítems, por lo tanto, el paciente detecta cuando estos comportamientos son verdaderos, al mismo tiempo pierde toda la

confianza en la cuidadora y en el cuidado ofrecido, cuando están ausentes esas actitudes. En el estar con y en el ser con el otro, la presencia genuina es fundamental".<sup>(39)</sup>

Es necesario que la enfermera reflexione sobre sus valores y sentimientos y sobre el significado de la experiencia en relación a la situación vivida y sobre como percibió la reacción del paciente y la de su familia, durante ese encuentro. Esta reflexión, como lo afirma Waldow, ayuda durante el aprendizaje de la cuidadora para que pueda siempre refinar su cuidado, trayendo bienestar al paciente.

"Por lo tanto, la enfermera al cuidar interactúa con el paciente, colocando en práctica su conocimiento, su habilidad técnica y su sensibilidad que la ayuda en su crecimiento. A su vez el paciente, a través de esta experiencia, comparte su ser, experimenta los rituales del cuidado y sus características; aspectos que contribuyen para que el proceso de cuidar sea positivo. Se resalta que ambos, cuidadora y el ser que es cuidado, se beneficiarán a través de esos encuentros".<sup>(39)</sup>



### **2.3. Sintiendo la preocupación del personal de salud por su salud y bienestar.**

En esta sub categoría solo los adultos mayores varones manifiestan sentir la preocupación del profesional de Enfermería, de los diferentes turnos, ya que expresan que se preocupan por ellos, por su bienestar, por su comodidad, por su salud, siendo amables en su trato, brindándoles apoyo ante sus preocupaciones y siendo sinceras en su cuidado y atención diaria, tal como lo verificamos a continuación:

*"Yo creo que si se preocupan por uno porque mire ellas cambian de turno y la señorita que viene ahorita en la noche, a eso de las 8 o 9 pm y me ve así aletargado, me dice, se siente mal?, le digo no...sino que ya tengo sueño, pero si me he dado cuenta que si hay preocupación." (Paquito)*

*"Yo creo que son sinceras porque mire, esa idea de servirle a uno porque está enfermo, o sea hay preocupación, por ejemplo antes de lo que estaba hinchado, venían , me veían.. me decían: ay señor Paquito ya va a bajar poco a poco, o sea hay preocupación... si eso he notado desde que estoy aquí..."(Paquito)*

*"Bueno desde que estoy internado aquí, sí se han acercado a conversarme y me preguntan qué es lo que tengo, a veces me ven un poquito triste y me preguntan y se preocupan por uno, que necesito, a veces no puedo traer el papagayo y me lo alcanzan y no hay ningún problema, son bien amables todas en general, hasta las enfermeras que están estudiando." (león)*

Es muy importante que el Profesional de Enfermería demuestre una preocupación sincera por el paciente, no solo por cumplir con su trabajo, como un paciente mas, sino porque en realidad le interesa el bienestar del adulto mayor hospitalizado, demostrándolo a través de preguntas acerca de su salud, malestar u otras necesidades que presente, así el paciente sentirá que el cuidado que recibe es sincero y que va dirigido a lograr su recuperación y rehabilitación.

Según Watson, citada por Rivera, L., (2006), una ocasión de cuidado es el momento (el foco en el espacio y el tiempo) en que la enfermera y otra persona viven juntos de tal modo que se crea la ocasión para el cuidado humano. "Ambas personas, con sus campos únicos fenomenológicos, tienen la posibilidad de venir juntos a una transacción humana-a-humano. No una simple meta para quien es cuidado, Watson insiste en que la enfermera, el dador de cuidado, también necesita estar al tanto de su propio conocimiento y auténtica presencia de estar en el momento del cuidado con su paciente".<sup>(26)</sup>

Al respecto, Alvis y col, (2004), citados por Rivera, L., (2006), establecen "Categorías de Cuidado dentro de las cuales está el: "*priorizar al ser cuidado*" hace referencia al cuidado de enfermería que está orientado a priorizar la persona, donde hay una preocupación por ella y respeto por sus decisiones e intimidad, donde su calidad de

paciente y persona se conserva a partir de la identificación por el nombre. "Aquí se involucra al personal de enfermería en una relación de cuidado "transpersonal", ya que para Watson: "el objetivo de una relación transpersonal de cuidado corresponde a proteger, realzar, y conservar la dignidad de la persona, la humanidad, la integridad, y la armonía interior".<sup>(26)</sup>

Asimismo, de acuerdo con los autores antes mencionados, "la categoría "*cualidades del hacer de la enfermera*", hace referencia al óptimo desempeño del personal de enfermería identificado por el paciente, en rasgos que describen una enfermera atenta, que hace las cosas con sencillez, humildad y agrado, que explica con amabilidad y propicia el diálogo, además su desempeño es profesional en cuanto al conocimiento que refleja en su trabajo, cumple con el deber profesional, reconoce sus debilidades, sigue la indicaciones del tratamiento, brinda apoyo a sus compañeras, trabaja en equipo y, muestra capacidad de liderazgo frente al grupo".<sup>(26)</sup>

#### **2.4. Evidenciando que la enfermera está pendiente de cumplir con el tratamiento médico.**

Con respecto a esta sub categoría, al igual que la anterior, solo los adultos mayores varones expresaron que sienten la preocupación

de las Enfermeras de cumplir con el tratamiento médico, cuando ellas están pendientes de sus medicinas, o del horario en que les administraran su tratamiento, siendo amables y revisando si les falta alguno, o reponiendo en caso que hayan cogido cuando lo necesite algún paciente, a continuación se detallan los testimonios:

*“Bueno pues la preocupación del personal se nota en el trato que dan, en que están pendientes de que si te duele algo, que si te toca tu medicina, cosas así, sí, se ve eso aquí; así como los médicos que pasan en la mañana, y luego hablan con la familia”(León)*

*“La enfermera si me hace preguntas, revisa y me dice que no me han comprado y yo le digo que cuando mi esposa venga lo va a comprar o de repente lo busca por ahí y me lo pone, pero de todas maneras solucionan el problema.” (Pepito)*

*“Si me preguntan sobre mis medicamentos que me los da el SIS, y también si tengo dolor en algún momento, sí, ellas pasan así, y miran, por ejemplo miran si me ponen en suero o si me está bajando el suero y me preguntan si me duele algo y se inquietan por los pacientes...”(León)*

Según lo encontrado se infiere que los pacientes adultos mayores no solo perciben el cuidado del profesional de Enfermería mediante sus atenciones, sino que también sienten que se preocupa por ellos ya que mantiene un horario en la administración de su tratamiento, se encargan de que no les falte ningún medicamento y mantienen su proceso de hospitalización con el objetivo de contribuir a su

recuperación; todo ello brindado con respeto, amabilidad; lo que permite que el paciente se sienta satisfecho y colabore con las actividades realizadas.

Sin embargo, el cuidado abarca, además de procedimientos y actividades técnicas, acciones y comportamientos que favorecen no solo el estar con, sino también el ser con, como nos dice Waldow, R., (2004). Es decir, se piensa que los procedimientos, intervenciones y técnicas realizadas con el paciente solo se caracterizan como cuidado en el momento en que los comportamientos de cuidar son mostrados, tales como: respeto, consideración, gentileza, atención, cariño, solidaridad, interés, compasión, entre otros. Durante y luego de ejecutar acciones o procedimientos, estos deben ser explicados al paciente. Las acciones en todos los momentos sufren un proceso de evaluación como por ejemplo, de la forma como fue realizada la acción, quien la ejecutó y si hay necesidad de reformular u ofrecer algo más para la próxima vez; así como, si las condiciones ambientales y materiales fueron adecuadas".<sup>(39)</sup>

### **A.3. CATEGORIA: SINTIENDOSE RESPETADO EN SU AUTONOMÍA Y CREENCIAS.**

La autonomía como principio bioético enmarca una característica especial la cual es el respeto hacia las decisiones del paciente, sin importar sexo o raza, sin prejuicios ni restricciones, sin embargo, no siempre se cumple con esto ya que en el caso de los adultos mayores existe cierto control sobre ello, ya que por ser un "Adulto mayor", suponen que no se encuentra en la capacidad de decidir lo que es bueno o malo, es por ello que muchas veces la familia o el personal de salud que lo atiende, toma decisiones sin consultarle o comunicarle al paciente. Sin embargo, tomando en cuenta el estado o capacidad cognitiva del paciente, este hace respetar sus derechos, deberes y decisiones ante la sociedad. En el presente estudio los adultos mayores refieren que sus decisiones son aceptadas tanto por la familia como por el personal de salud, se suma a ello el respeto por sus creencias culturales y religiosas, lo cual adquiere un valor personal para el paciente como parte de una estrategia de soporte durante el tiempo de hospitalización. Para su mayor comprensión, se detallan a continuación las cuatro sub categorías, componentes de esta categoría:

### **3. 1. Sintiendo el respeto del personal hacia sus decisiones.**

Los adultos mayores participantes del estudio manifestaron que sienten que sus decisiones son respetadas por el personal de salud sean enfermeras o médicos, algunos mencionan que antes de tomar una decisión sobre algún procedimiento que van a recibir, consultan para qué es o por qué lo tienen que realizar, luego de ello deciden que es lo mejor para su salud y dan su consentimiento informado. Otro entrevistado refiere que cada uno debe decidir y por ello sus decisiones deben ser respetadas. Tal como se verifica en los siguientes testimonios:

*"Mis decisiones? Sí, si son respetadas por el personal, por las enfermeras y por los doctores, si porque por ejemplo yo les digo algo sobre qué van a hacerme, para qué es, y yo entiendo que es para mí bien entonces si acepto porque sé que me voy a mejorar."  
(Pepito)*

*" Yo creo que sí son respetadas mis decisiones, porque no me obligan a hacer algo que yo no quiero..."(Lucecita)*

*" Yo creo que si respetan mis decisiones, el personal nunca ha hecho algo que yo no quiera, siempre me consultan o me explican para qué es, eso sí, si me respetan, (león)*

*"Mis decisiones??.. claro, por supuesto son respetadas por el personal y por todos, tu vida tú la decides ... (Domi)*

Se considera importante que las decisiones del adulto mayor sean tomadas en cuenta al momento de decidir sobre su salud, ya que como hemos visto, si existe una adecuada comunicación y explicación del procedimiento antes de su ejecución, entonces se obtendrá su participación y colaboración en los mismos que se realicen dentro del hospital, tomando en cuenta siempre sus derechos como pacientes y como personas.

Al respecto según la Organización Panamericana de la Salud (OPS), (2008), "la autonomía significa autodeterminación y autodirección sin coerción o control externo. En los adultos mayores, la autonomía puede disminuir enormemente en la medida en que avanza la edad y/o la fragilidad. Asimismo, afirma que toda persona adulta tiene derecho a la toma de decisiones sin coerción o control externo y este derecho no tiene fecha de vencimiento. La edad, por lo tanto, no es criterio para restringir la auto determinación o la toma de decisiones en asuntos de salud. Cuando la capacidad cognitiva del adulto mayor está impedida, los familiares o cuidadores pueden, de manera justificable, intervenir para proteger al adulto mayor de situaciones o comportamientos que puedan hacerle daño. La prevalencia de deterioro o daño cognoscitivo entre los adultos muy mayores puede nutrir la noción de que el ejercicio de la autonomía ya no es posible a partir de cierta edad".<sup>(35)</sup>



De igual manera, sustenta este organismo que:

“el emitir un juicio de que la persona mayor está incapacitada para tomar decisiones relacionadas con su salud tiene muchas ramificaciones éticas. Primero, tal juicio se utiliza frecuentemente para permitir que las decisiones básicas acerca de la vida del adulto mayor pasen a ser responsabilidad de otro, sin el consentimiento o la consulta con el paciente. Es decir, al adulto mayor se le quitan los derechos de adulto y pasa a tener una posición de dependencia infantil. Segundo, es posible que un adulto mayor que requiera múltiples tratamientos, con salud deteriorada y con déficit de memoria leves, mantenga capacidad para tomar algunas decisiones, pero no todos los tipos de decisiones. Por lo tanto, es necesario definir qué significa tener capacidad para tomar decisiones y evaluar tal capacidad en el contexto de una situación específica”.<sup>(35)</sup>

Según Costa, A. (2009), tomar decisiones de forma compartida implica tener en cuenta también las expectativas del paciente (en ocasiones también de la familia), proporcionar información actualizada según los últimos conocimientos, identificar las incertidumbres, invitar al paciente a expresar su preferencia y verificar que ha elegido lo que es adecuado para él. “Compartir decisiones durante la entrevista es parte fundamental de la medicina centrada en el paciente. Uno de los principales argumentos que emplean los detractores de este modelo es

la mayor inversión de tiempo que requiere. Sin embargo un mínimo de tiempo en la atención y dedicar a cada paciente el tiempo que necesite, es imprescindible para realizar una atención personalizada que integre calidad con calidez".<sup>(36)</sup>

### **3.2. Sintiendo el respeto de su familia hacia sus decisiones.**

En el estudio, se reafirma que la familia juega un rol muy importante dentro de la autonomía del paciente, tal es así que los adultos mayores, manifestaron que sienten que sus decisiones son respetadas por su familia. Manifestaron que conversando con sus hijos o familiares llegan a un acuerdo, sintiéndose parte de la toma de decisiones para la mejora de su salud; algunos refieren que conversan con su familia y si algún asunto no ha quedado lo suficientemente claro, entonces se lo manifiestan ya que tal vez la paciente este equivocada, llegando finalmente a una adecuada decisión.

*"...mi familia si respeta lo que yo digo, mis hijos, si normal, además que ellos quieren lo mejor para mi..."(Florcita)*

*"Por supuesto, mis decisiones son respetadas, claro si me van a hacer algo me explican que es bueno y claro si es por mi salud yo acepto, mi familia si también acepta mis decisiones, mis hijos conversan conmigo y todos llegamos a un acuerdo, por ese lado no hay problema señorita... (Paquito)*

*“...mi familia también respetan lo que yo les digo y si algo no les parece entonces me dicen, tal vez yo este equivocada, si pues...” (Lucecita)*

Tal como hemos visto la familia tiene que apoyar al paciente adulto mayor, explicándole, informándole y siendo pacientes en su diálogo, ya que con excluirlos no se logrará nada más que la infelicidad de éste, es por ello que compartir las decisiones que enmarcan a su salud es muy favorable para ellos, ya que se sentirán bien y participaran en su recuperación.

Concordando con lo expresado anteriormente, Ángel, A., (2007), manifiesta que “las crisis por las cuales pasa el anciano repercuten también en cada uno de los miembros de su familia y viceversa, se suceden cambios de manera especial en la comunicación y expresión del afecto. Al adulto mayor a veces la familia lo percibe distante o lejano y puede ser sólo la manifestación de enfrentar las limitaciones biológicas, psíquicas y sociales actuales, que le impiden expresarse como antes lo hacía, lo que le aseguraba su autonomía”.<sup>(23)</sup>

Asimismo, el autor citado anteriormente, sostiene que “es la familia con todo el potencial de cada uno, es quien puede hacer de esta última etapa del ciclo vital, una experiencia maravillosa, en donde la cooperación, ayuda, estímulo, reconocimiento, creatividad y valoración

de todos y de cada uno les permitirá crecer y vivir los valores, aprendidos en familia, enriquecerse con las experiencias y prepararse con las vivencias para una vejez digna para todo ser humano".<sup>(23)</sup>

### **3.3. Sintiendo el respeto del personal hacia su religión y creencias.**

El principio de autonomía no solo va dirigida a respetar las decisiones del paciente como tal, sino también a respetar sus creencias, la decisión de tener una estampita o rosario lo cual les permitirá hacer más llevadera su hospitalización, como lo manifiestan los pacientes adultos mayores que participaron del estudio, quienes refirieron que son respetadas sus creencias, sean de pensamientos o costumbres así como sus creencias religiosas, su manera de expresarlo y vivirlo dentro del servicio de hospitalización, así mismo, manifiestan que el personal de salud respeta su religión, si es que tienen algún crucifijo o leen la biblia lo pueden hacer libremente sin sentir discriminación o rechazo por parte del personal de salud. Esto se verifica a continuación con los siguientes testimonios:

*"Yo soy católica, tengo aquí mis estampitas, una crucecita, no me han dicho nada, las doctoras normal, no lo han sacado, eso sí, han respetado..."(Teresita)*

*" Yo soy católica, tengo mi rosario aquí en mi mesita, no lo han sacado eso si normal." (Florcita)*

*“...pero normal, las enfermeras, los doctores si respetan pues, cada uno tiene sus creencias y las respetan...” (Paquito)*

*“Si señorita, yo soy católica, siempre leo mi biblia y tengo aquí mi rosario, para qué, todo el personal respeta eso, no me dicen nada, ni lo han sacado.” (Lucecita)*

*“... mmm Haber sobre mis pensamientos, mis costumbres, claro son respetadas, aceptadas por el personal del servicio.”(Domi)*

Lo dicho anteriormente se verifica con la Observación realizada por la investigadora, durante la investigación:

*“Se observa al personal técnico realizando el aseo de las unidades de los pacientes, una de ellas encuentra sobre la mesita una estampita, la coge y la guarda dentro del cajón, ya que debía dejar ordenado, expresándole a la paciente que su estampita queda dentro del cajón.”*

(Observación realizada en el Servicio de Medicina, Pabellón de Mujeres)

Según los hallazgos del estudio tenemos que el personal respeta la religión y creencias de los pacientes adultos mayores, sin embargo no se evidencian pacientes que afirmen que el personal ha hecho alguna oración junto con ellos o que les hayan preguntado sobre su religión, simplemente los pacientes entrevistados sienten el respeto

hacia sus creencias, porque no han retirado sus estampitas o porque pueden rezar sin ninguna oposición del personal.

Al respecto Cardozo, Y, (2008), refiere que "la participación del profesional de enfermería en la atención al enfermo, que requiere que sus necesidades espirituales sean satisfechas para encontrar consuelo, reflexionar y aceptar la realidad de su estado, las necesidades espirituales son los requerimientos que precisa la persona en la satisfacción de las necesidades de la fe y la esperanza y buscan apoyo en sus creencias religiosas, para, obtener el valor de afrontar la vida con dignidad, de esta manera el enfermo encuentra que su religión es de gran ayuda, al igual que sus familiares".<sup>(37)</sup>

Dentro de esta perspectiva, Carson, (1989), citado por Cardozo, Y. (2008), describe las necesidades espirituales como la necesidad de una relación de perdón amor y confianza en Dios (como lo defina el individuo) y vivir hasta el final con amor, actitud de perdón y esperanza, confianza en uno mismo y en los demás. Igualmente, Stodl (1989), describe a la espiritualidad "como un concepto bidimensional: la dimensión vertical es la relación con el superior, Dios o cualquier valor elevado que guíe la vida del individuo; la dimensión horizontal es la relación que mantiene la persona consigo mismo, con los demás y con

el entorno. Existe una interrelación continua entre las dos dimensiones".<sup>(37)</sup>

En cuanto a la necesidad de la fe, Fowler y Keer (1995), citado por Cardozo, Y. (2008), refieren que "es la forma de vivir, de actuar y de auto comprensión. Tener fe es creer en o estar comprometido con algo o alguien en sentido amplio. Por lo tanto, el profesional de enfermería tiene que respetar la voluntad del enfermo, sin juzgar si es bueno o es malo".<sup>(37)</sup>

En contraste con lo evidenciado en el estudio, Cardozo Castillo, Ysmael y Cols. (2008) en un estudio titulado: "*Participación del Profesional de Enfermería en la satisfacción de las necesidades emocionales*", encontraron que aún cuando los profesionales de enfermería expresaron facilitar al enfermo, la ayuda religiosa necesaria para su tranquilidad espiritual, esta afirmación es contraria a lo que manifestaron los enfermos. El 75% de estos expresaron que no obtienen respuesta alguna por parte del profesional de enfermería cuando se trata de su creencia religiosa, llegándose al caso que ni le pregunta el credo que profesa o si desea la presencia de un representante de su fe religiosa, como lo evidencia el 87.5% de las respuestas obtenida por parte de los pacientes.<sup>(37)</sup>

Esto pone en evidencia que el personal de Enfermería puede respetar la religión de los pacientes así como su credo y creencias religiosas o culturales, sin embargo, no se involucra en satisfacer dichas necesidades espirituales, estando al margen de ellas.

#### **3.4. Profesando su fe según sus creencias religiosas.**

Al respecto los pacientes adultos mayores del estudio manifestaron que ellos expresan sus creencias religiosas de diferentes formas, se observó en el estudio que son mayormente las pacientes mujeres que profesan su credo católico, más constantemente que los varones, ya que algunas de ellas expresaron que rezan en diferentes momentos del día, algunas veces de forma silenciosa, se persignan antes de ingerir sus alimentos y comparten con sus familiares su devoción hacia el creador, orando con la finalidad de obtener mejoría en su salud. Tal como lo expresan a continuación:

*“...yo rezo cuando me despierto y me persigno antes de comer o de tomar alguna pastilla, si pues, siempre debemos tener presente al Señor, y claro mi familia también es católica y todos compartimos la fe a Cristo.”(Lucecita)*

*“...por ejemplo si yo quiero rezar, orar, claro no voy a gritar calladito nomas lo hago no hay ningún problema...”(Domi)*

*“...yo rezo por las noches para que me mejore pronto y pueda irme a mi casa...”(Florcita)*



*"Si ellos respetan mi decisión y claro todos somos católicos compartimos la religión siempre hemos sido muy devotos, aquí tengo mi estampita y un rosario que me trajo mi hija..." (Estrellita)*

Por otro lado, los pacientes adultos mayores varones refieren que mayormente rezan por las noches cuando existe un ambiente tranquilo libre de ruidos o distracciones. Uno de ellos refiere "Soy católico, pero a mi manera", ellos consideran que no es necesario rezar siempre y a cada momento para practicar su credo, coincidiendo con las pacientes mujeres en que si comparten sus creencias religiosas con su familia.

*"Bueno la verdad es que yo soy muy poco de andar rezando, o sea soy católico pero a mi manera, no estoy pues rezando a cada rato, no soy así, en el momento que creo conveniente lo hago" (Paquito)*

*"...tengo ahí un rosario que me dejó mi hija, mayormente he rezado por las noches que es más tranquilo el ambiente..."(Paquito)*

*"Yo la verdad es que no rezo mucho, me considero católico pero a mi manera, es decir no estoy con una biblia a cada rato, mis hijos me han traído una estampita, aquí la tengo, claro por las noches mayormente rezo, cada uno demuestra su fe de diferentes formas." (León)*

Lo dicho anteriormente se verifica con la Observación realizada por la investigadora:

*"Se observa sobre la mesa de una de las pacientes, un rosario y unas estampitas del "Señor de los milagros",*

*luego la paciente los coge, se persina y empieza a rezar en silencio...*

(Observación realizada en el Servicio de Medicina, Pabellón de Mujeres)

Se observa que para los pacientes adultos mayores profesar su fe es muy importante como parte de su autonomía, su credo religioso es un sustento dentro de las dificultades que viven durante el proceso de su hospitalización, según Cardozo, Y., (2008), "las necesidades espirituales se refieren a los requerimientos esenciales del ser humano que son el vigor natural y la virtud que alienta y fortifica, da fuerza y valor en búsqueda de la paz interior, la cual se apoya en las creencias religiosas, la fe, la esperanza y la divinidad. Las necesidades son satisfechas a través de ritos y oraciones religiosas, apoyo y reflexiones acerca de su Dios, lectura de sus libros sagrados, visita del ministro religioso, lo cual muchas veces es compartido con la familia".

También para Westerhoff (1986), citado por Cardozo, Y. (2008), "la fe viene a ser un modo de ser o de actuar. Para el enfermo la fe viene de una autoridad superior, ejemplo: Dios, Alá, Yahve; o en el propio individuo, que en el contexto del paciente y familia proporciona fortaleza y confianza en momento de dificultad, ya que la búsqueda de la fe es la creencia en alguien o en algo".

Asimismo, el autor sustenta que, "la esperanza es otra necesidad espiritual, se define como la expectativa confiada de que se cumplirá un deseo y es necesario que el individuo sobreviva a la enfermedad o a otros momentos difíciles. De esta manera Grimm (1991), citado por Cardozo, Y. (2008), afirma que la esperanza "es un proceso interpersonal creado por la confianza y alimentado mediante relaciones de ayuda con los demás, incluido Dios".<sup>(37)</sup>

Al respecto y corroborando con lo encontrado en el estudio, la autora Meneses Gomes de Armorin, Annatalia y Cols. (2009), en su estudio titulado: "*Sentimientos, sentidos y significados en pacientes de hospitales públicos en el Noreste de Brasil*", encontraron que desde el punto de vista del paciente hospitalizado, la fe en Dios es esencial para ayudar a superar las desgracias. Los participantes relataron buscar en la fe el alivio para un momento de incertidumbre: "*Dios me ha ayudado a soportar y a mejorar más, no me siento tan solo*" (Paciente), es uno de los testimonios".<sup>(38)</sup>

Como se observa la espiritualidad del paciente está muy ligado a su ser interpersonal, lo que beneficia como parte de la fortaleza que necesita durante su hospitalización y el proceso de su enfermedad, siendo importante el apoyo de la familia y el compartir sus mismas

creencias, lo que los hace mas fuertes ante las adversidades y les ayuda a encontrar significado a la enfermedad.

#### **A.4. CATEGORIA: SINTIÉNDOSE APOYADOS POR SU FAMILIARES Y AMIGOS**

Hoy en día la familia, como eje social, cuyos miembros comparten su cultura, creencias y pensamientos; forma parte importante y necesaria para lograr un soporte en la estabilidad del adulto mayor, sobre todo si se encuentra hospitalizado, siendo a veces dependiente de los demás para satisfacer sus necesidades físicas, es allí donde el rol de la familia, sea dado por los hijos, hermanos, nietos, etc., es significativo para mejorar la calidad de vida de las personas de la tercera edad. Al visitarlos y cuidarlos en una sala de hospitalización demuestran que aun son importantes para ellos. Además al mostrarles preocupación por su salud, por su comodidad y bienestar; los adultos mayores ya no se sienten solos y desprotegidos, al contrario se encuentran seguros de pertenecer a su esfera familiar y social.

La mayoría de los adultos mayores participantes del estudio refieren ser visitados por sus familias, sean sus esposas o esposos, hijos, hermanos o sobrinos y, en algunos casos por los amigos, lo cual

les hace sentir bien. Manifiestan que con la visita de sus familiares ya no se sienten tan solos cuando vienen a verlos, les agrada tenerlos cerca, sentir su apoyo, ya que la familia demuestra su interés hacia ellos preguntándoles como se sienten, diciéndoles que no se tensionen y sobretodo que deben cuidar su salud. Tal como se verifica a continuación, con los siguientes testimonios:

*"Mi familia también me apoya en todo, mi esposa está al pendiente de mis medicamentos y mis hijos en cuanto pueden me vienen a visitar." (Pepito)*

*"A pesar que estoy hospitalizado, mi familia siempre viene a verme, sean mis hijos o mi esposa, además han venido unos primos, hermanos y amigos de mi trabajo, si pues, uno se siente acompañado aunque sea por un momento."(León)*

*"...cuando vienen a verme, ya no me siento tan sola, me preguntan como estoy, que si necesito algo, me dicen que debo cuidarme, que no me preocupe o que no me tensione, si pues..." (Lucecita)*

*"...mis hijos vienen a visitarme, porque yo no tengo hermanos o hermanas, si mis hijos están viniendo, desde que estoy internada."(Teresita)*

Además, los pacientes adultos mayores del estudio refieren que también son visitados por sus vecinos o amigos, lo cual les agrada, sintiendo su cariño y compañía, mostrando alegría ante ello.

*"Yo recibo la visita de mis familiares, de mis hermanos de mis hijos, hasta mis vecinas y vecinos han venido, bien buenos son, me alegran..." (Lucecita)*

*“...mis vecinas me visitan a veces, cuando yo estaba mal en mi casa iban y se acercaban a verme, eso me gusta...”(Teresita)*

*“...la señora rosita me alegra cuando la veo, me abraza cuando me ve, ella conversa conmigo.”(Teresita)*

*“También han venido a visitarme mis hermanos, unos amigos de mi iglesia y unos vecinos, si pues, me sentí alegre al tenerlos aquí...”(Pepito)*

Como vemos, la presencia de la familia y amigos para un adulto mayor hospitalizado es fundamental ya que sienten emociones positivas como la alegría, se sienten acompañados, recibiendo el cariño de los seres que ellos más quieren, teniendo en cuenta que encontrarse hospitalizado crea una crisis personal y familiar, lo cual se logra superar con el fortalecimiento de los lazos afectivos y familiares.

En ese sentido, Rodríguez, M., (2006), sostiene que, “la familia como unidad social intermedia entre el individuo y la comunidad se convierte en un medio que puede incidir favorable o desfavorablemente en el proceso salud-enfermedad. Las funciones económicas, biológicas, educativas y la satisfacción de las necesidades afectivas y espirituales que desempeña el grupo familiar son de marcada importancia”.

Asimismo, la OMS, citada por Rodríguez, M. (2006), expresa que si los ancianos o pacientes en muchos países representan una carga creciente para los hospitales y los servicios de asistencia social, es consecuencia, en gran parte, de un relajamiento de los vínculos de afecto familiar.

Por lo tanto, la autora antes citada, plantea que resulta importante la protección que recibe el anciano de su familia porque ésta constituye el pilar fundamental de su vida, explica, además, que las relaciones intrafamiliares están determinadas por múltiples factores, unos de tipo físico material y otros psicológicos afectivos de los que dependen en mayor o menor medida, el fortalecimiento y la armonía de las relaciones intrafamiliares y el bienestar y la seguridad de los ancianos. La familia por lo general se ocupa de ellos y de esta forma se acentúa la imagen positiva y de cooperación que tiene la función familiar para este grupo poblacional".<sup>(44)</sup>

De la misma forma los pacientes refirieron sentirse contentos con la atención que reciben de sus familiares cuando los visitan, ya que les ellos les preguntan cómo se sienten, qué necesitan, si tienen algún dolor y los atienden, mientras dura el horario de visitas, sintiendo la preocupación de sus familiares y agradándoles la relación que aún se conserva entre ellos. A continuación se detallan los testimonios:

*“...claro me agrada que vengan, me distraigo un poco y siento pues preocupación de ellos hacia mí.” (Paquito)*

*“...sí, siento que se preocupan por mi porque me preguntan cómo me siento, que si me duele algo, y mientras están aquí, me atienden en lo que pueden, y eso me agrada.” (león)*

*“...pero a pesar de todo si siento la preocupación de mis familiares y amigos, ya que están al pendiente de mí.” (Pepito)*

*“...si siento que se preocupan por mi salud y por mi bienestar aquí en el hospital.” (Estrellita)*

*“con mi familia no se ha perdido la comunicación, ellos vienen o preguntan por mí” (Domi)*

Lo expresado por la mayoría de los entrevistados se verifica con la Observación realizada por la investigadora:

*“Es horario de visita de familiares, se observa el pabellón relativamente lleno de personas, todos los pacientes tienen por lo menos a un familiar que los acompaña; se observa específicamente a un paciente, quien es atendido por una mujer, que al parecer es su hija, ya que le dice “¿papá estas cómodo, o deseas que te ponga de costado?”,” asimismo otro joven refiere: “te duele algo abuelito, como te estás sintiendo, ya sabes tienes que comer toda tu comida para que salgas de aquí bien...”*

(Observación realizada en el Servicio de Medicina, Pabellón de Varones)

Además una paciente refiere sentir que su hijo menor se preocupa mucho por ella, por su salud y bienestar, por ese motivo ella siente



como si él fuese su "padre", sintiéndose alegre de tenerlo cerca cada vez que la visita.

*"...vienen pero más viene mi hijo, el menor, él es soltero, tiene un poco más de tiempo, si se preocupa por mí, porque esté bien..."(Teresita)*

*"si pues ...cuando mi hijo viene me siento alegre porque siento como si fuera un padre para mí, cuando estaba en la casa él se preocupaba por todo, porque yo esté bien, porque no me falte nada, por eso el me trajo aquí, cuando estuve mal..."(Teresita)*

La enfermedad y la hospitalización producen cambio de roles entre los miembros de la familia, especialmente en los de mayor edad, siendo que en caso de la madre o padre, éstos asumen el rol de hijos y son protegidos por los hijos, que asumen el rol de padres, como se evidenció en la declaración anterior.

Al respecto, Ramos, R. (2010), refiere que "los adultos mayores necesitan sentirse queridos por sus familiares y cuidadores y es que si bien es cierto es importante que sus necesidades sean suplidas, lo es también que puedan contar con el amor, el respeto y el cariño de sus seres queridos, pues así podrían tener realmente una mejor calidad de vida".

El autor añade que, "el problema es que muchas personas ponen todo su esfuerzo para procurar que el adulto mayor esté en buenas condiciones de salud pero dejan de lado el aspecto emocional que también necesitan pues ello es un factor muy importante que permite que estén mejor, de ahí que las muestras de afecto no pueden pasarse por alto".

Ramos también sostiene que, "cuidar a un adulto mayor, no solo tiene que tener una connotación de trabajo y sacrificio, sino que también es necesario y fundamental abrir paso, al cariño, comprensión, tolerancia, y es que las personas deben entender que ellos dieron mucho por la familia por lo que lo menos que se puede hacer es retribuirles todo el amor que dieron".<sup>(45)</sup>

El experto indicó que "un adulto mayor necesita apoyo y cercanía, es decir, a veces no se tienen que hacer grandes cosas sino tan solo acompañarlos, compartir con ellos, salir y disfrutar de estar a su lado, facilitarles que puedan ver a sus amigos o familiares y permitirles autonomía".<sup>(45)</sup>

Tal como nos refiere el autor, las necesidades de afecto y cariño deben ser cubiertas por la familia del adulto mayor, ya que requiere de una atención más comprensiva y amorosa, sobre todo si se encuentran

hospitalizados, en un ambiente desconocido y desagradable, por ende, la familia es la que fortalece y asegura el bienestar de nuestros adultos mayores.

## **B. VIVENCIAS NEGATIVAS:**

### **B.1. CATEGORÍA: REFIRIENDO LIMITACIONES EN LA COMUNICACIÓN**

La hospitalización de un paciente adulto mayor no solo afecta su área física, emocional sino también el área social, lo que involucra la relación que crea con su entorno, el cual puede ser con otros pacientes, con el personal de salud o con su familia. Asimismo, teniendo en cuenta que la comunicación es un eje importante para la formación de un vínculo interpersonal, ya que permite la expresión de necesidades, emociones y sentimientos, a veces existen limitaciones que impiden su desarrollo, como en el caso del paciente adulto mayor sea por su proceso de envejecimiento o por su patología de fondo, le impide socializar con otras personas, y si a esto se le añade la falta de comunicación y acercamiento del personal de salud con el paciente o la ausencia de comunicación de la enfermera con la familia, imposibilitan la creación de un entorno social adecuado para el paciente. A esta

categoría pertenecen cinco sub categorías, las cuales para su mejor comprensión se describen a continuación:

### **1.1. Conversando con la enfermera solo durante la administración de su tratamiento u otros procedimientos.**

En esta sub categoría se observa diferencias entre los pacientes adultos mayores varones y las mujeres, los primeros (3) refieren que la enfermera conversa con ellos en algunos casos solo durante la administración de sus medicamentos, preguntándole sobre dolencias, malestar o sobre su estado de salud. Además, los participantes del estudio manifiestan que conversan con la enfermera como medio de distracción ante la aplicación de algún procedimiento endovenoso, recibiendo explicaciones sobre el medicamento, reacciones o efectos que puedan presentarse. Sin embargo refieren que esta comunicación es solo en momentos que la enfermera ejecuta algún procedimiento y no se acerca a ellos fuera de estos momentos. Tal como se verifica a continuación:

*"...o sino en el momento en que me viene a poner mi tratamiento o también otros espacios de tiempo, a veces pasan por acá y me dicen que tal... algo, alguna dolencia, dolor de cabeza?." (Paquito)*

*"Sí, me conversan mas cuando me van a poner mis inyecciones, porque tengo casi todos los brazos inyectados y me ponen suero para nebulizar la sangre, y me conversan, porque me duele y me conversan para calmarme y distraerme" (León).*

*"Bueno cuando me ponen mi tratamiento si me explica que es.. que puedo sentir, que la furosemida es un diurético, luego el otro que es para la presión, si me explican." (Paquito)*

*"...pero luego en otro momento no se acercan mucho, solo cuando me ponen mis medicamentos, luego estoy leyendo y viendo mi televisión."(león)*

Refieren también que la enfermera les conversa mientras controla sus funciones vitales o al controlar la glucosa según lo requieran, dependiendo de las actividades que ella esté realizando, la conversación dura aproximadamente unos 10 min, tal como lo manifiesta Pepito:

*"La conversación durará pues unos diez minutos, depende también de lo que la señorita esté haciendo, claro, ella me conversa cuando me ponen mis medicamentos, también cuando me controla la glucosa, la temperatura, también cuando me controla la presión." (Pepito)*

*"...bueno el tiempo que dura la conversación depende no, hay veces al tomarme la presión y como yo vine con una hinchazón super, ella me dice señor Paquito ya está mejor, que bien, que esto, que el otro, si pues." (Paquito)*

Por otro lado, algunas pacientes mujeres refieren que la enfermera solo les conversa cuando ellas le preguntan por alguna dolencia o por el efecto del medicamento, recibiendo una explicación concisa, observando que la enfermera se muestra cansada y no tiene una adecuada comunicación con las pacientes, solo está pendiente de

sus medicamentos y no se relaciona con las pacientes. Tal como expresa Estrellita:

*"En general las enfermeras no hablan mucho, solamente al momento que están revisando los medicamentos nomas, cuando pasan una por una, solo ahí nomas." (Estrellita)*

*"Yo soy la que le converso, ellas no conversan, ellas vienen, miran la hoja, me dicen: "tiene medicamentos señora Estrellita", a ya, si tiene... yo misma les hablo y algunas me escuchan y hablan algo, dicen estás al día con tu medicamento, estás en el horario, ya no vas a tener problemas, me dicen, algunas escuchan nomas y no me dicen nada... estarán cansadas, o yo soy muy habladora (sonrisas)" (Estrellita)*

Otras adultas mayores, coincidiendo con Estrellita, en relación a la escasa comunicación que establecen las enfermeras, refieren:

*"...cuando conversan es solo unos minutos nomás, a lo que ponen la medicina, pero no preguntan solo me dicen te voy a poner esto y ya, ella no me pregunta sobre porque estoy acá, que me pasó, nada." (Florcita)*

*"... No, no, no explican nada, yo pregunto, le digo: "señorita que me está poniendo" me dicen: "ésta es la ranitidina, nomas me dicen..." (Estrellita)*

Lo dicho anteriormente se verifica con la Observación realizada por la investigadora:

*"Se observa a la enfermera con su coche de medicamentos y revisando en el Kardex el medicamento que le corresponde a la paciente, al llegar a una paciente, la enfermera le pregunta sobre*

*el medicamento Amikacina, refiriéndole que solo le queda una ampolla; la paciente solo manifestó que su familia no le había comprado, sin agregar algo más la enfermera le colocó la ultima ampolla y se retiró, sin preguntar a la paciente si presentaba dolor, malestar o por la razón de que su familia no le había comprado el medicamento o si tenía alguna pregunta que hacerle.”*

(Observación realizada en el Servicio de Medicina, Pabellón de Mujeres)

Algunas pacientes refieren que la enfermera ya no les explica sobre su medicamento, porque la Doctora o su médico tratante ya les explicó acerca de ello y los pacientes parecen conformes con dicha aclaración, otro paciente refiere que confía en la capacidad de los profesionales y por ello no solicita mayor explicación y la enfermera tampoco le otorga dicha información.

*“Cuando me pusieron mis medicamentos por primera vez si me explicaron, pero como me están poniendo la misma ampolla ya no... bueno la doctora ya me había dicho que la Vancomicina era muy fuerte y como la doctora ya me comentó entonces ya no le pregunté..”  
(Lucecita)*

*“...o sea ella me da mis medicamentos, pero no me dice para que cosa es nada de eso, yo pienso que es una profesional y que estamos en un hospital y que a cualquiera no le van a poner por nada, y si van a poner un medicamento es porque el doctor lo manda y ella si me lo informa que es para tal y punto, no con todos los detalles. (León)*

Como se observa en las declaraciones de algunos de los adultos mayores del estudio, el acercamiento de la enfermera se ve condicionado a la administración del tratamiento del paciente, sin mostrar en algunos casos interés en las condiciones del paciente. La comunicación debe ser intencionada, mostrando disposición a una relación interpersonal, en relación a ello, Mogollón, C. (2005) refiere que, "en el caso del profesional de enfermería, la comunicación constituye una herramienta mediante la cual identifica las necesidades del enfermo y ayuda en la satisfacción, percibe su angustia, dudas, temores, incomodidades, conformidad con los procedimientos que le son realizados, y especialmente proporciona ayuda ante experiencias en el proceso de hospitalización, donde el enfermo puede sentirse solo, deprimido, puede mostrar ansiedad, intranquilidad, nerviosismo y preocupación".<sup>(31)</sup>

Según la investigación realizada por Mogollón, Carmen y Cols, titulada: "*Comunicación terapéutica en la satisfacción de las necesidades de los enfermos en el postoperatorio inmediato*", como parte de los resultados, en las observaciones realizadas con respecto a la solicitud del consentimiento e informar los procedimientos a realizar, el 50% de los profesionales de enfermería solicitaron el consentimiento del enfermo antes de efectuar cualquier procedimiento; y el 80% de los



mismos solo informan los procedimientos para la satisfacción de sus necesidades.

Ante estos resultados la autora refiere que "el permiso, es otro principio importante en la comunicación terapéutica, ya que conduce a establecer una relación armoniosa entre el profesional de enfermería y el enfermo. Como se pudo distinguir con respecto a la aplicación del principio del permiso, los profesionales lo consideran significativamente al establecer la comunicación terapéutica con el enfermo en recuperación".

Bajo esta perspectiva, afirma, Phaneuf, M. (1993), citado por Mogollón, C. (2005), que una de las competencias fundamentales del profesional de enfermería es el de establecer una relación enfermera-cliente, y ello se logra a través de la comunicación terapéutica, la cual define como la "...que permite establecer lazos significativos entre enfermeras y clientes. En ella se manifiesta la aceptación, el respeto cálido y la comprensión empática que ayudan al cliente cuando se enfrenta a una dificultad especial".<sup>(31)</sup>

## **1.2. Evidenciando falta de comunicación y acercamiento del personal de Enfermería.**

Los pacientes adultos mayores participantes del estudio manifestaron que con respecto al personal técnico de Enfermería, no se acercan a conversar con ellos, solo les preguntan sobre la cantidad de diuresis al día, la cantidad de alimentos o líquidos que han ingerido, solo se acercan a acomodar su cama o a mantenerlos limpios, otros refieren que a veces parecen molestas y por ello los pacientes ya no les preguntan nada, inhibiéndose de comunicarse con ellas porque parecen muy ocupadas. Todo ello se verifica a continuación:

*“...pero con las otras señoras de blanco (técnicas de enfermería) no, ellas no me preguntan nada y a veces parecen molestas, por eso que mejor no les digo nada.” (Florcita)*

*“...Bueno con las señoritas de blanco, las técnicas solo me dicen que cuanto orine al día, que si he comido, cosas así, no mucho hablan sobre mí, solo eso me preguntan y bueno yo tampoco les hablo mas, estarán ocupadas con otros pacientes.” (Paquito)*

*“...Bueno con el personal casi no hablo así mucho, por ejemplo las señoritas de blanco, son las que acomodan mi cama , que todo esté limpio, y solo me preguntan que si he orinado o cuanto de agua he tomado, cosas así, luego no hablan de otra cosa, (Estrellita)*

Por otro lado, solo las pacientes mujeres (5) refieren que el Personal de Enfermería no se comunica con ellas, es decir no

entablan una conversación donde puedan expresar sus sentimientos, la mayoría refiere que las enfermeras se acercan muy poco, “no les levantan el espíritu”, pareciendo estar cansadas de su trabajo y solo se sienten escuchadas por algunas de las enfermeras, donde son las pacientes que inician la conversación, preguntándoles sobre algún trámite de un examen, por ejemplo. Manifiestan que les gustaría que las enfermeras fueran más comunicativas, otras pacientes manifiestan que la seriedad del rostro de la enfermera no les da ánimo, ni confianza, por lo tanto, prefieren no preguntarles nada.

*“...si pues también hay enfermeras que son un poco serias, no te levantan el espíritu, yo creo que están cansadas de su trabajo, que está cansada, que ya quiere jubilarse, pero todas las demás enfermeras son amables, ella nomás que es seria.” (Estrellita)*

*“...bueno con una nomas porque yo misma le dí la iniciativa para conversar, así como ahorita con la enfermera que le pregunté cómo podía hacer un trámite de un examen, pero después no hablan por sí solas.” (Lucecita)*

*“...claro en algunas siento que si me escuchan, solo algunas, bueno sí...” (Lucecita)*

*“bueno las enfermeras no me conversan, porque será, me gustaría que me conversen más.” (Teresita)*

En el estudio se constató con una paciente que el término “conversar” para ellas tiene un significado mucho más personal, es decir ella refiere que solo ha “conversado” con una enfermera de turno

nocturno, ya que con ella a podido intercambiar ideas más subjetivas como sentimientos, pensamientos, sobre su familia, etc., sintiendo de esa manera más confianza hacia esa enfermera. Tal como lo expresa a continuación:

*"Bueno desde que estoy aquí solo una enfermera se me ha acercado a "conversar", la que está en turno noche, a ella le he podido contar más cosas más..."  
(Lucecita)*

Otras pacientes manifestaron que las enfermeras están muy ocupadas y que solo se acercan más a los pacientes nuevos, a los que recién han ingresado al servicio, mientras que Estrellita manifiesta que como actualmente se encuentra mejor de salud, las enfermeras ya no se acercan a ella como antes lo hacían.

*"...pero sobre todo a los nuevos se acercan más, para que las reconozcan, a los que ya tienen tiempo ya no porque ya los conoce..."(Domi)*

*"... Bueno me preguntan como estoy, que siento, eso nomas, si me duele algo, pero luego no tienen tiempo, solamente cuando están pasando. (Estrellita)*

*"...ha habido enfermeras que me han preguntado cómo te empezó, como estuviste en tu casa mas antes, como te pasó, pero fue en los primeros días cuando recién vine, es que como ya estoy sana, ya no me hacen caso...(Estrellita)*

Los resultados de esta investigación, en relación a las dificultades en la comunicación coinciden con las del estudio realizado por Mogollón, Carmen y Cols, titulado: "*Comunicación terapéutica en la satisfacción de las necesidades de los enfermos en el postoperatorio inmediato*", donde como parte de las Observaciones realizadas, obtuvieron que el 50% de los Profesionales de Enfermería no se preocupan por el enfermo mientras que el resto (50%) si lo hacen; acerca de realizar preguntas para iniciar la comunicación se apreció en igual porcentaje que en la observación anterior. La situación, representa limitaciones significativas en la aplicación del principio interés en la comunicación terapéutica que establecen los profesionales de enfermería con los enfermos, por lo cual se puede inferir que existen obstáculos que impiden manifestar interés para ayudar a estos últimos, lo que influye en la calidad de los cuidados.

También en el mismo estudio, mediante las Observaciones realizadas al profesional de enfermería, en cuanto a la asistencia proporcionada a los enfermos, "que el 60% de los mismos durante sus actividades dedicaba tiempo a conocer las necesidades del enfermo y el 40% no lo hacían. El 60% de estos profesionales no hacían un esfuerzo para acercarse al enfermo para constatar la satisfacción de los cuidados y el 40% si lo hacía, a lo que refieren que la asistencia, es la función principal del profesional de enfermería, lo que requiere

tiempo y esfuerzo por parte de éste al cuidar a los enfermos en recuperación. Por consiguiente, la enfermera precisa planificar sus actividades para sistematizar el acercamiento al enfermo por considerar la asistencia parte de la esencia práctica".<sup>(31)</sup>

La falta de comunicación o acercamiento del personal de Enfermería al paciente adulto mayor afecta en la confianza que se crea entre ellos, tal como lo hemos visto en la investigación antes citada, evidenciándose que en algunos casos los pacientes se inhiben de entablar una comunicación sea por la seriedad en el trato o porque notan que la Enfermera está muy ocupada.

Sin embargo, se debe recalcar que dentro de las actividades asistenciales del Profesional de Enfermería no solo está aliviar el dolor físico, sino también reconocer sus necesidades emocionales, de comunicación, de escucha, tal como lo afirma Mogollón, C. (2005), "es imprescindible que el profesional de enfermería, fundamente el cuidado al enfermo en una comunicación positiva, con la finalidad de establecer vínculos que faciliten la misma. En efecto, muchos enfermos señalan su satisfacción en relación a la simpatía mostrada por el profesional de enfermería y a la comprensión que manifieste a sus expectativas y la habilidad para mostrar interés por sus necesidades e inquietudes,

consideraciones significativas para los mismos cuando le proporcionan los cuidados”.

En este sentido, la autora antes citada, afirma que “la comunicación entre el profesional de enfermería y el enfermo debe ser terapéutica, al sustentarla en su experiencia en reconocer y entender lo que él siente, piensa y hace, reaccionando de manera empática”.<sup>(31)</sup>

Hallas, Ch.; Fraser,, W y Mac Gillivray, R. (1995), citados por Mogollón, C. (2005), puntualizan que “... el profesional de enfermería puede reaccionar de manera personal, no pudiendo ser manejado de forma taxativa”, sin embargo, con la comunicación terapéutica se pueden establecer lineamientos de carácter general, principios y sugerencias que le ayudarán a enfrentarse a casi todas las situaciones.

Igualmente, los autores citados, agregan que existen oportunidades, que con frecuencia un simple "...escuchar a un enfermo y dejarlo que exprese libremente sus sentimientos, le ayudarán a aliviar sus tensiones y ansiedad", a la vez enfatizan que en cada contacto que realice el profesional de enfermería le debe dar atención y reconocimiento personal.<sup>(31)</sup>

### **1.3. Teniendo limitaciones para la comunicación con otros pacientes.**

Los adultos mayores pertenecientes al estudio refirieron que debido a limitaciones físicas, como no poder caminar o moverse, no se pueden comunicar con otros pacientes del servicio, otros manifiestan que les gustaría visitar a sus compañeras de hospitalización y saber qué es lo que tienen o qué es lo que necesitan, siendo un impedimento para ello la limitación física, lo que les impide relacionarse con su entorno. Esto se verifica con los siguientes testimonios:

*"si pues ahora que no puedo caminar mucho ya no visito a los otros señores, pero si son buenos, todos nos apoyamos." (Pepito)*

*"Bueno con las pacientes del costado no converso mucho solo cuando me preguntan algo, aunque si me gustaría conversar con las otras señoras, saber que tienen o que les duele..."(Florcita)*

*"...pero como aun no puedo caminar, no puedo moverme mucho por eso que no me acerco a ellas.." (Florcita)*

Al respecto, Main, J., refiere que, "el adulto mayor tiene más dificultad para establecer nuevas amistades y encontrar personas de su edad. De esta manera, se van generando ciertas situaciones de aislamiento y soledad a medida de que las personas envejecen. Todos



estos factores influyen para el aislamiento social, que se define como la soledad experimentada por un individuo que percibe la situación como impuesta por los demás y como un estado negativo o amenazante”.

Asimismo, el autor citado refiere que, “es importante que el adulto mayor busque nuevas formas de relacionarse y que la familia lo estimule a ello, para evitar el aislamiento social, que puede conducir a un rápido deterioro de las habilidades interpersonales”.<sup>(33)</sup>

Es por ello que el proceso de hospitalización puede resultar negativo para la socialización del adulto mayor con sus pares, teniendo en cuenta sus limitaciones, y sobre todo, porque una hospitalización muy larga repercute en su estado cognitivo; llegando en algunos a deteriorarlo aún más, sin embargo esto puede mejorar cuando se tiene la intención y el deseo de seguir adelante, contando con el apoyo de la familia y del personal de salud.

#### **1.4. Justificando la falta de comunicación con las enfermeras debido al número de pacientes.**

Esta sub categoría significa que los adultos mayores participantes del estudio, justificaron la falta de acercamiento de la

enfermera debido a que existen muchos pacientes a su cargo, dentro del servicio de Medicina, a causa de eso no tienen tiempo para dialogar con ellos. Además expresan que el número del personal asistencial es muy reducido y por lo tanto las enfermeras no se abastecen en la atención a los pacientes lo que resulta en una falta de acercamiento a éstos, lo cual se verifica con los siguientes testimonios:

*"...es que mire... por ejemplo, ayer en la noche y en la mañana solo hay 2 enfermeras y 2 técnicas y para tantos pacientes no se abastecen, no.. y uno que puede opinar, si habrían mas enfermeras o mas técnicas, habría un poco más de tiempo, son demasiados pacientes para ellas..."(Lucecita)*

*"...Yo creo que también son muchos pacientes para 2 enfermeras, son muchos por eso que no tienen tiempo para conversar..." (Lucecita)*

*"...bueno la conversación es leve, a veces dos minutos, es que tienen que atender a un montón de pacientes, no solamente a mí..." (león)*

Referente a esta situación existen otros pacientes que refieren que las enfermeras además están cansadas de su trabajo, de la rutina diaria o que no tiene tiempo para ellos, por ello no existe una adecuada comunicación entre la enfermera y el paciente.

*"...pero es muy seria, pero no es mala solo que esta cansadita, es que son varios pacientes, sí, además que tendrá años de trabajo o ya estará cansada todos*

*los días lo mismo, es la única mas seriecita nomás.  
(Estrellita)*

*"...Algunas si me hablan un poquito, algunas no, están haciendo su labor, es que no tienen tiempo de repente..." (Estrellita)*

Lo dicho anteriormente se verifica con la Observación realizada por la investigadora:

*"Se observa la sala de Medicina Pabellón de Mujeres, con un total de 30 pacientes de las cuales la mayoría son de Grado de Dependencia II, solo unos 6 pacientes son de Dependencia III; existen 2 enfermeras las cuales tienen a su cargo la mitad de los pacientes, cada una luego de ello empiezan con la administración de medicamentos, avanzando cama por cama, sin conversar por mucho tiempo con los pacientes, luego de ello revisan las recetas, avanzan con el Kardex, durante la mañana realizan resumidas notas de Enfermería en cada historia clínica, no se observa un acercamiento fuera de estas actividades..."*

(Observación realizada en el Servicio de Medicina, Pabellón de Mujeres)

El número de pacientes, la sobrecarga laboral, la deficiente cantidad de personal asistencial o el estrés que se crea en un ambiente rutinario para el personal de Enfermería es un reto que debe superarse ya que muchas veces esto afecta en su relación con el paciente, evidenciándose falta de comunicación, seriedad en el trato, manifestaciones de cansancio, lo cual rápidamente es percibido por el paciente como una barrera en el proceso de interacción.

Al respecto Bello, A. (2007), sustenta que "el personal de Enfermería debe prestar un óptimo servicio a la comunidad, para ello además de los conocimientos teóricos y prácticos que deben poseer, deben tener una elevada autoestima, contar con un equilibrio mental y físico que les permita ejercer su actividad de una manera eficiente y ser efectivo en la práctica diaria de atención a los pacientes, para lo cual la empatía es la capacidad que tiene el ser humano para conectarse a otra persona y responder adecuadamente a las necesidades del otro, a compartir sus sentimientos, e ideas de tal manera que logra que el otro se sienta muy bien con él. En tal sentido, es la capacidad de poder experimentar la realidad subjetiva de otro individuo sin perder de perspectiva su propio marco de la realidad, con la finalidad de poder guiar al otro a que pueda experimentar sus sentimientos de una forma completa e inmediata". <sup>(34)</sup>

Asimismo, el autor refiere que "particularmente las enfermeras por su constante relación con los enfermos están sometidas a una recarga traumática derivada de la confrontación repetida y dolorosa con el sufrimiento humano y la muerte. Esta recarga traumática y la ansiedad asociada a la cercana interacción con otros factores que inciden sobre su vida familiar y sus actividades personales, puede desembocar en determinadas conductas y respuestas emocionales que pueden tener

implicaciones en su capacidad para brindar atención sanitaria adecuada, sobre su bienestar emocional y su vida particular".<sup>(34)</sup>

### **1.5. Evidenciando falta de comunicación de la enfermera con sus familiares.**

Los pacientes adultos mayores (2) refieren que son pocas las ocasiones en que la enfermera ha conversado con alguno de sus familiares, esta comunicación se dió solo si estos se han acercado a ella a preguntarle algo o sobre su paciente, Durante el trabajo de campo, se observó la falta de comunicación entre la enfermera y la familia, siendo muy importante, ya que el Profesional de Enfermería debe involucrar a la familia dentro de su plan de trabajo y de cuidados al paciente, educándolos para que intervengan, si es necesario, en la atención del paciente. A continuación se verifica lo expresado anteriormente con los siguientes testimonios:

*"Pero siempre he visto así que uno tiene que ir a preguntarle, que se acerquen ellas a explicarles no, nada... yo si le he mandado a mis hermanos, les he dicho: "a la que está sentada a ella pregúntale", ahí recién le explican pero viéndolo así, no se acercan a que les expliquen sobre su paciente. "(Lucecita)*

*"claro, me gustaría que fuera diferente, aunque cuando hay recetas mi esposa conversa con el médico, algunas veces cuando le pregunta a las enfermeras, ellas también la tratan bien, si..." (Pepito)*

Los pacientes refieren que durante el tiempo que llevan hospitalizados la enfermera no se ha acercado a conversar con sus familiares. Consideran que la enfermera realiza los procedimientos y a pesar de que tiene información sobre su enfermedad, quien tiene la voz autorizada para informar a sus familiares es su médico tratante, para evitar contradicciones:

*"...pero sobre mi salud, lo informa el médico tratante, él es pienso la voz autorizada, porque ellas no están autorizadas, porque si dan una opinión que no está bien, si están equivocadas, entonces existiría, contradicciones, ella no habla con los familiares.. eso no..." (Paquito)*

*"La enfermera solamente pone la inyección, con él que habla uno es con el doctor, con la enfermera no, bueno ella sabe nuestra enfermedad pero no habla con la familia solo el doctor hace eso." (león)*

*"Pero eso si he notado que la enfermera no se acerca cuando viene mi familia, creo que a ningún paciente, ella no habla con la familia, no en ningún momento, para nada se acercan." (Estrellita)*

*"...No se acercan (enfermeras) cuando vienen mis familiares, no se han acercado desde que estoy en el hospital... a ya.. Bueno en esa parte que se acerquen es difícil, porque la familia es la que tienen que preguntarle a la doctora o a la enfermera de cómo esta su paciente noo??..." (Lucecita)*

Lo dicho anteriormente se verifica con la Observación realizada por la investigadora:

*"Es horario de visita de familiares, y se observa a las enfermeras en la Estación de Enfermería. Una de ellas*

*avanzando sus notas en las historias clínicas y la otra conversando con una Técnica de Enfermería, mientras los pacientes están con sus familiares o amigos, no se observó hasta el término del horario de visita, que alguna enfermera se acercara a conversar o conocer a los familiares de las pacientes.*

*Asimismo, durante la investigación realizada solo se observó que una señora (hermana de una paciente), se acercó a preguntarle a una de las enfermeras sobre el estado de su familiar durante la noche, recibiendo una respuesta positiva sobre el estado de salud de su paciente por parte de la enfermera."*

(Observación realizada en el Servicio de Medicina, Pabellón de Varones y Mujeres)

Todo lo contrario, a lo relatado anteriormente, se evidencia en un estudio realizado por Mejías Marisela, (2009) titulado *"Interacción del Personal de Enfermería con el familiar del paciente Politraumatizado"*. Donde respecto a "la interacción de la enfermera con los familiares, un 40% se ubicó en la categoría siempre mientras que 32,5% se ubicó en la categoría casi nunca, 27, 5% refirió casi siempre y 0% se ubicó en la categoría de nunca. Estos resultados permiten evidenciar que una cantidad importante de la población en estudio considera que el personal de Enfermería establece interacción con los familiares de los pacientes politraumatizados; sin embargo otros familiares opinaron que casi nunca se logra esta interacción".<sup>(32)</sup>

Al respecto la autora del estudio citado, refiere que, "los familiares y allegados de los pacientes son parte integrante del proceso

de recuperación; al planificar los cuidados totales de los pacientes, el personal de Enfermería debe considerar las necesidades de apoyo informativo y emocional de este grupo. De este planteamiento se deduce que el contacto o intercambio entre este binomio será fundamental para el logro de metas u objetivos de curación, importantes en el progreso del paciente”.

Asimismo, sostiene que, “la empatía permite al personal de Enfermería relacionarse con el familiar haciéndolos más sensibles a los cambios que estos experimentan en un clima de aceptación y cordialidad. En consecuencia, el papel del personal de Enfermería consiste en oír, comprender, solucionar problemas, jerarquizar necesidades, dar respuestas, poseer sensibilidad intuitiva, brindar confianza, confidencialidad que permita a los familiares expresar sus sentimientos e ideas, dudas, incertidumbre en forma clara. Comunicar implica afectar el comportamiento de otros, incluye el uso de palabras comprensibles y frases cortas, y en el caso de la comunicación enfermera (o) – familia, obviando los términos técnicos complejos, que en la mayoría de las ocasiones no son claros y no tienen mayor significado para el familiar. En tal sentido, los mensajes que se quieran transmitir deben estar relacionados con las personas, con los intereses o con las preocupaciones de la familia, por lo que la enfermera debe sensibilizarse y aportar explicaciones pertinentes”.<sup>(32)</sup>



En tal sentido, Mejía, M. (2009), recalca que “en la relación enfermera (o) – familia tiene que estar presente el respeto, como un valor humano, entendido como un valor fundamental para hacer posibles las relaciones de convivencia y comunicación eficaz entre las personas, dado que es una condición indispensable para el surgimiento de la confianza”.<sup>(32)</sup>

## **B.2. CATEGORIA: SINTIENDO EL DESCUIDO DEL PERSONAL DE SALUD.**

Cuidar a un paciente sea cual fuera su edad, significa brindar un cuidado integral, con calidad y calidez; por lo tanto cuando brindamos un cuidado a un adulto mayor hospitalizado esta atención debe ser aun más personalizada ya que este ser humano se merece un trato digno y sobretodo humanizado, es decir se debe tener en cuenta su proceso de envejecimiento y la crisis situacional por la que atraviesa. Sin embargo, muchas veces esto no se cumple, hoy en día existen centros hospitalarios en donde se evidencia maltrato físico, psicológico al adulto mayor.

En el presente estudio realizado, se pone en evidencia la incomprensión que sienten 5 pacientes de parte del personal de salud hacia ellos, la falta de paciencia, el desinterés hacia su comodidad; así también la insensibilidad ante su dolor, ante sus requerimientos físicos, además se incluye aquí la falta de confianza que impide una adecuada relación Enfermera – Paciente, inhibiéndolos de expresar sus emociones, sentimientos y pensamientos. Asimismo, la falta de privacidad hacia ellos y su familia no les permite sentirse a gusto durante su hospitalización, lo que crea sentimientos de tristeza, baja su autoestima y sobretodo no se sienten queridos y estimados, lo cual se debe tomar en cuenta ya que el área emocional influye notablemente en la recuperación física del paciente, más aún en el adulto mayor. A continuación se presentan cuatro sub categorías, con lo cual se comprenderá lo descrito anteriormente:

### **2.1. Sintiendo maltratados por el personal de salud.**

Algunos adultos mayores participantes del estudio (2 mujeres) refirieron sentirse maltratadas por el personal de salud frente a sus necesidades físicas, por ejemplo, durante la movilización, donde el personal de salud efectuaba movimientos bruscos, con falta de paciencia, causándoles con ello dolor; la falta de comunicación, dirigiéndoles palabras sarcásticas y percibiendo un trato frío, tosco, lo

cual les afecta mucho, sienten la ausencia de cariño en el cuidado que les brindan. Tal como se verifica a continuación:

*"sabe... algunas señoritas son muy brutas, parecen hombres, me jalan nomas, yo le digo señorita por favor me duele, me voy a caer y ellas me dicen no te preocupes que estamos acá para recogerte..." (Teresita).*

*"Yo creo que deben preguntar si estoy operada, o si me duele, porque cuando me mueven parece como si fuera una piedra, creo que no tienen paciencia..."(Florcita)*

*"yo les digo señorita no me mueva tan fuerte que me duele mi herida y ellas no me hacen caso, dicen: ya abuelita no es para tanto, no te quejes mucho que es por tu bien..." (Florcita)*

*"... por ejemplo le digo, póngame derecho o de costado y ellas me dicen...tu puedes ponerte derecho, me dicen y no me ayudan." (Florcita)*

*"...pero no tienen paciencia pues, acá el trato no es así, es diferente, son muy frías, no tienen cariño para nadie." (Florcita)*

El profesional de Enfermería debe ser el administrador de los cuidados del paciente, brindándolos de forma oportuna, humana y personalizada, con empatía y cariño, ya que el paciente adulto mayor debido a su proceso de envejecimiento es más sensible ante la falta de afecto o atención, sintiéndose solo y abandonado; tal es el caso de aquellos que no se encuentran conscientes de la realidad o que no pueden expresarse, viven en silencio esta triste realidad, también la falta de respeto ante sus costumbres o decisiones transgreden su

autonomía, sintiendo en algunos casos el rechazo del personal hacia sus creencias culturales, y peor aun, cuando reciben un trato duro ante sus necesidades.

Al respecto, Fernández, M., (2003) refiere que "el respeto y el maltrato aparecen como temas asociados en las relaciones intergeneracionales en todos los tiempos y son parte de la ambivalencia de nuestra sociedad hacia el anciano en la actualidad".

Asimismo, sostiene que "el abuso emocional o psicológico es la aflicción de angustia, dolor emocional o pena producida con actos verbales y no Verbales, incluye, pero no se limita, a los insultos, las amenazas, la intimidación, la humillación y el hostigamiento verbal".

La autora antes citada manifiesta que "la despersonalización es proporcionar servicios de acuerdo a unos criterios generales que desatienden las necesidades particulares del paciente, así como la deshumanización que es, ya no sólo ignorar al anciano, sino despojarlo de su intimidad y de su capacidad para asumir responsabilidades en su propia vida".

Fernández agrega que "se han propuesto algunas hipótesis preliminares sobre la etiología del maltrato de ancianos, incluidas la dependencia de otros para prestar servicios, falta de lazos familiares estrechos, violencia familiar, falta de recursos económicos, psicopatología de la persona que maltrata, falta de apoyo comunitario y factores institucionales como: bajas remuneraciones y malas condiciones de trabajo que contribuyen a actitudes pesimistas de las personas a cargo, lo que trae como resultado el abandono de los ancianos. Considera que el nivel de estrés de quienes cuidan a una persona de edad era un factor de riesgo que estaba asociado al maltrato del anciano, aunque en realidad la calidad de la relación en general es un factor causal".

Asimismo, las pacientes entrevistadas (2 de ellas) refieren que sienten que el personal de salud no se preocupa por ellas porque no demuestran interés en su comodidad, es decir no les preguntan cómo se sienten, que es lo que necesitan; además algunas adultas mayores refieren que no sienten la sinceridad en el trato que les brindan las enfermeras ya que piensan que solo se preocupan por su trabajo, o que las atienden solo por "cumplir", lo que evidencia un cuidado despersonalizado hacia el paciente.

*"...y yo creo que a todos nos gusta que nos pregunten cómo estamos, que si nos duele algo, como hemos*

*amanecido, se sentiría que les importas un poco, pero no, eso no siento acá...”(Florcita)*

*“Mire señorita yo creo que no son sinceras del todo porque tienen que hacer su trabajo nomás, porque tienen que cumplir nomás, porque vienen, sacan el medicamento, esto es lo que tienen que tomar, pahh... nos dan, nos alcanzan el agua y se va o sea qué?.. ” (Lucecita)*

*“Bueno que se preocupen por mí, mmm creo que sí, pero porque es su trabajo, o sea tienen que atenderme porque están en un hospital y les pagan, claro, es como un paciente más, nomás.” (Lucecita)*

Según Fernández, M., (2003), “el estrés puede ser un factor coadyuvante en los casos de maltrato, pero no explica por sí mismo este fenómeno. La clave de esta ambigüedad podría estar en el propio concepto de estrés y la implicación de variables cognitivas. Así, el estrés que genera la situación de cuidado en una persona mayor depende más de cómo el cuidador perciba esta situación que de las condiciones objetivas de dependencia que se den”.<sup>(40)</sup>

Así también, algunos adultos mayores que participaron en el presente estudio, expresan que han observado que los pacientes de mayor edad, que no están conscientes u orientados, reciben mayor maltrato, ya que una paciente a observado que los gritan y otro paciente manifiesta que no hacen caso a sus llamados, por estar en esa condición, que no pueden hacer respetar sus derechos como pacientes y seres humanos, lo cual refleja un trato inhumano.

*“...pero sí he visto que a las más ancianitas sí...que van a hacer... sí las enfermeras, también las técnicas, sobre todo las de más edad, a las personas ancianitas que no pueden moverse las gritan, si pues eso he visto...”(Lucecita)*

*“A mí sí me hacen caso porque yo hasta ahorita estoy coherente, pero algunas por el mismo sistema que están acá, dicen, ya señores de edad, hablan incoherencias y así igualito lo ven como si no pasará nada.” (león)*

Vemos que en la literatura nos expresa que existen diversos tipos de maltrato, que muy a menudo se dan en las casas de reposo, sin embargo la incompreensión hacia el adulto mayor durante su hospitalización es también un tipo de maltrato, muchas veces emocional y psicológico, que perturba su bienestar y crea confusiones en su interior, además según los testimonios encontrados en la investigación, influye mucho el nivel de conciencia del paciente y su dependencia. Fernández, M., (2003), refiere que “respecto al perfil de la persona objeto de maltrato, se estableció que las deficiencias cognoscitivas y físicas de las personas mayores maltratadas estaban asociadas estrechamente con los factores de riesgo de maltrato. Sin embargo, estudios posteriores pusieron de manifiesto que los ancianos que habían sido maltratados no eran más débiles que sus pares no maltratados y que el maltrato podía ser aún mayor, especialmente en los casos de maltrato físico y verbal”.<sup>(40)</sup>

Paveza, 1992; Cooney y Mortimer, 1995, citados por Fernández, M., (2003), refieren que "un estudio realizado sobre la comparación de conjuntos de pacientes con enfermedad de Alzheimer, permitió inferir que el grado de deficiencia no era un factor de riesgo de maltrato. Sin embargo, entre los casos de maltrato denunciados a las autoridades, la mayor proporción generalmente correspondía a las personas muy ancianas y más disminuidas. El deterioro físico y mental puede jugar un papel indirecto en el abuso al anciano por decrecimiento de su capacidad para defenderse o escapar, lo cual aumenta su vulnerabilidad".

Por todo ello, la autora antes citada, concluye que "puede ser que la violencia sea el resultado de la acción recíproca de varios factores, entre ellos el estrés, la relación entre quien recibe la atención y quien la brinda, las conductas perturbadoras y la agresión por parte del receptor de la atención y la depresión del cuidador".<sup>(40)</sup>

En el estudio se encontró casos específicos de maltrato que sufren algunos pacientes, como en el caso de una paciente (Teresita), quien refirió sentirse incómoda por la forma cómo son realizadas algunas actividades en el servicio, por ejemplo, el baño diario, para lo cual es despertada muy temprano en la mañana, en invierno, sin comunicarse con ella, la destapan y la bañan, utilizando agua fría; pese



a la solicitud de la paciente de ser bañada con agua tibia; Además la misma paciente manifiesta, que cuando expresa que le duele por algún movimiento realizado por el personal de salud, recibe un trato duro con palabras hirientes por parte de ellas, tal como se evidencia en los siguientes testimonios:

*“...a veces siento que lo que yo decido o deseo no lo respetan... así también cuando nos bañan a las 6 de la mañana nos levantan, uno que esta calentita durmiendo, me destapan y me bañan, no me dicen nada solo lo hacen...”(Teresita)*

*“...pero lo que le decía que yo me baño con agua calentita, por las mañanas, eso no lo hacen, es que ellas no tendrán esa costumbre pues...meten nomas agua fría, yo la siento helada...”(Teresita)*

*“bueno su cuidado es normal... a veces cuando me hablan, a veces tratan bien o hay veces se molestan todavía, cuando le digo duele señorita le digo, y ella me dice: mañosa eres, nomas...”(Teresita)*

A propósito de lo encontrado en el estudio, Barrios, S., (2009), sostiene que “los pacientes receptores de los servicios sanitarios pueden ser violentados a través de variadas manifestaciones, que vulneran sus derechos, los que muchas veces no son solamente ignorados por los dispensadores de la atención de salud, sino también por los mismos pacientes. En una atención que ha priorizado la tecnificación y los conocimientos teóricos debe rescatarse el trato humano, lo que permitiría otorgar, ciertamente, no sólo una mejor atención, sino un cuidado más digno.

En esta realidad, el profesional de Enfermería y el Equipo de Salud tienen un papel trascendental en la promoción de los ambientes libres de violencia. Ambos deben facilitar el logro de un alto nivel de bienestar en los usuarios, para lo cual se hace necesaria la modificación de circunstancias desfavorables para la salud, como es el ambiente de violencia que afecta a la salud negativamente. En este aspecto, es importante considerar las situaciones que el usuario percibe como violentas, para permitir a Enfermería y al Equipo de Salud intervenir previniendo su aparición”.<sup>(41)</sup>

## **2.2. Sintiendo la insensibilidad del personal.**

En esta sub categoría los pacientes adultos mayores refirieron sentir la insensibilidad del personal hacia sus necesidades físicas, esto debido a la incompreensión y/o desconocimiento de las características fisiológicas y psicológicas de los pacientes de la tercera edad que tienen una mayor sensibilidad, como es en el caso de sentir dolor y no ser atendidos, al sentir frío y no recibir abrigo, otro paciente refiere que a pesar que ellos puedan estar gritando o llamándolas, el personal no se acerca ya que siguen conversando entre ellas o por celular y no muestran interés en atenderlos. Tal como se verifica a continuación:

*“Ayer me dolía mucho la cabeza, yo les decía a las doctoras... me duele.. y ellas me decían ya se te va a*

*pasar, ya va a calmar, pero no se pasaba, me seguía doliendo, no me daban nada...”(Teresita)*

*“... también cuando hace mucho frío, siento frío con esta colcha, pero no me dan nada, ellas dicen hace calor para qué tanta colcha, claro para ellas tendrán calor, pero uno no pues, uno es friolenta como niña.  
.(Teresita)*

*“ mmmm... hasta ahorita de que estoy en el pabellón no he sentido que las enfermeras sean sensibles,  
(Lucecita)*

*“... porque todos los días uno grita por allá, por acá y ellas siguen pasando con su celular y uno está muriendo y las dos están conversando, por decir...”(león)*

Asimismo, un paciente manifiesta que todo el personal de salud se vuelve insensible ante el dolor humano, ante la muerte de los demás, ya que lo viven continuamente, lo ven como costumbre debido a que llevan años trabajando en el mismo lugar y por ello la parte “humana de sentimiento” se les va poco a poco, ya que se acostumbran a ese ambiente hospitalario.

*“...No es acá, si no en todas partes, ya se les quita la sensibilidad, se les quita la parte humana, como tanto al doctor, a la enfermera y como al que limpia, porque viven acá y ven a cada momento, porque acá no van a estar llorando y dar pena ya se acostumbran a la muerte y al dolor de la gente.” (león)*

*“Si, a las enfermeras les hablo yo... las enfermeras, los doctores y ustedes son poco sensibles porque tienen tantos años en esto que ya la sensibilidad se les quita, saben porque.. Porque tanta gente que ven que se mueren y gritan, ya lo ven como costumbre. Ya la parte humana de sentimiento ya se les quita...”(león)*

La sensibilidad ante nuestros semejantes debe ser un sentimiento inherente a cada uno de nosotros, sobre todo al personal de salud y en este caso al Profesional de Enfermería que comparte día a día con los pacientes, debe demostrar un interés sincero ante las necesidades físicas de los adultos mayores, no solo por ser parte de su trabajo, sino porque en realidad les importa el bienestar de sus pacientes, sólo así se sentirán satisfechos con su labor y complacidos con el bienestar del paciente.

Así como nos refiere Watson dentro de sus 10 factores o elementos del cuidado, al cultivo de la sensibilidad hacia uno mismo y hacia los demás. La identificación de los sentimientos conduce a la actualización de uno mismo mediante la auto aceptación de la enfermera y del paciente. Las enfermeras, al reconocer su sensibilidad y sus sentimientos se vuelven más genuinas, auténticas y sensibles hacia los demás.<sup>(27)</sup>

Asimismo, Waldow, R., (2004), reconoce que "los seres humanos requieren de mayor cuidado para desarrollarse durante la infancia y durante la etapa adulta de la tercera edad, cuando se evidencia dependencia para realizar actividades diarias, tanto de tipo físico-social como mental. La enfermedad, la incapacidad y el sufrimiento son algunas de las circunstancias que causan

vulnerabilidad, de la misma forma que durante la infancia y tercera edad, los individuos requieren de cuidado".<sup>(39)</sup>

Por ello sostiene la misma autora, que la cuidadora debe estar sensibilizada y habilitada para ayudar y apoyar durante estas circunstancias vulnerables, en este sentido, el cuidado tiene un punto de máxima importancia, pues los esfuerzos de buscar la restauración van más allá de lo físico. Representan apoyo y permiten que el otro, es decir el ser cuidado sea el mismo, en su propia especificidad y singularidad. La cuidadora busca en este último análisis, mantener la integridad del ser vulnerable, independiente de su condición, sea ésta de cura alivio o en fase terminal. La ayuda se manifiesta al tratar el sufrimiento, la incapacidad y la limitación, o aún para apoyar los estados de miedo y ansiedad, entre otras condiciones.<sup>(39)</sup>

### **2.3. Sintiendo poca confianza en el personal del servicio.**

En el estudio de campo realizado se encontró que algunos de los pacientes adultos mayores no sienten la confianza suficiente en las enfermeras ya que no hay una buena comunicación entre ellos, no se atreven a conversarles sobre cosas personales ya que no se muestran atentas ante ellos, además la parquedad en el trato de una enfermera o

su silencio ante el paciente impiden la expresión de sus sentimientos o emociones. Tal como se verifica a continuación:

*"Bueno no les he comentado nada a la señoritas que nos atienden, no he conversado con ninguna de ellas porque no dan confianza..." (Florcita)*

*"Claro que me gustaría que la mayoría fueran así, para poder expresarse y decir lo que uno siente, darle confianza a una, pero como dicen su trabajo es así pues." (Lucecita)*

*"...solo le he comentado sobre la preocupación de mi enfermedad, cosas personales no,, no hay tiempo y bueno a pesar que son amables no tengo la suficiente confianza pues..." (león)*

*"...pero cuando es muy callada o muy parca en su manera de ser, ya no le tengo confianza, mejor me porto bien..." (Estrellita)*

Además Estrellita refiere que algunas Enfermeras muestran en su rostro o en su tono de voz, la confianza que ella necesita para expresar sus necesidades, manifiesta que siente que las Enfermeras le tienen paciencia cuando realiza alguna acción. Sin embargo, según la paciente, una de las enfermeras, no es amable con ella, por lo que no le tiene confianza.

*"...pero todas las demás son amables, tienen algo en su rostro que sí me da confianza, en cambio a la de acá no le tengo confianza, a las otras sí, a ella mejor no le pregunto nada." (Estrellita)*

La falta de confianza en la enfermera es una limitación de la comunicación ya que el paciente no se siente cómodo de expresar sus sentimientos personales, angustias, emociones o necesidades, debido a que no siente la confianza suficiente en la otra persona, lo cual impide una relación adecuada Enfermera – Paciente.

Así como nos refiere Watson, dentro de sus 10 factores o elementos del cuidado, que se debe de desarrollar una relación de ayuda - confianza. Una relación de confianza promueve y acepta la expresión de sentimientos positivos y negativos. Implica coherencia, empatía, afecto no posesivo y comunicación eficaz. La coherencia conlleva a ser real, honesto, genuino y auténtico.<sup>(26)</sup>

Al respecto Waldow, R., (2004), refiere que "el paciente por la enfermedad, es un ser vulnerable. La hospitalización agrava este estado, facilitando el cuidado como ya fue mencionado. Durante el proceso de cuidar, el encuentro entre el ser que cuida y el ser cuidado es de gran relevancia, pues dependiendo de cómo es iniciada esta relación, la experiencia puede volverse menos traumática".

Además, la autora manifiesta que "es primordial que durante el momento del cuidado, se establezca confianza por parte del ser cuidado, para con la enfermera y para con todos los demás cuidadores.

El ser cuidado se sentirá más seguro y tranquilo, mostrando comodidad y bienestar”.

Asimismo Waldow (2004), sostiene que, “los cuidadores se sentirán realizados, con sentimientos de gratificación y obtendrán mayor conocimiento, tanto profesional como personal, pues cada nuevo encuentro es enriquecedor para ambos seres involucrados, en esta relación. El rol de la cuidadora es fundamental para reducir la vulnerabilidad y para mantener la autonomía y la dignidad del paciente. En este sentido, el profesional de enfermería es responsable por la obtención de un ambiente de cuidado, que involucra acciones que movilizan tanto recursos humanos en su máxima posibilidad de relacionarse, como recursos materiales. La dimensión humana favorecida por el cuidado tiene carácter transformador, de integración con el mundo, con el ambiente y con las personas”.<sup>(39)</sup>

#### **2.4. Reclamando mayor privacidad durante la visita de sus familiares.**

En esta sub categoría, solo dos pacientes adultos mayores varones expresaron no sentir privacidad durante el horario de visitas con sus familiares, debido a que el personal de Enfermería interrumpe durante ese periodo para la administración de algún medicamento u otro tratamiento, es por ello que solicitan que ese momento sea



respetado ya que están acompañados de sus familias. Tal como se observan en los siguientes testimonios:

*"Bueno cuando vienen mis familiares y están acá y ella (enfermera) tiene que ponerme una inyección de furosemida... dice permiso voy a ponerle al paciente y pasa..." (Paquito)*

*"Porque por ejemplo ahorita estamos en visita y llegan una de estas niñas (estudiantes técnicas de enfermería) y bum, se meten sin pedir permiso y yo le digo a la jefa que pues la visita tienen su horario, porque de 2 a 4 es la visita y a cada momento están entrando y saliendo, y la visita vienen de tan lejos, por un ratito..." (León)*

La privacidad del paciente es un derecho que se debe respetar en todo momento sobre todo cuando él desea estar con su familia a solas, es por ello que el Profesional de Enfermería debe velar porque esto se cumpla sin ninguna restricción. Solo puede ser interrumpida en casos de suma urgencia, cuando se necesite la presencia del personal de salud, luego de ello tratar lo menos posible de interrumpir esos momentos de relación con la familia, que es de bastante beneficio para los pacientes.

Al respecto, Mangini, S, (2007), refiere que, "al vivenciar la experiencia de familiar visitante durante el proceso de internación de un paciente, la familia está expuesta a las reglas que guían la modalidad de apoyo que podrán ofrecer, siendo estas colocadas en las puertas

principales de acceso a los servicios de internación. Al leer los avisos, claramente se evidencia que no es dada a la familia la libertad de escoger con relación al horario y el número de personas, esta situación, aún es más rígida en los servicios de internación a paciente críticos que en los servicios de hospitalización de servicios clínicos y quirúrgicos”.

El mismo autor sostiene que, “la salud institucionalizada establece relaciones jerárquicas en las cuales el sujeto-enfermo, y en consecuencia su familia, van perdiendo su dimensión de subjetividad con poca autonomía para disputar su presencia, estando subordinado a las reglas institucionales, que en el caso de la complejidad asistencial, dificultan la discusión y reflexión sobre la importancia de la presencia del familiar, por el gran beneficio generado en otras dimensiones. La dimensión de la subjetividad de salud puede estar relacionada al concepto que clasifica el cuidado de la salud como humano y afectuoso, siendo, por lo tanto, una relación interpersonal o una intervención terapéutica”.<sup>(42)</sup>

A propósito de ello, Mangini Bocchi y Cols., (2007), realizaron un estudio titulado: “Familiares visitantes y acompañantes de adultos y ancianos hospitalizados. Análisis de la experiencia bajo la perspectiva del proceso de trabajo en Enfermería”, en el cual, dentro de los testimonios encontrados, se resalta el siguiente por la relación con

esta sub categoría: *"El enfermero parecía que nos iba a decir alguna cosa, que no puede...creo que también incomodamos. Muchas veces, quieren bañarlos, darles medicación..."* (Familiar).<sup>(42)</sup>

Al respecto la autora sustenta que las profesiones han disciplinado el acto de cuidar en procedimientos, tareas, tecnologías y rutinas hospitalarias para enfrentar con las enfermedades, fragmentando a la persona en especialidades distintas. Esa fragmentación debido a la complejidad de la institución, acaba por imponer las reglas.

Por ende, refiere que, en el ambiente hospitalario, los enfermeros, más que cualquier otro profesional de salud, tienen muchas oportunidades para facilitar y manifestar el respeto por los derechos del paciente. "Como líderes del equipo, es decir, asumiendo el liderazgo de la asistencia brindada, los enfermeros son la principal fuente de contacto personal, íntimo y continuo con los pacientes, a pesar de encontrarse también comprometidos con la tecnología y la burocracia hospitalaria."<sup>(42)</sup>

### **B.3. CATEGORIA: SOLICITANDO MAYOR ATENCION Y CUIDADO.**

En esta categoría se presentan las expresiones vertidas por las participantes del presente estudio, solicitando de parte del personal de Enfermería mayor atención, mayor comunicación, ser tratados con cariño, con paciencia, con amor y comprensión ante sus necesidades, también requieren de una mayor información sobre cómo cuidarse, que es lo que deben hacer para mejorar su salud, Para su mayor comprensión a continuación se detallan las dos sub categorías:

#### **3.1. Solicitando mayor comprensión ante sus necesidades:**

En esta sub categoría solo las adultas mayores mujeres pertenecientes al estudio refieren que no sienten la comprensión del personal sobre sus limitaciones, ya sea debida a su edad o por la enfermedad, cuando ellas necesitan movilizarse, manifiestan que el personal no tiene paciencia ante su limitación física. Las pacientes refieren que necesitan que las traten con cariño, que les pregunten qué es lo que necesitan, si están cómodas o no y que deben ayudarlas a sentirse bien, así como tratarlas de acuerdo a su edad y acercarse a conversar con ellas, cantarles alguna canción o un cuento, tal como se verifica a continuación:

*"Si, me gustaría que me traten con cariño, con paciencia, con amor, quien no quiere...se necesita a alguien que de ánimo o por lo menos que digan usted ya está de edad, no tiene fuerza para levantarse, nosotros le vamos a ayudar, que nos comprendan, pero no siento esa paciencia en ellas..."(Florcita)*

*"...pero ellas no comprenden, pues, ellas están jóvenes, deben tratar según su edad, porque sino cómo me voy a sentir bien." (Teresita)*

*"...me gustaría que me digan: te levantaré, te alzaré, estarás incomoda, estás operada no tienes fuerza, te acomodaré bonito, así con cariño." (Florcita)*

*"Como le comentaba, si conversara con las enfermeras o con las otras señoritas, las de blanco, sería bueno no?, que se acerquen a conversarme, o por lo menos se acercaran a cantarme una cancioncita o a contar un cuentito para que la persona se sienta bien." (Florcita)*

La necesidad de cuidado en el adulto mayor se traduce en una serie de carencias, en este caso no se trata de carencias materiales o económicas, sino de una falta de cariño, expresión de amor, comprensión, sensibilidad y sobre todo las pacientes manifiestan la necesidad de sentir el calor humano, que requiere durante todo el proceso de su hospitalización. Son muy pocas las ocasiones donde el adulto mayor expresa sus necesidades, esto se puede dar por falta de confianza, una inadecuada comunicación o relación Enfermera-Paciente, por la falta de atención o comprensión hacia ellos; es por eso que la Profesional de Enfermería debe utilizar todas su herramientas necesarias para identificar las verdaderas necesidades

psico - emocionales del paciente adulto mayor, ya que este grupo poblacional tiene necesidades no solo físicas, biológicas, sino también posee necesidades emocionales, espirituales, sociales que son indispensables para su bienestar y felicidad.

Además refieren las pacientes que les gustaría que fueran más amables, que les "levanten el ánimo", ya que ellas lo necesitan por la situación por la que están pasando; Estrellita refiere que a veces parece que están molestas al realizar su trabajo y ella percibe su seriedad cuando la atienden, necesitando que se muestren más cordiales en su trato, que muestren una sonrisa al atenderlas.

*"...claro que me gustaría que fueran más amables, que nos digan como están, que te duele, si has hecho fiebre o al menos que nos levanten el ánimo, claro."  
(Lucecita)*

*"Yo diría que es muy importante la cordialidad, la cortesía, la amabilidad, o sea son amables, pero son muy serias algunas, me gustaría que aunque sea muestren una sonrisa, que levanten el ánimo y no que estén serias, como si estuvieran haciendo su trabajo molestas o como que están atendiendo molestas, no sé, será por su trabajo o quizás así son y yo no las puedo cambiar."  
(Estrellita)*

De acuerdo a lo encontrado en el estudio se evidencia que el paciente adulto mayor requiere de una atención mucho más personalizada, donde una muestra de cariño, un rostro amable, una sonrisa le den la confianza suficiente para expresar lo que sienten,

ellas reclaman una atención con calor humano, donde se les trate de acuerdo a su condición y limitaciones.

Al respecto Anca, A. y Alvarado, M., (2006), refieren que "la satisfacción de las necesidades emocionales y físicas del paciente tienen un papel relevante en lo que respecta a los sentimientos referidos a la "satisfacción", los autores citan a Ardouin (2000), quien lo define como "Aquella sensación que el individuo experimenta al lograr el restablecimiento del equilibrio entre una necesidad o grupos de necesidades y el objeto a los fines que la reducen". De esta manera, el paciente percibe la recuperación a medida en que se satisfacen las necesidades y que tiene expectativas que pueden ser o no alcanzadas las cuales son de gran importancia, ya que es muy primitivo analizar otros elementos que influyen en la satisfacción".

Los mismos autores citan a Swanson (1991), quien se refiere a las conductas y procesos que caracterizan los cuidados, diciendo que: La manifestación de estas conductas que los clientes perciben como cuidados ayuda a destacar lo que los pacientes esperan de sus cuidadores. Siempre se ha sabido que los pacientes valoran la efectividad con que las enfermeras hacen sus tareas, pero está claro que los clientes también valoran la dimensión afectiva de los cuidados enfermeros.<sup>(9)</sup>

Dentro de este mismo contexto, Gerteis, (1997) citado por Anca, A. y Alvarado, M., (2006), expone que "cuando los pacientes tienen la sensación de que las enfermeras (os) tienen interés en ellos como personas, los usuarios van a cumplir las recomendaciones e indicaciones terapéuticas. Es por eso que, la enfermera debe comprender y conocer al paciente, ya que de esta manera puede obtener información, analizar los datos y ejecutar las acciones para satisfacer las necesidades encontradas. De igual manera, refiere que "Conocer a un cliente significa que la enfermera evita suposiciones, se centra en el cliente y pone en marcha una relación de cuidados con el cliente que revela información e indicios que facilitan el pensamiento crítico y los juicios clínicos".<sup>(9)</sup>

Por lo tanto, la interacción enfermera – paciente, según Peplau (1952), citada por Anca, A. y Alvarado, M., (2006), "basa su teoría en que la personalidad de la enfermera marca una diferencia sustancial en el nivel de lo que un paciente puede aprender durante la experiencia de su enfermedad y que uno de los aspectos verdaderamente profesionales de la enfermería es la relación enfermera – paciente. Es por eso que la actitud, el tono de voz, la expresión facial, y las palabras que transmita la enfermera es de gran importancia para el paciente, ya que marca la diferencia en el bienestar y satisfacción del usuario con respecto a los cuidados que brinda la enfermera".



Dentro de esta perspectiva, Potter (2003), citado por, Anca, A. y Alvarado, M., (2006), manifiesta que "actualmente está claro que los cuidados también tienen una dimensión afectiva, que incorpora una propuesta humanista. La investigación ha demostrado que los clientes ponen énfasis en las tareas de cuidados enfermeros, aunque también quieren que las enfermeras sean amables, simpáticas, consideradas y cuidadosas en la manera en que prestan los cuidados".<sup>(9)</sup>

Cabe considerar que los pacientes necesitan de una enfermera que los haga sentir bien atendidos, los trate con amabilidad y el mayor respeto posible. Dentro de ello, Peplau (1952), se refiere "a la relación de ayuda como: Una relación humana entre un individuo enfermo, o que requiere un servicio de salud, y una enfermera educada especialmente para reconocer y responder a la necesidad de ayuda. La persona tiene necesidades que producen tensión y ésta conduce a un comportamiento que tiene por objeto reducir la tensión y satisfacer las necesidades".<sup>(9)</sup>

Al respecto cabe destacar que un paciente necesita la ayuda y paciencia de una enfermera que sea capaz de reconocer sus necesidades psicológicas y emocionales; y disminuir el estrés que presentan en el momento de su hospitalización.

### **3.2. Expresando la necesidad de mayor información.**

Dentro de la hospitalización de un paciente, es importante brindarle no solo cuidados a su enfermedad, lo cual es necesario pero si el paciente colabora también se le debe instruir, enseñar su auto cuidado, es decir lo que ellos deben realizar para conseguir su recuperación, sea dentro del hospital, como en su hogar. Los pacientes del estudio refieren que en caso de su alta las enfermeras son muy escuetas, las pacientes manifiestan que les gustaría que los orienten sobre los cuidados que deben seguir en su hogar, sobre su alimentación o si deben evitar las emociones fuertes por su enfermedad o cualquier otro cuidado que deben tener en su hogar, ello se verifica a continuación:

*"Al menos deberían explicarnos no, no vayan a salir, les hace daño o si la persona que viene a visitarlos es demasiado sensible mejor que no venga para que uno también no lo impresione o no le afecte, sí pues deberían de orientar, sí a mí me gustaría que nos expliquen a los pacientes."(Lucecita)*

*"...como le decía, aquí no hablan mucho, le contaré, Mire señorita desde ayer ya tengo alta, pero mi hijo no ha podido hacer el trámite porque ya era tarde, la enfermera me dice: usted ya puede irse a su casa, solo eso, no me ha dicho que cuidados debo tener, o que comer, nada de eso..." (Florcita)*

El paciente adulto mayor puede contribuir en su cuidado, sobre todo si es educado para ello, es significativo que puedan ejercer un

auto cuidado coordinado con la finalidad de lograr su recuperación, es por ello que el profesional de Enfermería dentro de sus actividades debe de conversar con el paciente en forma pausada, asegurándose que está comprendiendo lo que se le está explicando y brindarle la información que el necesita para mejorar su salud, así como en el momento del alta, que cuidados debe seguir en el hogar para su bienestar.

Al respecto Cabanas, L. (2005), refiere que "en la vejez ocurre que los procesos psíquicos se hacen más lentos, a causa de la merma neuropsicológica que se manifiesta en esta edad. Los trastornos de la memoria, las alteraciones en el pensamiento, la percepción son superados por el interés y la motivación que pueden tener para el aprendizaje, que puede manifestarse más lento pero indudablemente será más significativo para el individuo. Se deben tener en cuenta por tanto aspectos afectivos y motivacionales para el aprendizaje".

Asimismo, sostiene que "la educación en la tercera edad debe partir de que sea ofrecida a los ancianos para conservar su autosuficiencia, la adaptación social, forma de mantener el vínculo con el desarrollo social actual. Se debe tener en cuenta la profundización en la búsqueda de métodos idóneos para transmitir mensajes que enseñen y eduquen, ajustados a la vejez. Además de esto debe

demostrarse que la posibilidad de aprender en el hombre existe a lo largo de la vida, en mayor o menor grado. Mediante la educación en la tercera edad puede lograrse que el anciano se encuentre interesado en el futuro, que se sienta parte de la sociedad, con funciones y roles sociales. Los centros de salud, centros educativos, familias, comunidades son agentes importantes que en su interacción con el anciano pueden trabajar en su estimulación y preparación en esta etapa".<sup>(43)</sup>

A propósito, Anca, A. y Alvarado, M., (2006), sostienen que "el profesional de Enfermería, al identificar los factores que inciden en la capacidad de Autocuidado, estará en condiciones de proporcionar una atención de enfermería efectiva, con un enfoque particular hacia la práctica clínica poniendo énfasis en la capacidad de autocuidado del usuario para lograr y mantener su salud, reconociendo qué individuos están en mejores condiciones de aprovechar el proceso o bien cuál es el mejor momento de iniciarlo".<sup>(9)</sup>

#### **B.4. CATEGORIA: SINTIENDO LA INDIFERENCIA Y LA AUSENCIA DE SU FAMILIA.**

El abandono, la indiferencia, el poco interés que muestra la familia cuando su familiar se encuentra hospitalizado repercute en gran

proporción en la recuperación y rehabilitación del paciente sobre todo cuando éste es un adulto mayor, el cual necesita sentir que su familia se interesa por él, que muestran preocupación por su salud, por su comodidad y sobretodo necesita sentirse parte de la familia. Hoy en día existen muchos casos que muestran a adultos mayores abandonados dentro de instituciones hospitalarias, lo que pone en evidencia la falta de sensibilidad de la familia hacia un ser humano que fue el fundador de sus raíces.

En el estudio se evidenció el problema del distanciamiento de la familia, como es el caso de Florcita, quien recibe la visita de los hijos, pero siente que poco a poco su familia extensa: hermanos y sobrinos, quienes le proporcionaban momentos de distracción se van alejando o, en el caso de Teresita, cuyo hijo que más le acompañaba, tuvo que viajar, por razones de trabajo, fuera de Lima, por lo cual la paciente siente la soledad forzada, lo cual se verifica a continuación, con los siguientes testimonios:

*“...bueno desde que estoy hospitalizada mis hijos si vienen, claro antes venían más seguido, además una hermana o sobrinos, pero ahora ya no mucho...”  
(Florcita)*

*“...pero bueno mi sobrinos, hermanos que tengo ya no vienen mucho, que será, estarán ocupados seguro, ya no es como antes, que venían seguido, eso sí he sentido que han cambiado, se cansaran pues no...”  
(Florcita)*

*“...claro me gustaría que sea como antes, venían en la tarde y me sentía acompañada, feliz, un rato me distraía.”(Florcita)*

*“...ahora él (hijo menor) se ha ido a trabajar al cusco y me he quedado mal, he llorado porque se ha ido, él es el que más me hace caso, los mayores no, porque ellos ya tienen sus hijos.”(Teresita)*

Al respecto, Verspiersen 1984, nos refiere que “en caso de personas abandonadas, presentan dos tipos de soledades: “Junto a la soledad obligada de quien se siente olvidado o abandonado, existe la soledad buscada, que el ser humano necesita para conocerse, tomar conciencia de sí mismo y cultivar su interioridad”.

La autora, refiriéndose al cuidado de los pacientes en este estado afirma que: “Cuidar exige saber acompañar. *“Acompañar a alguien no significa indicarle el camino, imponerle un itinerario, ni tampoco significa conocer la dirección que él va a tomar, más bien significa, caminar a su lado, respetando su libertad para decidir su camino y el ritmo de su paso”*”.<sup>(46)</sup>

En el trabajo de campo también se identificó el caso de una paciente que expresa que no siente el cariño o apego de su hija en particular, refiriendo que tal vez sea por la dureza con la que fue tratada y la crianza que recibió de pequeña. La paciente manifiesta que

se siente triste al sentir esa indiferencia de su hija y al contemplar como otras pacientes reciben las expresiones de cariño de sus hijas:

*"...mi hija mayor muy poco viene, no...ella no es muy cariñosa conmigo, cuando quiere viene, no se porque será así."(Teresita)*

*"...sabe señorita yo pienso que es así porque cuando ella estaba chiquita, no quería hacer sus tareas, quería juego nomas y yo la castigaba, por eso creo que ella es así..." (Teresita)*

*"...pero mi hija no es así, ella es diferente, por eso yo lloro, porque ella es así conmigo, yo veo que otras señoras sus hijas las atienden, les dicen que les falta, pero a mí no, y eso me da pena...me gustaría que sea más cariñosa conmigo..." (Teresita)*

Estos casos son solo algunos de los muchos que existen, ya que hay pacientes que por su estado de gravedad no pueden expresarse y sin embargo ellos están abandonados por completo en una sala de hospital; el adulto mayor necesita sentirse protegido y apoyado ya que debido a su proceso de envejecimiento pierde en, algunos casos, su autoestima lo que implica que la familia tiene un rol importante en la seguridad de éste, tal es así que Moris, I., (2009) refiere que, "la conciencia de respeto y cuidado hacia los adultos mayores parece ir en baja, y en eso, el modelo de familia actual tiene mucho que ver: padres ausentes o violentos; falta de comunicación y espacios reducidos, que no incorporan como antaño a los abuelos dentro de la dinámica familiar."

La autora antes citada añade, "ésta realidad la viven día a día los funcionarios de los hospitales, quienes deben acoger a aquellas personas cuyos parientes no pueden, o no quieren cuidar. "Es más, ya no se trata sólo de adultos mayores. Hay pacientes de 39 ó 51 años, cuyas familias no los quieren recibir. Comprendemos que de repente hay motivos, el abandono tiene un fuerte componente de género."

En los casos identificados en el estudio, en el primer caso (Florcita) aún no existe un abandono completo ya que la paciente aun recibe las visitas de sus hijos, aunque sus otros familiares ya no la visitan y en el caso de Teresita recibe la visita esporádica de sus hijos, siendo que el hijo que más lo visitaba estaba fuera de Lima, sintiéndose así la paciente bastante triste por no contar con el apoyo adecuado de sus hijos.

Estos casos se presentan debido al elevado tiempo de hospitalización de las pacientes, no obstante esta situación no debe ser motivo de abandono del adulto mayor; al contrario, es cuando más se debe apoyarlos, acompañarlos, cuidarlos, tratando de que puedan salir lo más pronto posible del hospital y así fortalecer los lazos familiares, incorporando al adulto mayor dentro de su entorno familiar y social.



## **CAPITULO IV**

### **CONSIDERACIONES FINALES**

- Dentro de los resultados se encontraron vivencias positivas y vivencias negativas, las primeras enmarcan a una adecuada comunicación del paciente sea con el personal de salud y la familia, el sentirse respetados en su autonomía y creencias, así como el sentirse apoyados y atendidos por la enfermera y sus familiares, además de percibir la preocupación de ella hacia su bienestar, por otro lado, en relación a las vivencias negativas, se ubicó en este rubro a la falta de comunicación del paciente con el personal de salud, además del maltrato recibido, el trato frío y en algunos casos el abandono de sus familiares, lo que limita la estabilidad emocional del paciente adulto mayor.

- En el estudio se encontró que en el adulto mayor es importante que exista una relación interpersonal adecuada mediante la cual pueda expresar sus requerimientos y necesidades, tal como ocurrió con la mayoría de los pacientes varones quienes refirieron sentirse a gusto con la relación y comunicación que habían creado con el personal de Enfermería por lo tanto había una adecuada interacción con el paciente, buscándose el bienestar del geronto.
  
- Es importante destacar que lograr la satisfacción total de un paciente adulto mayor, es todo un reto, que implica no solo aliviar el dolor y administrar medicamentos, sino también atender a las necesidades emocionales, mostrando dedicación, carisma, preocupación, respeto, empatía y sobretodo cariño, así como lo expresaron los pacientes adultos mayores, de los cuales las pacientes mujeres reclamaban mayor atención hacia sus necesidades durante el proceso de hospitalización.
  
- En el estudio realizado se encontró que la autonomía de cada adulto mayor fue respetada por el personal de salud y su familia, siendo partícipes de las decisiones que involucraban su salud y

bienestar, además el respeto hacia sus creencias y su credo es significativo ya que permiten conservar su espiritualidad y costumbres, lo que evidencia la unicidad de cada ser humano.

- En la gran mayoría de los adultos mayores se identificó que la familia forma parte esencial en la vida de éstos ya que les brindaban la seguridad necesaria para su bienestar, además que al mostrar su preocupación y afecto, les demostraban que aun son parte importante para ellos, proporcionándoles confort y tranquilidad durante el tiempo que duró su hospitalización.
  
- Se identificó que la mayoría de las pacientes mujeres no mantenían una adecuada comunicación con el Profesional de Enfermería lo cual creaba una brecha en la interrelación Enfermera – paciente, evitando así la expresión de sus emociones, sentimientos y pensamientos impidiendo comprender las necesidades emocionales de estas pacientes adultas mayores, teniendo en cuenta su naturaleza producto del proceso de envejecimiento.

- La mayoría de las pacientes mujeres (4) percibieron la falta de cuidado del personal de salud como la insatisfacción de sus necesidades, así también el maltrato hacia ellas se observó en el trato frío, en la incompreensión y en la insensibilidad hacia sus requerimientos físicos y emocionales, además en el caso de los pacientes varones la falta de privacidad durante las visitas de sus familiares impidieron en algunos casos su comodidad y satisfacción.
  
- Resulta significativo dentro de la investigación la demanda de atención de los adultos mayores, en su mayoría de las pacientes mujeres, quienes expresaban su desagrado hacia el cuidado que recibían, ya que sentían la falta de tolerancia hacia sus necesidades, es por ello que solicitan una atención personalizada y sobre todo con calor humano.
  
- Dentro de la investigación realizada, se observó que la ausencia de la familia para un adulto mayor, crea sentimientos de tristeza y soledad, como en el caso de una paciente por la ausencia del único hijo que la visitaba, creándole sentimientos de tristeza y melancolía, lo cual repercutía en su recuperación.

- La investigación cualitativa realizada en adultos mayores me permitió descubrir y reconocer aquellos pensamientos subjetivos que cada uno de ellos presenta, como parte de sus vivencias durante su proceso de hospitalización, involucrando su área social, personal, espiritual y familiar, además de identificar la interacción con el personal de salud, entre ellos el Profesional de Enfermería. Asimismo, me permitió rescatar aspectos importantes que resaltan sus necesidades físicas y psicoemocionales, lo cual en la tercera edad es significativo.

## **LIMITACIONES**

- ❖ La existencia de pacientes que no se encontraban en condiciones de responder a la entrevista, debido a su estado de inconsciencia o desorientación, lo cual dificultó la recolección de datos en los pabellones de Medicina.
- ❖ La poca existencia de estudios cualitativos relacionados con el tema, limitaron el desarrollo de la presente investigación por no tenerse modelos a seguir.

## RECOMENDACIONES

- ✓ La implementación de programas de capacitación del personal de los servicios de salud donde son atendidos adultos mayores, teniéndose en cuenta las características fisiológicas, emocionales, espirituales y sociales de este grupo etario, lo cual favorecería una adecuada atención según sus necesidades y requerimientos.
  
- ✓ Es necesario brindar una atención personalizada, empática y humana al paciente adulto mayor, sea cual sea su situación de conciencia.
  
- ✓ A las instituciones formadoras, tanto del Profesional de Enfermería como del personal técnico, se les recomienda una formación basada en la satisfacción de las necesidades y requerimientos del adulto mayor, para así proporcionarles una mejor calidad de vida.

# **ANEXOS**



## **INDICE DE ANEXOS**

**ANEXO A** → INSTRUMENTO:

GUÍA DE ENTREVISTA A PROFUNDIDAD

**ANEXO B** → INSTRUMENTO:

GUÍA DE OBSERVACIÓN PARTICIPANTE

**ANEXO C** → CONSENTIMIENTO INFORMADO

# ANEXO A

## INSTRUMENTO

### GUÍA DE ENTREVISTA A PROFUNDIDAD

➤ **Datos Generales:**

**Edad:** \_\_\_\_\_ **Sexo:** \_\_\_\_\_ **Grado de Instrucción:** \_\_\_\_\_

**Procedencia:** \_\_\_\_\_ **Dx. Médico:** \_\_\_\_\_

**Fecha de Ingreso:** \_\_\_\_\_

➤ **Preguntas:**

1. ¿Durante el tiempo que está hospitalizado cómo se está sintiendo? ¿Cómo se siente tratada por el personal de salud?
2. ¿Podría describirme como es el cuidado que le brinda el personal de Enfermería, médicos y otro personal que lo atiende en el servicio? ¿Cubre todas sus necesidades físicas, emocionales y espirituales?
3. ¿Cómo es su relación con el personal de Enfermería, médicos, técnicos de Enfermería y sus familiares durante la hospitalización?
4. ¿Siente que su familia y el personal de salud se preocupan por su bienestar? ¿De qué manera?
5. ¿Siente que lo que usted piensa o cree respecto a su salud o bienestar, sus costumbres y su religión son respetadas y aceptadas por el personal de salud?
6. ¿Usted recibe alguna ayuda o apoyo de alguna persona fuera de su familia, amigos o vecinos? ¿Cómo se siente en relación con ello?

## ANEXO B

### FORMATO DE REGISTRO DE LA OBSERVACION PARTICIPANTE

➤ **Datos Generales:**

Fecha: \_\_\_\_\_ Hora: \_\_\_\_\_

Participantes: \_\_\_\_\_

Lugar: \_\_\_\_\_

Episodio o situación observada: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

➤ **Situaciones principales:**

- Pasatiempo diario de los pacientes adultos mayores.

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

- Interrelación con el personal de salud

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

- Socialización del adulto mayor con otros pacientes

\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_  
\_\_\_\_\_

- Interrelación del paciente con la familia.

---

---

---

- Prácticas según sus costumbres, creencias y fe del paciente.

---

---

---

- Expresiones de malestar o necesidades del paciente, gestos, actitudes.

---

---

---

- Gestos y actitudes de la enfermera durante la interrelación con el paciente.

---

---

---

*\*\* Los datos obtenidos de las observaciones realizadas se plasmaran en la libreta de Observaciones, sin embargo existirán ocasiones donde se grabará verbalmente lo observado, para luego proceder a su desgrabación, análisis e interpretación.*

## ANEXO C

### CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo..... paciente del servicio de Medicina de un Hospital de III nivel de Lima Metropolitana, a través de este documento expreso mi voluntad de participar en la investigación titulada “Vivencias del adulto mayor durante su internamiento en un Hospital de III nivel de Lima Metropolitana”.

Habiendo sido informado(a) del propósito de la misma así como de los objetivos y teniendo la plena confianza de que la información que brinde en la entrevista será solo y exclusivamente para fines de la investigación en mención. Además confío en que la investigadora utilizará adecuadamente dicha información con la máxima confidencialidad.

.....

**Firma del paciente**

**Fecha:**

## REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

- (1) LUCIO, M. Aspectos emocionales del paciente crítico. 2 Ed. España. 1999. p.17-18
- (2) JOVELL, A. "El silencio de los pacientes". Rev Enfermería. Vol 1. Año 1999.p.507
- (3) LOTUS, Y. "The needs of family caregivers of frail eders during the transition from hospital to hom: a Taiwanese sample". J Adv Nurs. Vol 32, N° 3, Año 2000. p. 619.
- (4) GARCÍA, M. Enfermería Geriátrica. 1 Ed. España. Editorial Barcelona: Masson. 2000. p.8-10.
- (5) SALAZAR Maya, Ángela y MARTÍNEZ de Acosta, Carmen. Un sobrevuelo por algunas teorías donde la interacción enfermera – paciente es el núcleo del cuidado. Investigación en Enfermería. Colombia. 2008
- (6) ZEA Herrera, María y TORRES Marín, Berena. Adultos mayores dependientes hospitalizados: La transición del cuidado. [Investigación en enfermería] Rev. Investigación y educación en enfermería. Vol 25 N°.1,Año 2007.p. 6-9
- (7) ARISTA Chávez, Gilbert. Interacción enfermera paciente en el servicio de medicina del hospital nacional Daniel Alcides Carrión. [Tesis de Licenciatura]. UNMSM. Perú. 2003.
- (8) CELMA, M. "Cuidadoras informales y enfermeras. Relaciones dentro del hospital". Revista de Enfermería. Vol 26, N° 3, Año 2003. p. 22-23.

- (9) ANCA, A. y ALVARADO, M. Valoración de las necesidades y expectativas que tienen los pacientes respecto a enfermería en el área de medicina en el hospital "Padre Oliveros" Nirguaedo. [Investigación Médico Quirúrgico]. Valencia, 2006
- (10) MINSA. Documento técnico: Lineamientos para la atención integral de salud de las personas adultas mayores. Perú. 2005. p. 5-6, 8-9.
- (11) MINSA. Aspectos sociales del envejecimiento. Perú. 2005. p. 7-10.
- (12) MARTINEZ Mendoza, Alfonso."Prevalencia de depresión y factores de riesgo en el adulto mayor hospitalizado". Revista Medica Instituto Mexicano. Vol 45, N°1, Año 2007. p. 22.
- (13) YSEM de arce, José. Aspectos Psicoafectivos del envejecimiento. [Seminario sobre ancianidad]. Chile. 1997.
- (14) ORDENES Fernández, Marco. El acompañamiento espiritual en el adulto mayor. [Conferencia episcopal]. Chile.2000.
- (15) SALGADO Alva, Alberto. Manual de Geriatria. 3º Ed. España. Editorial Elsevier, 2002.
- (16) BRUSCO Sandrin. Comprender y ayudar al enfermo. España. Editorial Paulinas, 1992.

- (17) GUILLAUMET i Olives, Montse y Cols. Teoría del cuidado Humano, Un café con Watson. Artículo en Historia y Fundamentos.2005.
- (18) SILVA María da Gracia da. La experiencia del envejecimiento: significado y la importancia de la práctica de enfermería. [Tesis de Doctorado]. USP. Brasil. 2007.
- (19) SILVEIRA de Almeida Hammerschmid, Karina. Los ancianos y los constreñimientos en los eventos de la internación quirúrgica. [Investigación]. Revista Latino- Americana de Enfermería. Brasil. 2007.
- (20) GUIJARRO, J.L. Las enfermedades en la ancianidad. Anales del sistema sanitario de Navarra. Vol. 22. N°1. España. 2008.
- (21) GAMARRA Samaniego, Pilar. Consecuencias de la Hospitalización en el anciano. Boletín de la Sociedad Peruana de Medicina Interna. Vol. 14 N° 2. Perú. 2006
- (22) DOMINGUEZ, María Graciela. Gerontología Social. [En línea]. 2006. Disponible en: <http://www.cuidadoresdeancianos.com/cda/gerontologia.htm>. Consulta: 21-06-10
- (23) ANGEL, Ana Fabiola. Cambios y adaptaciones en la dinámica familiar durante el proceso de envejecimiento. Revista de Menopausia. Colombia. 2007.



- (24) MORFI Samper, Rosa. Proyecto de superación en Enfermería Gerontológica comunitaria. Revista Cubana de Enfermería, Vol.21. N°1. Cuba. 2005.
- (25) RIVERA Alvares Luz y Cols. Cuidado humanizado de enfermería: visibilizando la teoría y la investigación en la práctica, en la clínica del country. Revista de Enfermería. Colombia. 2006.
- (26) AVADES Porcel, Mercedes. Los cuidados enfermeros en los centros geriátricos según el modelo de Watson. Revista Gerokomos. Vol.18 N°4. España. 2007.
- (27) PIÑANGO, Silvio. Enfoque Cualitativo y cuantitativo de la investigación.[Diplomado de Capacitación Docente]. UNEFA. España. 2008.
- (28) HERNANDEZ Sampieri, Roberto. Metodología de la Investigación. 4ta edición. Editorial Mc Graw – Hill/ Interamericana. Mexico.2006.
- (29) GARCIA Pimentel, Francisco. La Solidaridad. Perú. 2008. Disponible en: <http://www.solidaridad.com/trabajos11/html>. Consulta: 22/01/10
- (30) VERSPIERSEN. La Soledad. Francia.1984
- (31) MOGOLLON García, Carmen y Cols. "Comunicación terapéutica en la satisfacción de las necesidades de los enfermos en el postoperatorio inmediato". Cuba. 2006.

- (32) MEJÍAS Hurtado, Marisela. Interacción del personal de Enfermería con los familiares del paciente Politraumatizado y su relación con el nivel de estrés de los familiares. Colombia. 2009.
- (33) MAIN, José. Autocuidado al Adulto Mayor. Chile. 2006.
- (34) BELLO Gonzales, Andrés. El estrés en el personal de Enfermería. España. 2006.
- (35) OPS. Módulos de atención al Adulto Mayor. Asuntos Éticos en la Atención al Adulto Mayor. Perú. 2008.
- (36) COSTA Alcaraz, Ana y Cols. "Un modelo para la toma de decisiones compartidas con el paciente". España. 2009
- (37) CARDOZO Castillo, Ysrael. "Participación del Profesional de Enfermería en la Satisfacción de las necesidades emocionales. Venezuela. 2008.
- (38) MENESES Gomes de Amorín, Annatalia y Cols. "Sentimientos, sentidos y significados en pacientes de hospitales públicos". Brasil. 2009.
- (39) WALDOW Vera, Regina. "O Cuidado na Saúde: as relações entre o eu, o outro e o cosmos". Petrópolis (RJ): Vozes. Brasil. 2004.

- (40) FERNANDEZ Gutiérrez, Martina y Cols. "Maltrato en situaciones de Dependencia". España. 2003.
- (41) BARRIOS Casas, Sara y Cols. "Percepción de violencia de usuarios hospitalizados en los servicios clínicos de un Hospital Público de la región de la Anaucañia". Chile. 2009.
- (42) MANGINI Bocchi, Silvia Cristina y Cols. "Familiares visitantes y acompañantes de adultos y ancianos hospitalizados: Análisis de la experiencia bajo la perspectiva del proceso de trabajo en Enfermería". Brasil. 2007.
- (43) CABANAS Flores, Lida. Tercera Edad: Necesidad de educación en el Adulto. Cuba. 2005.
- (44) RODRIGUEZ Riscart, Madelin y Cols. "Interrelación de la familia con el Adulto mayor institucionalizado". Cuba. 2006.
- (45) RAMOS, Rafael. "Para el adulto mayor". Colección de Revistas de la vida. Perú. 2010.
- (46) YIN, R. · Estudio de caso de investigación: Diseño y Métodos · Publicaciones Sage, Thousand Oaks, CA. 1994.
- (47) MARTINEZ Bonafé Martin. "Paradigmas cuantitativo y cualitativo y metodología de la investigación". Colombia. 2009.

## BIBLIOGRAFIA

- ANGEL, Ana Fabiola. Cambios y adaptaciones en la dinámica familiar durante el proceso de envejecimiento. Revista de Menopausia. Colombia. 2007.
- ARISTA Chávez, Gilbert. Interacción enfermera paciente en el servicio de medicina del hospital nacional Daniel Alcides Carrión. [Tesis de Licenciatura]. UNMSM. Perú. 2003.
- AVADES Porcel, Mercedes. Los cuidados enfermeros en los centros geriátricos según el modelo de Watson. Revista Gerokomos. Vol.18 N°4. España. 2007.
- BARRIOS Casas, Sara y Cols. "Percepción de violencia de usuarios hospitalizados en los servicios clínicos de un Hospital Público de la región de la Anaucaña". Chile. 2009.
- BELLO Gonzales, Andrés. El estrés en el personal de Enfermería. España. 2006.
- BRITO de Araujo, Vivian y Cols. La variabilidad en la complejidad de los cuidados de enfermería: necesidades del paciente. [Investigación]. Revista Latino- Americana de enfermería. Brasil. 2009.
- BRUSCO Sandrín. Comprender y ayudar al enfermo. España. Editorial Paulinas, 1992.
- CABANAS Flores, Lida. Tercera Edad: Necesidad de educación en el Adulto. Cuba. 2005.

- CELMA, M. "Cuidadoras informales y enfermeras. Relaciones dentro del hospital". Revista de Enfermería. Vol 26, N° 3, Año 2003. p.p. 22-23.
- DOMINGUEZ, María Graciela. Gerontología Social. [En línea].2006. Disponible en: <http://www.cuidadoresdeancianos.com/cda/gerontologia.htm>. Consulta: 21-06-10.
- GAMARRA Samaniego, Pilar. Consecuencias de la Hospitalización en el anciano. Boletín de la Sociedad Peruana de Medicina Interna. Vol. 14 N° 2. Perú. 2006
- GARCÍA, M. Enfermería Geriátrica. 1 Ed. España. Editorial Barcelona: Masson. 2000. p.p.8-10.
- GARCIA Pimentel, Francisco. La Solidaridad. Perú. 2008. Disponible en: <http://www.solidaridad.com/trabajos11/html>. Consulta: 22/01/10
- GUEVARA Chuquillanqui, Lourdes. Calidad de la interrelación enfermera – paciente según la Teoría de Peplau en los servicios de cirugía del Hospital Nacional Dos de Mayo. [Tesis de Licenciatura] UNMSM. Perú, 2004.
- GUIJARRO, J.L. Las enfermedades en la ancianidad. Anales del sistema sanitario de Navarra. Vol. 22. N°1. España. 2008.
- GUILLAUMET i Olives, Montse y Cols. Teoría del cuidado Humano, Un café con Watson. Artículo en Historia y Fundamentos.2005.

- HERNANDEZ Sampieri, Roberto. Metodología de la Investigación. 4ta edición. Editorial Mc Graw – Hill/ Interamericana. Mexico.2006.
- JOVELL, A. “El silencio de los pacientes”. Rev Enfermería. Vol. 1. Año 1999.p.507
- LOTUS, Y. “The needs of family caregivers of frail eders during the transition from hospital to home: a Taiwanese sample”. J Adv Nurs. Vol 32, N° 3, Año 2000. p. 619.
- LUCIO, M. Aspectos emocionales del paciente crítico. 2 Ed. España. 1999. p.17-18
- MAIN, José. Autocuidado al Adulto Mayor. Chile. 2006.
- MANGINI Bocchi, Silvia Cristina y Cols. “Familiares visitantes y acompañantes de adultos y ancianos hospitalizados: Analisis de la experiencia bajo la perspectiva del proceso de trabajo en Enfermería”. Brasil. 2007.
- MARRINER Torney, Ann. Modelos y Teorías en Enfermería. 6º Ed. España. Editorial Elsevier ,2007.
- MANRIQUE, Maigualida y CALDERA, Eglee. Valoración de las necesidades y expectativas que tienen los pacientes respecto a enfermería en el área de medicina en el hospital "Padre Oliveros" Nirguaedo. [Investigación Médico Quirúrgico]. Valencia, 2006

- MARTINEZ Bonafé Martin. "Paradigmas cuantitativo y cualitativo y metodología de la investigación". Colombia. 2009.
- MARTINEZ Mendoza, Alfonso."Prevalencia de depresión y factores de riesgo en el adulto mayor hospitalizado". Revista Medica Instituto Mexicano. Vol. 45, N°1, Año 2007. p. 22.
- MEJÍAS Hurtado, Marisela. Interacción del personal de Enfermería con los familiares del paciente Politraumatizado y su relación con el nivel de estrés de los familiares. Colombia. 2009.
- MINSA. Documento técnico: Lineamientos para la atención integral de salud de las personas adultas mayores. Perú. 2005. p.p. 5-6, 8-9.
- MINSA. Aspectos sociales del envejecimiento. Perú. 2005. p.p. 7-10.
- MOGOLLON García, Carmen y Cols. "Comunicación terapéutica en la satisfacción de las necesidades de los enfermos en el postoperatorio inmediato". Cuba. 2006.
- MORFI Samper, Rosa. Proyecto de superación en Enfermería Gerontológica comunitaria. Revista Cubana de Enfermería, Vol.21. N°1. Cuba. 2005.
- OPS. Módulos de atención al Adulto Mayor. Asuntos Éticos en la Atención al Adulto Mayor. Perú. 2088.

- ORDENES Fernández, Marco. El acompañamiento espiritual en el adulto mayor. [Conferencia episcopal]. Chile.2000.
- PIÑANGO, Silvio. Enfoque Cualitativo y cuantitativo de la investigación. [Diplomado de Capacitación Docente]. UNEFA. España. 2008.
- RAMOS, Rafael. "Para el adulto mayor". Colección de Revistas de la vida. Perú. 2010.
- RIVERA Alvares Luz y Cols. Cuidado humanizado de enfermería: visibilizando la teoría y la investigación en la práctica, en la clínica del country. Revista de Enfermería. Colombia. 2006.
- RODRIGUEZ Riscart, Madelin y Cols. "Interrelación de la familia con el Adulto mayor institucionalizado". Cuba. 2006.
- SALAZAR Maya, Ángela y MARTÍNEZ de Acosta, Carmen. Un sobrevuelo por algunas teorías donde la interacción enfermera – paciente es el núcleo del cuidado. Investigación en Enfermería. Colombia. 2008
- SALGADO Alva, Alberto. Manual de Geriatria. 3º Ed. España. Editorial Elsevier, 2002.
- SILVA María da Gracia da. La experiencia del envejecimiento: significado y la importancia de la práctica de enfermería. [Tesis de Doctorado]. USP. Brasil. 2007.



- SILVEIRA de Almeida Hammerschmid, Karina. Los ancianos y los constreñimientos en los eventos de la internación quirúrgica. [Investigación]. Revista Latino- Americana de Enfermería. Brasil. 2007.
- VERSPIERSEN. La Soledad. Francia.1984.
- YIN, R. - Estudio de caso de investigación: Diseño y Métodos - Publicaciones Sage, Thousand Oaks, CA. 1994.
- YSEM de arce, José. Aspectos Psicoafectivos del envejecimiento. [Seminario sobre ancianidad]. Chile. 1997.
- WALDOW Vera, Regina. "O Cuidado na Saúde: as relações entre o eu, o outro e o cosmos". Petrópolis (RJ): Vozes. Brasil. 2004.
- ZEA Herrera, María y TORRES Marín, Berena. Adultos mayores dependientes hospitalizados: La transición del cuidado. [Investigación en enfermería] Rev. Investigación y educación en enfermería. Vol. 25 Nº.1,Año 2007.p.p. 6-9.