



UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS

FACULTAD DE MEDICINA HUMANA

ESCUELA DE POST-GRADO

Opinión del familiar sobre la calidad de atención que brindan las enfermeras a los pacientes adultos mayores en el servicio de hospitalización en el Hospital Geriátrico San Isidro Labrador 2010

TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

Para optar el Título de Especialista en Enfermería en Emergencias y Desastres

AUTOR

Sara Marcela Barrenechea Aguirre

LIMA – PERÚ
2012

**OPINIÓN DEL FAMILIAR SOBRE LA CALIDAD DE ATENCIÓN QUE
BRINDAN LAS ENFERMERAS, A LOS PACIENTES ADULTOS
MAYORES EN EL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN
EN EL HOSPITAL GERIÁTRICO
“SAN ISIDRO LABRADOR” 2010**

A DIOS gracias por su inmenso amor y por todas las bendiciones que derrama en mí, por darme la fortaleza para seguir adelante en el camino que me he trazado.

A MI ESPOSO E HIJAS por su amor, paciencia y comprensión en cada momento de mi vida.

A MIS PADRES: MARCO Y MARCELA. Agradezco el amor que me dieron, su ejemplo y su apoyo incondicional.

A LA LIC. JUANA DURAND B. por su Valiosa asesoría y motivación permanente durante la realización del presente estudio.

Al personal del Hospital "San Isidro Labrador" y a los familiares de los pacientes por su apoyo para la realización del presente estudio.

INDICE

| | Pág. |
|--|-------------|
| Indice de Gráficos. | vi |
| Resumen | vii |
| Presentación | 1 |
| CAPÍTULO I. INTRODUCCION | |
| A. Planteamiento, Delimitación del Problema | 3 |
| B. Formulación del Problema | 4 |
| C. Justificación | 4 |
| D. Objetivos | 5 |
| E. Propósito | 6 |
| F. Marco Teórico | 6 |
| F.1. Antecedentes | 6 |
| F.2. Base Teórica | 10 |
| G. Definición Operacional de Términos | 32 |
| CAPÍTULO II. MATERIAL Y MÉTODO | |
| A. Nivel, Tipo, Método | 33 |
| B. Área de Estudio | 33 |
| C. Población | 34 |
| D. Técnica e Instrumento | 34 |
| E. Procedimiento de Recolección de Datos | 35 |
| F. Procedimiento de Procesamiento, Presentación, Análisis e Interpretación de datos | 35 |
| G. Consideraciones Éticas | 35 |
| CAPITULO III. RESULTADOS Y DISCUSIÓN | |
| 36 | |
| CAPITULO IV. CONCLUSIONES, RECOMENDACIONES Y LIMITACIONES | |
| A. Conclusiones | 46 |
| B. Recomendaciones | 48 |
| C. Limitaciones | 48 |
| REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS | |
| 49 | |
| BIBLIOGRAFÍA | |
| 53 | |
| ANEXOS | |

INDICE DE GRÁFICOS

| GRAFICO N° | | Pág. |
|-------------------|--|-------------|
| 1 | Opinión del familiar sobre la calidad de atención que brinda la enfermera en el servicio de hospitalización del Hospital Geriátrico “San Isidro Labrador” | 39 |
| 2 | Opinión del familiar sobre la calidad de atención que brinda la enfermera en la dimensión técnica en el servicio de hospitalización del Hospital Geriátrico “San Isidro Labrador”. | 41 |
| 3 | Opinión del familiar sobre la calidad de atención que brinda la enfermera en la dimensión interpersonal en el servicio de hospitalización del Hospital Geriátrico “San Isidro Labrador”. | 43 |
| 4 | Opinión del familiar sobre la calidad de atención que brinda la enfermera en la dimensión confort en el servicio de hospitalización del Hospital Geriátrico “San Isidro Labrador”. | 45 |

RESUMEN

AUTOR: LIC. SARA BARRENECHEA AGUIRRE

ASESORA: LIC. JUANA DURAND B.

El **objetivo** fue determinar la opinión del familiar sobre la calidad de atención que brinda la enfermera en el servicio de hospitalización del Hospital Geriátrico San Isidro Labrador e identificar la opinión según la dimensión técnica, interpersonal y confort. **Material y método.** El estudio fue de nivel aplicativo, tipo cuantitativo, método descriptivo de corte transversal, la técnica fue la entrevista y el instrumento una escala modificada tipo Lickert, aplicado previo consentimiento informado. **Resultados.** Del 100 % (70), 60% (42) es favorable, 21% (15) medianamente favorable y 19% (13) desfavorable. En la dimensión técnica 16 % (11) es favorable, 71% (50) medianamente favorable, y 13% (9) desfavorable. Acerca de la dimensión interpersonal 51% (35) tiene favorable, 36% (25) medianamente favorable, y 13% (10) desfavorable; y en la dimensión entorno 43% (33) favorable, 44% (31) medianamente favorable, y 13% (9) desfavorable. **Conclusiones.** Un porcentaje considerable de los familiares tiene una opinión medianamente favorable, a desfavorable; así como en la dimensión técnica, interpersonal y confort, referido a que la enfermera no siempre brinda educación sobre los cuidados que debe tener frente a la enfermedad del paciente, es afectuosa al interactuar con el paciente, se preocupa por la dieta, le proporciona privacidad ante un procedimiento, no se identifica, no muestra preocupación ante la limpieza del ambiente y un porcentaje considerable tiene una opinión favorable que está dado porque la enfermera escucha los problemas y necesidades de los pacientes y familiares, atiende cordialmente, y se preocupa por proporcionarle cama con barandas y aditamentos necesarios para evitar escaras.

PALABRAS CLAVE: ADULTO MAYOR, OPINIÓN DEL FAMILIAR DE PACIENTE SOBRE LA CALIDAD DE ATENCIÓN QUE BRINDA LA ENFERMERA, FAMILIAR CUIDADOR DEL ADULTO MAYOR.

SUMMARY

AUTHOR: LIC. SARA BARRENECHEA AGUIRRE

ADVISORY: LIC. JUANA DURAND BARRETO

The objective was to determine the opinion of the relative on the quality of attention that offers to the nurse in the service of hospitalization of the Geriatric Hospital "San Farm Isidro" and to identify the opinion according to the technical dimension, interpersonal and comfort. Material and Method. The study was of aplicativo level, quantitative type, descriptive method of cross section, the technique was the interview and the instrument a modified scale Lickert type, applied previous informed consent. Results. Of 100% (70), 60% (42) are favorable, 21% (15) moderately favorable and 19% (13) unfavorable. In technical dimension 16% (11) he is favorable, 71% (50) moderately favorable, and unfavorable 13% (9). About interpersonal dimension 51% (35) they have favorable, 36% (25) moderately favorable, and 13% (10) unfavorable; and in the dimension surroundings 43% (33) favorable, 44% (31) moderately favorable, and unfavorable 13% (9). Conclusions. A considerable percentage of the relatives has a favorable opinion moderately, to unfavorable; as well as in the technical, interpersonal dimension and comfort; referred to that the nurse not always offers education on the cares that must have as opposed to the disease of the patient, she is affectionate when interacting with the patient, one worries about the diet, he provides privacy to him before a procedure, does not identify, he does not show preoccupation before the cleaning of the atmosphere. and a considerable percentage has a favorable opinion that is given so that the nurse listens to the problems and necessities of the patients and relatives, takes care of sincerely, and it worries to provide bed with railings and additions to him necessary to avoid escaras.

KEYWORDS: ELDERLY, OPINION OF FAMILY PATIENTS ABOUT THE QUALITY OF CARE PROVIDED NURSE, FAMILY CAREGIVER THE ELDERLY.

PRESENTACION

El envejecimiento a nivel mundial y particularmente en América Latina está avanzando a ritmos sin precedentes en la historia de la humanidad. La tendencia a la disminución de la fecundidad y la prolongación de la esperanza de vida al nacer ha llevado a un incremento de la población de 60 y más años; es así que de 204 millones de personas mayores de 60 años, que había en 1950, se ha incrementado a 577 millones en 1998, estimándose que para el año 2050 este grupo poblacional pueda llegar a cerca de 1900 millones. En el siglo XX se produjo una evolución de la longevidad, donde la esperanza media de vida al nacer ha aumentado 20 años desde 1950 llega ahora a 66 años (en el mundo) y se prevé que para el 2050 haya aumentado 10 a más (1) Esta situación contribuye en forma directa y advierte un mayor número de personas mayores en un futuro cercano, en el Perú, según los resultados del XI Censo Nacional de Población 2007, la población total es de 28 millones 220 mil 764 habitantes; dentro de esta cifra, la población de 60 años y más, asciende a 2 millones 495 mil 866, representando el 9.1% de la población total. Estos datos evidencian la tendencia acelerada del aumento de la población adulta mayor. Es así que la proyección estimada para el año 2025 es del 12.5% de la población total, cerca de 4 millones 429 mil habitantes de este grupo poblacional y para el año 2050 es de 21.3 % (2).

En comparación con los jóvenes, las personas mayores sufren proporcionalmente más enfermedades que tienden a la cronicidad y que se asocian a discapacidad funcional, de modo que a medida que se prolonga la expectativa de vida se incrementa el número de años de dependencia e incapacidad.(3) Por lo que el personal de enfermería tiene una gran responsabilidad en la atención de este grupo poblacional; para lo cual debe trabajar en la actualización de conocimientos cada vez más sofisticados que le permitan mejorar el Plan de Cuidados que brinda al paciente hospitalizado, incorporando dentro de las actividades que formula, la orientación y participación de la familia en el cuidado, toda vez que la salud del adulto mayor está muy ligada a su funcionalidad, para desempeñar las actividades

de la vida diaria y su grado de dependencia, aspectos que constituyen indicadores del estado de salud del individuo.(4).

El presente estudio, titulado "Opinión del familiar sobre la calidad de atención que brindan las enfermeras a los pacientes adultos mayores en el servicio de hospitalización en el Hospital Geriátrico "San Isidro Labrador", tuvo como objetivo determinar la opinión del familiar sobre la calidad de atención que brinda la enfermera en el servicio de hospitalización del Hospital Geriátrico "San Isidro Labrador". Con el propósito de que los resultados sirvan como fuente para proporcionar información actualizada y confiable a la Institución y al servicio a fin de promover la formulación de estrategias para que el personal de enfermería, considere la importancia de la opinión del familiar del adulto mayor, sobre la calidad de atención que brinda la enfermera, en la realización de los programas de educación para la salud en el Hospital Geriátrico "San Isidro Labrador", contribuyendo a mejorar la calidad de vida del adulto mayor.

El estudio consta de; Capítulo I. Introducción, el cual contiene el planteamiento, delimitación y origen del problema, formulación del problema, justificación, objetivos, propósito, antecedentes, base teórica y definición operacional de términos .Capítulo II. Material y Método que incluye el Nivel, tipo y método, área de estudio, población, técnica e instrumento, procedimiento de recolección de datos, procedimiento de procesamiento, presentación, análisis e interpretación de datos y consideraciones éticas. Capítulo III. Resultados y Discusión, Capítulo IV. Conclusiones, Recomendaciones y Limitaciones. Finalmente se presentan las referencias bibliográficas, bibliografía y anexos.

CAPITULO I

INTRODUCCION

A. PLANTEAMIENTO, DELIMITACIÓN Y ORIGEN DEL PROBLEMA

Enfermería ha avanzado en la definición del meta-paradigma, atravesando procesos filosóficos, construyendo modelos conceptuales hasta concentrarse en aspectos teóricos. El cuidado de la salud, desde la perspectiva enfermera, se enfoca partiendo de una visión global del hombre, considerando los aspectos fisiológicos, psicológicos y sociales. Esta concepción del hombre es lo que se denomina visión "holística" del ser humano. (5).

El adulto mayor padece más enfermedades, con peculiaridades semiológicas, diagnósticas y terapéuticas, es más vulnerable a todo tipo de agresiones, sus mecanismos de defensa son limitados, las patologías se superponen y están moduladas por problemas sociales, psicológicos y por la mayor necesidad de considerar factores como la rehabilitación y la reinserción social. Conocer el estado de salud de este sector de la población así como sus demandas es muy importante pues será de ahí que surgirán cambios en la actuación de enfermería para poder garantizar la calidad de la atención de este grupo poblacional, tanto en la promoción, en la prevención y la curación o en la rehabilitación. Con base en ello, la población de adultos mayores necesita que el sistema de salud le proporcione acciones de salud dirigidas al mantenimiento de la salud, prevención de las enfermedades y recuperación de calidad cuando lo requiere (6).

Las posibilidades para lograr un servicio eficiente, eficaz, requiere preparar al personal para que use sus capacidades de forma creativa y se adapte a las expectativas de los diferentes pacientes. En este proceso la opinión que el usuario tiene del servicio de salud influye en la toma de decisiones, sobre todo frente al cuidado de enfermería, pues las actividades de trato directo con el usuario son las que más han de valorarse para asegurar un cuidado de

calidad. Valorar el cuidado desde la perspectiva del usuario es cada vez más necesario porque así es posible obtener un conjunto de conocimientos y actitudes asociados en relación con el cuidado recibido, con los cuales se adquiere información que beneficia a la organización pro-veedora de los servicios de salud, a la enfermera como prestadora directa y a los usuarios mismos, para satisfacer sus necesidades y expectativas (7).

Al interactuar con los familiares en el Hospital Geriátrico “San Isidro Labrador” refieren; “a veces, las enfermeras están muy ocupadas y no se abastecen para atender a todos los pacientes”, “las enfermeras no vienen rápido cuando los pacientes llaman..., y yo tengo miedo que mi mamá se caiga cuando se quiera levantar” “a veces la enfermera se molesta cuando le pregunto qué medicina le da o qué procedimiento le están haciendo a mi paciente”, “cuando quise participar en el cuidado de mi paciente, una enfermera me dijo que no lo tocara porque yo no sé nada” “El otro día encontré a mi paciente con sábanas sucias y sin frazada, a pesar del frío que hace, yo creo que eso es responsabilidad de las enfermeras”, entre otras expresiones.

B. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

Por lo expuesto se creyó conveniente realizar un estudio sobre:

¿Cuál es la opinión del familiar sobre la calidad de atención que brindan las enfermeras a los pacientes adultos mayores en el servicio de hospitalización en el Hospital Geriátrico “San Isidro Labrador”.

C. JUSTIFICACION

Dado el crecimiento de la expectativa de vida al nacer, es necesario que la calidad de la atención de enfermería, que se brinda al adulto y adulto mayor, sea adecuada é incluya actividades educativas al paciente y familia, lo cual es de gran importancia, ya que trascenderá en la calidad de vida que tengan durante los últimos años de su vida, de ahí que la enfermera como integrante

del equipo de salud al ser responsable de participar en el cuidado del paciente durante el tiempo que permanece hospitalizado hasta su egreso, debe incorporar en el cuidado del paciente a la familia; de modo que le permita, contribuir a lograr la satisfacción del usuario y mejorar la calidad de vida del adulto mayor.

D. OBJETIVOS

Los objetivos que se han formulado para el presente estudio fueron:

OBJETIVO GENERAL

Determinar la opinión del familiar sobre la calidad de atención que brinda la enfermera en el servicio de hospitalización del Hospital Geriátrico “San Isidro Labrador”

OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Identificar la opinión de los familiares con respecto a la calidad de atención que brinda la enfermera en la dimensión interpersonal. en el servicio de hospitalización del Hospital Geriátrico “San Isidro Labrador”
- Identificar la opinión sobre la calidad de atención de enfermería en la dimensión técnica, en el servicio de hospitalización del Hospital Geriátrico “San Isidro Labrador”
- Identificar los la opinión del familiar sobre la calidad de atención de enfermería en la dimensión confort. en el servicio de hospitalización del Hospital Geriátrico “San Isidro Labrador”

E. PROPÓSITO

Los resultados del estudio, estuvieron orientados a proporcionar información actualizada y confiable a la institución y al servicio a fin de promover la formulación de estrategias para que el personal de enfermería, considere la importancia de la opinión del familiar del adulto mayor, sobre la calidad de atención que brinda la enfermera, en la elaboración y ejecución de los programas de educación para la salud en el Hospital Geriátrico “San Isidro Labrador”, contribuyendo a mejorar la calidad de vida del adulto mayor.

F. MARCO TEÓRICO

F.1. Antecedentes

Luego de haber realizado la revisión de antecedentes, se ha encontrado algunos relacionados. Así tenemos que:

A nivel nacional

Quispe Ninantay, Angela María; en Lima Perú, el 2003, realizó un estudio sobre: “Opinión de los pacientes del servicio de medicina general sobre la calidad de atención de la enfermera en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza”, el cual tuvo como objetivo: determinar la opinión que tienen los pacientes sobre la calidad de la atención de la enfermera en la dimensión técnica, interpersonal y confort del servicio de Medicina General del HNAL. El estudio fue de nivel aplicativo, tipo cuantitativo, método descriptivo simple de corte transversal. La población estuvo conformada por todos los pacientes hospitalizados en los ambientes de medicina general (255). La muestra fue obtenida mediante el muestreo probabilístico aleatorio simple con una confiabilidad muestral del 95% y con un error muestral del 7% quedando conformado por 80 pacientes. El instrumento utilizado fue el formulario tipo escala de Lickert. Las conclusiones entre otros fueron:

“La opinión de la mayoría de los pacientes sobre la calidad de atención del personal de enfermería es de medianamente favorable a desfavorable. La mayoría de los pacientes tienen una opinión medianamente favorable sobre la calidad de atención de la enfermera en la dimensión técnica, es referido a que la enfermera no explica el tiempo de demora ante un procedimiento, se muestra insensible ante el dolor, muestra inseguridad y lentitud al realizar algún procedimiento. La mayoría de los pacientes tienen una opinión medianamente favorable ante la calidad de atención de la enfermera en la dimensión interpersonal, manifestada cuando el paciente refiere que la enfermera no le informa sobre el procedimiento, experimenta desagrado ante las expresiones de prepotencia y descortesía al saludo, la utilización de un lenguaje complicado y el no llamarlo por su nombre. La mayoría de los pacientes tienen una opinión medianamente favorable indiferentemente sobre la atención de la enfermera según la dimensión de confort, porque refieren que la enfermera se muestra despreocupada ante el ambiente de la unidad, (8).

Romero Amari, Liliam Claudia; en Lima Perú, el 2008, realizó un estudio sobre: “Percepción del paciente acerca de la calidad de atención que brinda la enfermera en el servicio de medicina en el hospital Nacional Daniel Alcides Carrión.” El cual tuvo como objetivo determinar la percepción del paciente acerca de la calidad de atención que brinda la enfermera en el servicio de medicina, e identificar la percepción que tienen los pacientes sobre la calidad de atención de enfermería en las dimensiones interpersonal y del entorno. El estudio fue de nivel aplicativo, tipo cuantitativo, método descriptivo de corte transversal. La muestra fue de tipo aleatorio conformado por 60 pacientes, utilizando un formulario tipo escala de Lickert, Las conclusiones a las que llegó, entre otras fueron:

“Los hallazgos de la percepción de los paciente sobre la calidad de atención de enfermería es de un 31.67% desfavorable con tendencia a la negatividad relacionado en gran parte hacia la dimensión interpersonal. El 38.33 % medianamente desfavorable con tendencia a la negatividad y en la dimensión del entorno (confort). El 28.33% medianamente desfavorable, no presentándose en esta dimensión la tendencia a lo negativo. Se evidencia que los pacientes en la mayoría perciben de forma desfavorable la atención que brinda la enfermera, pero se debe resaltar que hay un porcentaje que percibe la atención de enfermería de manera favorable, lo cual hay que reconocer e incentivar para que sea un ejemplo a seguir”. (9).

Bobadilla Marcelo, Carmen Lidia; en Lima Perú, el 2008, realizó un estudio sobre “Calidad de atención que brinda la enfermera en el servicio de Emergencia Pediátrica del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins Es Salud”. El cual tuvo como objetivo determinar la opinión del familiar sobre la calidad de atención que brinda la enfermera en el servicio de emergencia. El estudio fue de nivel aplicativo; tipo cuantitativo, método descriptivo de corte transversal. La población estuvo constituida por los familiares del paciente pediátrico, utilizando como instrumento un formulario tipo escala de Lickert, modificada Las conclusiones a las que llegó, entre otras fueron:

“La mayoría de los familiares tienen una opinión favorable a medianamente favorable relacionado a que el familiar manifiesta que la enfermera no brinda educación sobre los cuidados que debe tener frente a la enfermedad, le explica el procedimiento y el tiempo de demora, muestra seguridad frente a sus temores y preocupaciones, utiliza un lenguaje claro y sencillo, llama al niño por su nombre, muestra preocupación ante la limpieza de ambiente, así como la privacidad para la realización de un procedimiento é interés por su alimentación”.(10).

Aiquipa Mendoza, Ana Cecilia; en Lima, el 2003, realizó un estudio sobre “Calidad de atención de Enfermería según opinión de los Pacientes sometidos a Quimioterapia en la unidad de tratamiento multidisciplinario del INEN”. Los objetivos fueron: Identificar la calidad de atención según la opinión de los pacientes sometidos a quimioterapia en la unidad de tratamiento multidisciplinario UTM. La población fue de 40 pacientes. La técnica fue la encuesta. Las conclusiones fueron entre otras:

“La calidad de atención de enfermería en el servicio de UTM fue “buena”, según la opinión de los pacientes que reciben quimioterapia; en relación a la dimensión humana, dimensión oportuna y dimensión continua es “buena” ya que reciben una atención personalizada, con respeto, amabilidad y continua durante las 24 horas del día; la dimensión segura es “regular” faltándole a la enfermera brindar educación al paciente y a la familia sobre su autocuidado”.(11).

A nivel internacional

Hernández Delgado, Leticia; Salazar Gonzales, Bertha, Cruz Quevedo, Juana; en México, el 2007 realizaron un estudio sobre; “Enfermedades Crónicas: Impacto en el Espacio Movilidad Vital y Calidad de Vida del Adulto Mayor”, el cual tuvo como objetivo; conocer el efecto del número de enfermedades crónicas, síndromes geriátricos y depresión en la calidad de vida y el espacio de movilidad vital del adulto mayor. El método del estudio fue descriptivo correlacional. La población estuvo conformada por adultos mayores de 60 años de edad, que acudieron a la consulta de Geriátrica de un hospital público de tercer nivel del Estado de Nuevo León. El tamaño de la muestra de 263 adultos mayores se determinó con base en el paquete estadístico. Las conclusiones a las que se llegaron fueron:

“El estudio permitió conocer el efecto de las variables independientes en la calidad de vida y el espacio de movilidad vital. La media de edad fue de 73.48 años de escolaridad 2.64 años. El 76 % correspondió al sexo femenino .El coeficiente de correlación mostró que la calidad de vida se relacionó con: espacio de movilidad vital, síndromes geriátricos y número de enfermedades. Las enfermedades crónicas y los síndromes geriátricos influyeron la calidad de vida y el espacio de movilidad vital. Los datos indican que a mayor espacio de movilidad mejor calidad de vida y entre más síndromes geriátricos manifestados por los participantes y número de enfermedades consignadas en el expediente clínico peor calidad de vida. A mayor depresión menos calidad de vida y espacio de movilidad vital.” (12).

Por los estudios revisados se puede evidenciar, que si bien es cierto existen algunos estudios relacionados al tema, es importante realizar el trabajo en el Hospital “San Isidro Labrador” a fin de que a partir de sus hallazgos permitan formular estrategias orientadas a diseñar programas de educación para la salud dirigida a la familia del paciente adulto mayor a fin de contribuir a disminuir los riesgos de complicaciones y mejorar su calidad de vida.

F. 2. Base Teórica

Problemática del adulto mayor.

La vejez debería ser la etapa más feliz del ser humano, pues esta etapa se caracteriza por que la persona debe desarrollar al máximo el sentido de reflexión y espiritualidad, donde necesita seguir con actividad física y mental(13). El envejecer, o mejor, el poder vivir más tiempo, implica una serie de cambios psicológicos, fisiológicos y socioculturales que las personas no están preparadas a enfrentar. Estos cambios no solo suceden dentro de cada individuo sino también en las personas que están a su alrededor.

Entre los logros obtenidos en el siglo XX con los avances de la tecnología y del conocimiento científico, fue aumentar la expectativa de vida de la población, lo que trajo como consecuencia una revolución demográfica, hecho para el cual los diferentes estados no estaban preparados para asumir. Podemos decir que los países industrializados cuyo crecimiento poblacional de adultos mayores se desarrollaron en forma gradual, está en mayor capacidad de adaptarse y de ajustar los planes de acción ya proyectados para esta situación. Mientras los países que están en vía de desarrollo viven en la inmediatez, escasamente pueden afrontar su situación actual y no han contemplado las políticas necesarias para legislar, no tienen estrategias para enfrentar este nuevo y arrollador desafío y por la falta de tecnología y recursos no tienen manera de prepararse para asumir el crecimiento de una población que en el año 2025 llegará a ser cuatro veces mayor a lo esperado.(14).

En el Perú, según los resultados del XI Censo Nacional de Población 2007, la población total es de 28 millones 220 mil 764 habitantes; dentro de esta cifra, la población de 60 años y más, asciende a 2 millones 495 mil 866, representando el 9.1% de la población total. Estos datos evidencian la tendencia acelerada del aumento de la población adulta mayor. Es así que la proyección estimada para el año 2025 es del 12.5% de la población total y

para el año 2050 este grupo poblacional pueda llegar a cerca de 1900,000 millones de habitantes. Ante esta realidad, se están desarrollando mecanismos de protección a favor de los adultos mayores, estableciéndose a nivel nacional un conjunto de normas y políticas de Estado como la Ley de los Adultos Mayores Ley N° 28803, su reglamento D.S. N° 013-2006-MIMDES, y el Plan Nacional para Personas Adultas Mayores 2006 – 2010, con la finalidad de garantizar los mecanismos legales para el ejercicio pleno de los derechos reconocidos en la Constitución Política y los Tratados Internacionales vigentes que buscan mejorar la calidad de vida de este grupo poblacional, integrándolos plenamente al desarrollo social, económico, político y cultural(15).

En nuestro país, los adultos mayores no sólo constituyen uno de los sectores con mayor crecimiento poblacional, sino también el más postergado. En la cultura andina al adulto mayor se le demuestra un mayor respeto, mientras que en la citadina es un insulto que nos llamen “viejo”, porque el proceso de la globalización ha trastocado valores y conceptos, donde la juventud y el protagonismo, han postergado a este segmento poblacional a la categoría de “inhabilitados” para el sector productivo. Estas son las contradicciones de una cultura que tiene como eje la tecnología, que descarta con mayor velocidad al adulto mayor porque lo consideran una problemática y no un potencial humano, a pesar de que este sector ha crecido notablemente.(16).

Se debe procurar que el envejecimiento se de en forma saludable y en un entorno físico y social saludables. Para esto necesitamos no sólo de buenos servicios hospitalarios, sino del desarrollo de condiciones propicias para el envejecimiento. Debemos encarar aspectos relacionados con el entorno, los estilos de vida, la educación en salud, la promoción de los derechos, la organización, el autocuidado, las oportunidades de trabajo, la consejería individual y familiar, la asistencia social, la asistencia jurídica, y el voluntariado, recordando siempre que la calidad de vida de las personas adultas mayores se determina en gran medida por su capacidad para mantener su propia autonomía y su funcionalidad. (17).

El proceso de envejecimiento en el mundo es uno de los eventos más trascendentales no sólo desde el punto de vista demográfico, sino económico y social. En nuestro país, este proceso no se acompaña de un proceso de asimilación y preparación por parte de los gobiernos para hacerle frente a este reto en el corto y mediano plazo. La gente envejece con inseguridad económica, con imposibilidad de mantenerse activos laboralmente, con bajas coberturas de seguridad social y un cada vez más debilitado apoyo económico por parte de la familia. Los procesos migratorios y de urbanización acelerada -y sobre todo desordenada- producen cambios en la estructura familiar y en las redes sociales de apoyo.(18).

Morbilidad

El Ministerio de Salud en el año 2004 realizó un total de 23 347 619 atenciones por consulta externa, de las cuales 1 286 936 de atenciones correspondieron a personas adultas mayores, que representa el 5,5% del total de atenciones. Esta población en su mayoría no cuenta con algún tipo de seguro o beneficio social, como otros grupos poblacionales. Las mujeres adultas mayores representan el mayor porcentaje de registro en consulta externa 60,45% (777 969), en relación a los hombres adultos mayores que alcanzaron el 39,55% (508 967) de las atenciones en esta etapa de vida.(19).

En la atención ambulatoria de las personas adultas mayores, las principales causas de morbilidad están referidas a las enfermedades del aparato respiratorio, sistema osteomuscular y aparato digestivo. Se debe considerar que esta información estadística es referencial porque aún existe subdiagnóstico, subregistro y subnotificación de las enfermedades en este grupo poblacional. (20).

Adulto mayor. Existen varias definiciones sobre el término adulto mayor. Se dice que son aquellas personas que alcanzan una edad en la que deben abandonar formalmente el trabajo; esto hace referencia a aquella parte de la población que ha dedicado su vida a trabajar y al cabo de un tiempo debe

jubilarse. Otra es la que el gobierno determina por ley, una vez se cumplan los requisitos de edad y tiempo de trabajo; las personas que cumplen 60 años. Existe también el significado sociocultural, un sector de la población asocia al adulto mayor, así no lo sea, como una persona anciana, enferma, limitada, que ya no siente, no piensa, no sueña, no desea y solo espera la muerte.(21).

Funcionalidad del Adulto mayor.

La autonomía de una persona mayor se ve comprometida cuando las discapacidades físicas o mentales dificultan el desarrollo de las “actividades de la vida diaria básicas” (AVDB), como bañarse, comer, ir al baño y pasear por la habitación y las “actividades de la vida diaria instrumentales” (AVDI), como ir de compras y preparar la comida.(22).

En la medida de que pierden su autonomía van perdiendo también su derecho a la privacidad y a tomar decisiones. Como sostiene la OPS, el problema no es la longevidad, sino la falta de preparación de los individuos, la sociedad y el estado a asimilar ésta de manera objetiva y efectiva. Un alto porcentaje de la población tiene carencia de acceso a los servicios básicos de salud, donde las políticas orientadas al adulto mayor no son prioritarias y en general de baja calidad. El personal de salud no está preparado para atender adecuadamente a los ancianos, y en los servicios se percibe frecuentemente discriminación, negligencia o maltrato. Faltan medicamentos, tecnologías e insumos; y los servicios, principalmente de atención primaria, no están organizados para atenderlo en forma integral y menos para darles una atención diferenciada. Se debe, en síntesis, procurar que el envejecimiento se de en forma saludable y en un entorno físico y social saludables. Para esto necesitamos no sólo de buenos servicios hospitalarios, sino del desarrollo de condiciones propicias para el envejecimiento para mantener su propia autonomía y su funcionalidad.(23).

La salud de los mayores se apoya en cuatro pilares: ausencia de enfermedad, independencia física, bienestar psíquico y buena cobertura social. Para ello una herramienta útil es la valoración geriátrica global. Ésta puede definirse como; un procedimiento diagnóstico multidimensional e interdisciplinario que pretende cuantificar los problemas médicos y la capacidad funcional y psicosocial del individuo anciano con la intención de elaborar un plan integral de tratamiento y seguimiento a largo plazo (24).

La posibilidad de sufrir discapacidades importantes aumenta espectacularmente a partir de los 70-75 años. La falta de relaciones sociales constituye un factor de riesgo asociado a morbilidad e incapacidad, Las relaciones sociales pueden potenciar el estado de salud al moderar los efectos negativos de la enfermedad entre ellos, diferenciaremos soledad y aislamiento. El deterioro del estado funcional, la salud mental, el estado nutricional, los trastornos de la marcha y las caídas, las alteraciones del afecto y de la cognición, la fragilidad y la accesibilidad y utilización de servicios por los ancianos, son áreas poco conocidas y por ello no se les da la relevancia que merecen en la planeación. Tal es el caso en particular de la depresión, los padecimientos demenciales, la osteoporosis, los accidentes, las artropatías, la incontinencia urinaria y el deterioro sensorial; afecciones todas que merman considerablemente la calidad de vida y que tienen en común una repercusión desfavorable sobre la funcionalidad (25).

En un estudio realizado a nivel nacional, se encontró que la mayor parte de los pacientes tenían por principales cuidadores a sus familiares directos y de estos la mayoría eran sus hijos. No hubo relación entre el tipo de cuidador y el nivel de funcionalidad; probablemente debido a que ser "familiar directo" si bien puede implicar tener una actitud positiva hacia el adulto mayor en las áreas afectiva y social en general, no implica que puede existir cierta indiferencia hacia el cuidado directo de la salud, al no tener la capacidad o conocimientos acerca del cuidado y prevención de sus enfermedades, o considerar que la pérdida de funcionalidad es parte natural del proceso de envejecimiento.(26).

Atención integral para el adulto mayor

El Ministerio de Salud reconoce el desarrollo pleno de las capacidades y potencialidades de la persona adulta mayor para realizarse y disfrutar de un envejecimiento activo y saludable. Para lo cual, bajo el sistema de Atención Integral de Salud, cuenta con un paquete de atención del adulto mayor, en donde considera:

- La evaluación integral del adulto mayor: Identificando los factores de riesgo de enfermedades no transmisibles: neoplasias, hipertensión, diabetes, dislipidemias, depresión, osteoartritis y demencia. Factores de riesgo de enfermedades transmisibles: metaxénicas, TBC, ITS, según corresponda. Síndromes y principales problemas geriátricos (deprivación visual, auditiva, malnutrición, Incontinencia urinaria, caídas) Problemas sociales (pobreza, abandono, maltrato). Problemas odontológicos y Funcionalidad.
- Tema educativo; informar y educar en: Estilos de vida saludables (actividad física, alimentación, higiene), derechos y deberes en salud, habilidades para la vida (autoestima, buen uso del tiempo libre).
- Atención preventiva como: Vacunación antiamarílica según prioridad regional.
- Visita domiciliaria al adulto mayor postrado, con discapacidad que le impide acudir al establecimiento de salud, cuando no acude a tratamiento de daño prevalente transmisible, cuando no acude a vacunación antiamarílica según prioridad regional.
- Atención de daños considerados prioridades regionales según protocolos: donde considera: Atención o referencia de problemas odontológicos, TBC, ITS/VIH, Metaxénicas y Otros (27).

Los principios del Modelo de Atención Integral que están descritos son:

- La Integralidad
- Universalidad al acceso
- Equidad

- Calidad
- Eficiencia
- Respeto a los derechos de las personas
- Participación y promoción de la ciudadanía
- Descentralización (28).

Calidad de la atención al adulto mayor.

La calidad de la atención sociosanitaria brindada a los adultos mayores, se da en la medida que la atención necesaria se provea de forma ininterrumpida y coordinada (29). Un servicio sociosanitario que pretende ser de calidad requiere además un análisis secuencial de sus resultados y, en el caso de encontrar defectos, detectar sus causas y eliminarlas para garantizar la calidad y satisfacer los requisitos propuestos. Se debe tener en cuenta que es la cuantía de la satisfacción del usuario, entre otras cosas, un valor esencial para alcanzar una calidad de vida plena y que reviste una gran importancia para la legitimación de la política sociosanitaria que se está aplicando. Por lo tanto, el nivel de satisfacción constituye un indicador importante del desempeño global de los sistemas de salud y de atención de salud.(30).

La posibilidad de que el anciano viva independiente en la sociedad se basa en su capacidad para realizar una serie de actividades. Ya que de lo contrario deberá recibir ayuda de personas o instituciones. (31). Los cambios fisiológicos que implica el proceso de envejecimiento, generalmente generan un mayor grado de dependencia en las personas ancianas, desencadenando una serie de necesidades no cubiertas que han de ser satisfechas. La institucionalización de un anciano, es decir, su ingreso en una residencia, también se relaciona con el aumento en el grado de dependencia y la pérdida de autonomía se asocia a una peor calidad de vida (32).

Un mejor conocimiento de los factores que influyen en la pérdida de autonomía de los ancianos institucionalizados, nos permitirá a los

profesionales de Enfermería programar intervenciones de educación y promoción de la salud, prevención de la enfermedad y recuperación de la función perdida, disminuir y retrasar la dependencia de los ancianos, fomentar su autonomía y mejorar o mantener su calidad de vida. Competencias propias de la enfermera en la atención del adulto mayor. (33).

Son muchos los problemas que se presentan en la vejez en su mayoría relacionados con la salud, generalmente vinculados con estilos de vida insanos practicados desde la juventud, no son pocos los ancianos que viven con malas condiciones de vida y que no cuentan con un adecuado apoyo de la familia y la comunidad, situación que se agrava con la insuficiente disponibilidad de instituciones sociales y redes de apoyo que faciliten una calidad de vida aceptable a las personas de la tercera edad. La calidad de la atención en salud que se le brinde es de vital importancia en la calidad de vida que tengan los adultos mayores de ahí lo necesario de evaluar la calidad de la atención en salud brindada a las personas de este grupo de edad para lo que es necesario tener claro que es la calidad.(34).

La calidad de atención es el resultado de hacer bien lo correcto, mediante una atención especializada al paciente adulto mayor y su familia con un personal de enfermería competente técnicamente, comprometido con principios éticos y con respeto a la dignidad humana, y de la satisfacción razonable de las necesidades que perciben los usuarios. Para el colegio de Enfermeras del Perú, la calidad de cuidados de enfermería se considera como un trabajo endógeno, no se impone ni basta que el eje esté empeñado en ello (35).

El grado de calidad es, por consiguiente, la medida en que se espera la atención suministrada logre el equilibrio favorable, libre de riesgos y beneficios. (Dr. Avenis Donabedian 1980). Según Donabedian la calidad de los servicios sanitarios tiene tres dimensiones fundamentales:

Dimensión técnica: La calidad de atención técnica consiste en la aplicación de las ciencias y tecnologías médicas, en una forma que maximice sus beneficios para la salud sin aumentar en forma proporcional sus riesgos, en el que participen un conjunto de elementos que forma parte del proceso de prestación de servicios de salud, como la expresión de la adecuación de la asistencia que se presta, los avances científicos y la capacidad de los profesionales; la estructura física, servicios; que implica la ejecución de todos los procedimientos a través de 6 aspectos fundamentales: Eficiencia, Accesibilidad, Continuidad, Competencia Profesional y Seguridad. (36).

La eficiencia, que es la capacidad de suministrar el mayor beneficio utilizando los recursos con los que se cuenta. La accesibilidad, es el grado de facilidad que tiene el usuario para establecer una relación con los usuarios donde requiere ser atendido. La continuidad, es brindar atención de enfermería en forma ininterrumpida, las 24 horas del día. (37).

El término competencia tiene distintas acepciones y su utilización varía dependiendo de que se aluda al mundo laboral, empresarial, del derecho, de la educación o de la formación. En este ámbito, las competencias se definen como las características individuales (conocimientos, habilidades y actitudes) que permiten a una persona ejercer su actividad de forma autónoma, perfeccionar permanentemente su práctica y adaptarse a un entorno en constante mutación. La adquisición de los conocimientos, habilidades y actitudes requeridos se efectúa en el marco de una formación de una duración mínima determinada y con un contenido específico de la profesión. Las competencias adquiridas al término de la formación varían. El ejercicio de la profesión exige que el enfermero entre en un proceso de desarrollo permanente, de puesta al día personal y que tenga una capacidad de evolución a fin de poner al día sus conocimientos, de poder adoptar decisiones, e incluso, de introducir cambios en el ámbito profesional.(38).

Las actividades del enfermero responsable de cuidados generales comprenden los cuidados a niños, adolescentes, adultos y ancianos

relacionados con problemas de salud agudos o crónicos, de naturaleza somática o psíquica en el medio hospitalario y el extra-hospitalario. Un enfermero responsable de cuidados generales debe ser capaz de proteger, mantener, restablecer y promover la salud de las personas / grupos y la autonomía de sus funciones vitales físicas o psíquicas, teniendo en cuenta la personalidad humana en su faceta psicológica, social, económica y cultural, elaborar y aplicar medidas para mejorar la salud y prevenir la aparición de problemas de salud en los individuos, en las familias y comunidades, informar y educar a los pacientes, familiares, a los estudiantes y a sus colegas, planificar el trabajo, trabajar en grupo, supervisar equipos y colaborar con otras categorías de personal, así como adquirir, a partir de su ámbito profesional, un enfoque multidisciplinario e interprofesional de los problemas de salud, entre otras funciones.(39).

Dimensión Interpersonal: Se refiere a las relaciones que se muestra entre el profesional de enfermería y el paciente, así como la circulación de la información de carácter logístico y sanitario. Es decir es el grado de interacción y comunicación que se da entre la enfermera y los usuarios; Incluyendo las relaciones interpersonales, es decir las oportunidades de interacción e intercambio de mensajes, donde exista una actitud abierta y sensible por parte del prestador del servicio, un trato digno y con respeto, empatía, cordialidad, claridad en el lenguaje y veracidad en la información que brinde, influyendo determinantemente en la satisfacción del paciente.(40). A la enfermera se le ve como un ser angelical que reparte dones a su paso, como la asistente del médico o como aquella persona que entre otras cosas, baña a los pacientes. Sin embargo, para ejecutar el cuidado, su objeto de conocimiento y razón de ser, requiere de una formación científica, tecnológica y humanística que le permita, en su interacción con los pacientes, realizar acciones que exigen la participación de ambos. La enfermería es una relación humana entre un enfermo y una enfermera que posee una formación especializada, para reconocer y responder a la necesidad de ayuda; de esta relación surge frecuentemente, el esclarecimiento del problema del paciente.(41).

El desarrollo de la enfermería, como una ciencia eminentemente social, ha surgido justamente de las interacciones personales entre enfermeras y pacientes; cada una de las teorías de la disciplina enfermera ha trascendido esta relación por diversos intereses, así, aunque cada teórica propone acercamientos al paciente desde diferentes áreas del ser humano y que en la práctica diaria cada enfermera lo realiza, la propuesta teórica de Hildegard E. Peplau sugiere postulados claros para orientar esta relación. A Peplau le interesa principalmente, delinear las tareas psicológicas que se desarrollan en situaciones interpersonales, particularmente la relación enfermera-paciente. El alcance de la enfermería depende de la capacidad de la enfermera para reconocer las dificultades que plantean las relaciones con las personas y de la habilidad que logre para ayudarlas a resolver sus dificultades, de tal manera que puedan desarrollar nuevas facultades para afrontar problemas recurrentes; al llegar a este punto, ella considera que el paciente está maduro y es capaz de comprender su situación (42).

Peplau describe y analiza cuatro fases en la relación enfermera - paciente: En la fase de *orientación*, el paciente busca ayuda como consecuencia de su enfermedad y en la interacción con la enfermera, puede encontrar alternativas para la adaptación. En la fase de *identificación*, el paciente cree conocer lo que le ofrece la situación y responde selectivamente a quienes le brindan ayuda. En la fase de *exploración*, intenta de diversas formas sacar partido a la relación y explorar los bienes y servicios existentes a su disposición. Para la fase de *resolución*, tan pronto como se satisfacen por completo las antiguas necesidades, el paciente las pospone gradualmente. También propone seis roles en las relaciones interpersonales: de extraño, de persona recurso, educativo, de líder, de sustituta y de asesora. Cada uno de ellos cumple su función para que en las experiencias psicobiológicas del paciente se puedan intervenir las necesidades insatisfechas, las frustraciones u obstáculos frente a las metas, los conflictos relacionados con las decisiones difíciles y la ansiedad que expresa un malestar inexplicable. (43).

La dimensión simbólica del conocimiento personal es experimentar apertura a la vida y al ser. El ser no se puede describir o expresar de una forma diferente a ser sí mismo. Lo que otros perciben es la personalidad o existencia de la persona, La apreciación anterior es muy importante en la relación de la enfermera con el paciente que tiene interferencias para la comunicación. Los conocimientos de enfermería deben conducir el cuidado hacia la solución de problemas; pero para ello, la enfermera requiere habilidad en la identificación de éstos, destreza que se demuestra en poder ir mas allá de la historia clínica, de los medicamentos, de los monitores y de los tubos que rodean al paciente; es poder descubrir en una mirada, en un gesto o en un movimiento, la expresión trascendente del paciente que se cuida. Quizás si tan sólo nos detuviéramos a mirar con atención al paciente, si deliberadamente planeáramos el contacto sensorial, podríamos descubrir que aún en su estado de inconsciencia o de incomunicación, mantiene su individualidad. Las relaciones interpersonales en enfermería, ya no deben considerarse "dentro de la serie de dones innatos". La relación con el paciente es el eje de los cuidados y exige tanto la formación fundamentada científicamente, como la sabiduría del profesional experto que domina la ciencia y el arte del cuidado.(44).

Relación enfermera – paciente: Se establecen tres niveles en la relación enfermera paciente y estos son: La enfermera como sustituta del paciente: este se da siempre que el paciente tenga una enfermedad grave, aquí la enfermera es un sustituto de las carencias del paciente debido a su falta de fortaleza física, voluntad o conocimiento, La enfermera como auxiliar del paciente: durante los periodos de convalecencia la enfermera ayuda al paciente para que recupere su independencia, La enfermera como compañera del paciente: la enfermera supervisa y educa al paciente pero es él quien realiza su propio cuidado.(45).

Dimensión Confort. El componente del entorno (confort): esta dado por las condiciones de comodidad que se ofrecen en un establecimiento de salud, es el conjunto de cosas y circunstancias que permiten al paciente sentirse a

gusto, como: el orden, la ventilación e iluminación, el suministro adecuado de alimentos y el cuidado de la privacidad en los servicios públicos adecuados. La comodidad se relaciona con el confort que ofrece la estructura física del establecimiento de salud, aspectos visuales como la limpieza, la señalización de los servicios, el uniforme del personal de salud, la privacidad del ambiente, la no presencia de gente ajena en la consulta, la ausencia de contradicciones de opinión médica.(46).

El fundamento de la teoría de Nightingale es el entorno: todas las condiciones y las fuerzas externas que influyen en la vida y el desarrollo de un organismo. Nightingale describe cinco componentes principales de un entorno positivo o saludable: ventilación adecuada, luz adecuada, calor suficiente, control de los efluvios y control del ruido. Para Nightingale el entorno físico está constituido por los elementos físicos en los que el paciente es tratado, tales como la ventilación, temperatura, higiene, luz, ruido y la eliminación. Para Nightingale el entorno psicológico puede verse afectado negativamente por el estrés y según Nightingale el entorno social que comprende el aire limpio, el agua y la eliminación adecuada implica la recogida de datos sobre la enfermedad y la prevención de la misma.(47).

Calidad Según Leonardo Strejilevich; Cuando hablamos de calidad nos referimos a calidad técnica, calidad interpersonal, calidad individual y calidad social y a las relaciones entre cantidad y calidad y entre beneficios y riesgos. La calidad de la atención fue también definida como el "grado en el cual los servicios de salud para individuos y población mejoran la posibilidad de lograr los resultados deseados en salud y son congruentes con los conocimientos profesionales actuales" esto involucra el buen desempeño profesional; el uso eficiente de los recursos; garantizar el mínimo de daños y lograr la satisfacción del paciente y los familiares y, obviamente, el estudio permanente y la actualización de las variables de estructura, de proceso y de resultados.(48).

El profesor de origen Libanés Avedis Donabedian en 1996, Una de las máximas autoridades en este campo, efectuó una de las definiciones más aceptadas, aplicada específicamente a los servicios de salud, una división clásica de los indicadores que define la calidad de la atención como el tipo de atención que se espera, que va a maximizar el bienestar del paciente, una vez que se ha tomado en cuenta el balance de las ganancias y las pérdidas, que se relacionan con todas las partes del proceso de atención, clasificando los indicadores en estructura, de proceso y resultado: Indicador de estructura está referido a todos los atributos materiales y organizacionales relativamente estables, así como los recursos humanos y financieros disponibles. Indicador de proceso: visto en los que los médicos y proveedores son capaces de hacer por el paciente y de la interrelación con la actividad de apoyo diagnosticadas, además de las actitudes, habilidades, destreza y técnicas con que lo llevan a cabo, incluidos lo que los pacientes son capaces de hacer por sí mismos. Indicador de resultado: referido a la variación de los niveles de salud y satisfacción recibida, otorgado a esto último una importancia mayor dado la necesidad cada vez más creciente de satisfacer las expectativas del usuario brindándole un servicio de mayor calidad. (49).

Donabedian describe que los servicios de salud, al estudiarlos en los tres niveles: Estructura, Proceso y Resultado; a su vez hay que relacionarlos con tres dimensiones: Técnica, Interpersonal y Confort, los tres componentes fundamentales interactúan en la prestación de servicios de salud: (50).

La dimensión técnica representada por la propia acción de enfermería, es la aplicación y adecuación de los procedimientos con la aplicación científica y tecnológica en la prestación del servicio, caracterizado por el uso de recursos, la cual puede ser estandarizada y monitorizada como un indicador de calidad, a través de la planificación de los cuidados, los registros de enfermería, la prestación de cuidados, la continuidad de la atención y la realización de protocolos y procedimientos. El proceso de enfermería ha sido aceptado como el marco de la práctica de enfermería, contiene las normas de calidad, garantizando mediante este proceso cuidados de enfermería idóneos. Como

todo método, configura un número de pasos sucesivos que se relacionan entre sí y cuyo objetivo principal es constituir una estructura que pueda cubrir las necesidades individuales reales o potenciales del paciente, la familia y la comunidad.. Podemos considerar dentro de esta dimensión a los siguientes aspectos fundamentales: Competencia, habilidades, eficiencia y seguridad.(51).

La relación interpersonal Es respetar al paciente como ser humano integral para lograr la satisfacción plena. Este aspecto de la calidad pone de manifiesto la habilidad para establecer relaciones interpersonales positivas y la actitud de los prestadores de servicios. Para su evaluación influye: La presentación del personal de enfermería, el establecimiento de una relación empática que refleje interés por ayudar al paciente a recuperar la salud; la amabilidad y la prontitud con que se le otorgue el servicio.(52).

La calidad de la atención interpersonal debe incluir: Atención oportuna que se define como brindar atención al paciente en el momento que lo solicite, y de conformidad con su tratamiento. El trato amable que es establecer una relación de empatía con el paciente y la comunicación. La satisfacción del paciente se ha definido como la percepción que tiene éste de la atención que recibe e incluye: atención oportuna, amabilidad en el trato y comunicación (53).

La dimensión confort, representa las condiciones de comodidad o bienestar que se tienen durante el proceso de la atención. Consiste en determinar el lugar físico en el que se proporciona el servicio, incluye las condiciones físicas como: limpieza, iluminación y privacidad. (54).

Atención de Enfermería al Adulto mayor.

El estudio de la contribución de enfermería al cuidado del anciano se inicia desde los postulados teóricos de la disciplina, más concretamente desde los tres paradigmas enfermeros, a saber: p. de la categorización, p. de la

integración y p. de la transformación. Los cuidados de enfermería se dirigen tanto al anciano sano como al enfermo. Ello responde al hecho de que el paradigma de la categorización para el que la salud es sinónimo de ausencia de enfermedad es abandonado y el quehacer de la enfermera se orienta hacia una concepción de salud y enfermedad como dos entidades distintas que coexisten y se encuentran en interacción dinámica (paradigma de la integración) o, hacia la inspirada desde el paradigma de la transformación que concibe la salud como una experiencia que considera al ser humano y su entorno como unidad global(55). El proceso de formación de habilidades en enfermería geriátrica, no es sencillo, pues depende de un número de factores entre los cuales se halla el tipo o naturaleza de la misma y las condiciones en que se desarrollan, así como las características de los alumnos que por experiencias personales difieren de las exigencias de la universidad actual. (56). El número creciente de personas de edad avanzada en la población mundial, como consecuencia del desarrollo socioeconómico en general y el desarrollo de las ciencias en particular, hace que los problemas relacionados con la senectud se conviertan en un importante aspecto de los sistemas de salud por lo que conservar el adecuado estado físico y mental de este grupo de edad pasa a ser una necesidad imperiosa para el personal de enfermería. (57).

La mayor parte de los autores consideran dos sistemas en la atención al anciano: la red formal y la red informal. Cantor es de los pocos autores que identifica cuatro actores: el anciano, a quien sitúa en el centro del sistema y considera corresponsable en su cuidado, la red informal (familia y vecinos), caracterizada por su tamaño reducido, su afecto y su compromiso para el bienestar de cada uno de sus miembros, la red formal, integrada por los profesionales de servicios sanitarios y sociales que actúan en apoyo del anciano y de sus cuidadores, y por último; los recursos comunitarios, poco desarrollados y poco demandados en la actualidad en nuestro país pero que pueden cobrar importancia en el futuro. La enfermera desarrolla su trabajo desde el equipo sanitario integrado en la red formal. (58).

El paradigma de la categorización ha inspirado una orientación centrada en la enfermedad y estrechamente unida a la práctica médica. Según esta orientación, la persona es considerada un todo formado por la suma de sus partes, cada parte es reconocible e independiente. El cuidado está enfocado hacia los problemas, los déficits o la incapacidad de la persona según un modelo biomédico, siendo su consecuencia la fragmentación de los cuidados en numerosas tareas. Una enfermera participa en la higiene del anciano, otra distribuye medicamentos, otra hace curas. La enfermera es el experto y sus intervenciones son sinónimo de "hacer para" la persona, a quien la percibe "bajo" sus cuidados y los de otros profesionales. La relación de desigualdad enfermera anciano es evidente. (59).

El paradigma denominado de la transformación o de la apertura hacia el mundo puede constituir una orientación futura en la asistencia al anciano dado que supone un cambio de mentalidad tanto en los profesionales como en los ancianos e incluso en el resto de miembros de la sociedad. La persona es considerada como ser único cuyas múltiples dimensiones forman una unidad indisociable de su universo. Un principio esencial de este enfoque es la participación de los ancianos y el resto de miembros de la comunidad en las actividades de planificación, realización y evaluación del proyecto sanitario dirigido al anciano. El profesional trabaja desde una relación de igualdad con personas cuyos valores y prioridades a veces son diferentes a los suyos. Según Pelland esto exige espíritu abierto, tolerancia, capacidad de negociar, apertura al compromiso y apreciación de la diversidad. Los aspectos humanísticos y filosóficos del cuidado, o la parte invisible del cuidado, cobran importancia. Los cuidados enfermeros se dirigen al bienestar tal como la persona lo define y están basados en el reconocimiento de sus valores culturales, de sus creencias y de sus convicciones. Intervenir significa "estar con" el anciano. La enfermera y el anciano son compañeros en un cuidado individualizado. Las intervenciones de la enfermera se dirigen hacia la asistencia, soporte o facilitación de acciones del anciano y su familia con el objetivo de mejorar o mantener la forma de vivir o de afrontar la muerte. Muchas veces resulta difícil precisar en qué ha consistido nuestro cuidado

pues no ha mediado ninguna prueba diagnóstica o aplicación de tratamiento tangible. Sin embargo, la escucha activa, preocuparse de alguien, creer en alguien, reforzar sus capacidades, permitirle recobrar la esperanza o acompañarle en su camino estando presente, también es cuidado aunque este sea invisible (60).

Históricamente el profesional de la salud ocupa un alto nivel de estima, dentro de la sociedad. Su relación con el paciente y la familia es tan íntima que, en ocasiones llega a ser su confesor, su consejero. La sociedad tiene una expectativa de conducta precisa y un nivel de exigencia mucho más alto en el profesional de la salud que en cualquier otra actividad profesional. Por eso cuando existe un error en la ética profesional de este sector, se produce un alto grado de insatisfacción en el pueblo. Los profesionales vinculados a la atención al adulto mayor deben conocer y manejar estos temas y mantenerse actualizados en materia de ética social y legal por la alta frecuencia con que se presentan problemas en este grupo poblacional. Al mismo tiempo son los adultos mayores los que con mayor frecuencia utilizan los servicios de salud y los servicios sociales, por presentar mayor fragilidad, comorbilidad y discapacidad. (61).

En lo que se refiere a la interacción con el familiar cuidador, la enfermera debe tener en cuenta que; el cuidar tiene también consecuencias para quien lo hace, el cuidador invierte una dosis en mayor o menor medida de recursos emotivos y físicos en la persona que cuidan. La ansiedad que en gran parte de los casos suele ir asociada al estrés, puede aparecer con frecuencia en el ámbito laboral, este estrés es de tipo organizacional, crónico y cotidiano, aparece generalmente en los trabajadores asistenciales: médicos, enfermeras, profesores, terapeutas, cuidadores y surge en situaciones que exigen entrega en situaciones emocionales de alta demanda, causa detrimento psicológico y es el principal componente de una moral baja o ausentismo, se desarrolla entonces un auto concepto negativo y actitudes igualmente negativas, Este estrés negativo, puede también afectar al familiar cuidador y es el resultante de la influencia de agentes del entorno social, del

marco laboral y de las características personales, para evitar o tratar la sintomatología del cuidador, lo más importante es la educación e información continua al cuidador, programar el trabajo, el auto cuidado, grupos de apoyo, programas psico educativos, intervención familiar, programas de intervención clínica, apoyo emocional, información sobre el proceso de envejecimiento, promover, reforzar y/o actualizar habilidades instrumentales.(62).

Familiar Cuidador del Adulto mayor

Aquella persona que asiste o cuida a un familiar adulto mayor afectado de cualquier tipo de discapacidad, minusvalía o incapacidad que le dificulta o impide el desarrollo normal de sus actividades vitales o de sus relaciones sociales, Idealmente, los cuidadores formales de ancianos son personas capacitadas a través de cursos teórico-empíricos de formación para otorgar atención preventiva, asistencial y educativa al senecto. (63).

Los cuidadores familiares de personas mayores dependientes son aquellas personas que, por diferentes motivos, coinciden en la labor a la que dedican gran parte de su tiempo y esfuerzo: para permitir que otras personas puedan desenvolverse en su vida diaria, ayudándolas a adaptarse a las limitaciones que su discapacidad funcional les impone. (64).

En cada familia suele haber un cuidador principal que responde a las circunstancias de cada familia, sin que se haya llegado a ello por un acuerdo explícito entre los miembros de la familia, en la mayoría de las familias es una única persona la que asume la mayor parte de la responsabilidad de los cuidados. La mayor parte de estos cuidadores principales son mujeres: esposas, hijas y nueras. Una de las principales razones de que la mayoría de los cuidadores sean mujeres es que, a través de la educación recibida y los mensajes que transmite la sociedad, se favorece la concepción de que la mujer está mejor preparada que el hombre para el cuidado, ya que tiene más capacidad de abnegación, de sufrimiento y es más voluntariosa. Los cuidadores tienen derecho a consultar con los profesionales de la salud

(médicos, enfermeras) y de los servicios sociales las dudas y cuestiones relacionadas con el cuidado. Los profesionales de la salud deben ofrecer información de calidad acerca de las características de los problemas de salud que padecen las personas mayores dependientes, así como de los cuidados que precisa y la mejor forma de proporcionárselos. (65).

Actualmente es cada vez más difícil para la familia cuidar a sus miembros enfermos debido, entre otras razones, a las dificultades económicas y a los cambios en la estructura familiar. Por tanto, el equipo de salud debe convertirse en un componente clave de la red de apoyo social de la persona enferma y su familia para afrontar la crisis generada por la enfermedad.

Diversos estudios han demostrado que es muy importante apoyar al cuidador familiar en su tarea, particularmente en el cuidado cotidiano de la persona enferma. Para ello es necesario: proporcionarle información sobre las necesidades particulares del enfermo, ayudarle a desarrollar habilidades para el cuidado físico y apoyarle en la búsqueda de estrategias para compartir el cuidado del enfermo con otros miembros de la familia. (66).

Cuidar es una actividad que muchas personas realizan, la experiencia de cuidar es única, ya que existen distintos aspectos que hacen que esta experiencia sea diferente en cada cuidador. Se debe tener en cuenta, entre otras cosas, la opinión que él tenga de los servicios que recibe el paciente pues tiene gran importancia para la legitimación de la política sociosanitaria que se está aplicando. Por lo tanto, el nivel de satisfacción que expresen constituye un indicador importante. (67).

A partir de esta definición general de cuidadores, se impone la diferenciación de los cuidadores directos, en *cuidadores informales (Cuidador principal y secundario) y formales*.

Cuidador informal: Son aquellas personas que forman parte del entorno familiar y colaboran en mayor o menor medida en la atención al enfermo. El

apoyo informal es brindado principalmente por familiares, participando también amigos y vecinos. Dentro de este tipo está el cuidador principal, por lo general desempeñado por el cónyuge o familiar femenino más próximo. A diferencia de los cuidadores primarios o principales, los secundarios no tienen la responsabilidad principal del cuidado de los ancianos. Es muy importante el proceso de adquisición del papel del cuidador informal, ya que influirá en la manera posterior de cuidar y de cómo se sentirá el propio cuidador llevando a cabo la tarea.

Cuidador formal: Es aquella persona o personas con una formación adecuada para cuidar al enfermo y que cobran una remuneración por hacerlo.(68).

Opinión del familiar sobre la calidad de atención

Uno de los modos de mejorar la calidad de los servicios de salud se da al atender las quejas o sugerencias expresadas por el usuario o su familia. Tomando en cuenta que la calidad de los servicios es una variable estratégica esencial y una fuente competitiva dentro del mercado ya sea privado o público. El servicio en sí mismo es un valor y el personal de salud, surge como una herramienta primordial para lograr la satisfacción del usuario y obtener lealtad. Se hace necesario conocer lo que piensa el usuario acerca del servicio prestado que permita a los administradores o gerentes de servicios tomar decisiones, que sostengan la calidad de los servicios para la elaboración de estrategias futuras y al mismo tiempo considerar las repercusiones de la mismas, en el bienestar de la salud del usuario en relación a las demandas de los servicios de salud. En tal sentido, la Opinión que es una manifestación de un fenómeno psicobiológico y social que tiene relación con los estímulos del medio y de quien recibe el estímulo, también está subordinada a numerosos factores como: valores morales, culturales, características personales, retribuciones esperadas, e información recogida. Estos elementos condicionan que, la satisfacción sea diferente para distintas personas y para la misma persona en diferentes circunstancias. (69).

La calidad de la atención es un componente prioritario y requiere de especial interés, principalmente en los aspectos relacionados con la opinión del usuario, los cuales han sido considerados como una responsabilidad propia del paciente, dejando prácticamente de considerar la importancia de las actitudes, prácticas y responsabilidades que son propias de los usuarios y la comunidad.(70).

El familiar del paciente geriátrico espera de la enfermera un trato adecuado; como el llamar al paciente por su nombre e intentar establecer una relación profesional, esta integración tiene como meta principal la creación de un ambiente de colaboración entre enfermera y familia, en el cual ambos lados puedan establecer confianza mutua, comunicación afectiva y cooperación que vayan al encuentro de las demandas del cuidado de la salud. Los procesos internos de la familia pueden ser fuente de riesgo y protección para el individuo enfermo. Procesos familiares como los conflictos intra-familiares, el criticismo y la culpa son riesgos que pueden empeorar el curso de la enfermedad mientras que la cercanía y la unidad, las relaciones familiares de apoyo mutuo y las destrezas de la familia en el cuidado del enfermo son factores de protección para la salud de la persona enferma. Aspectos externos a la familia también influyen en el pronóstico y cuidado de la enfermedad; el estrés externo y la falta de apoyo extra-familiar pueden deteriorar los esfuerzos de la familia para proporcionar un cuidado continuo a la persona enferma. Un factor importante en el apoyo a las familias es el sistema de salud. Mientras que en los países desarrollados hay una cantidad significativa de referencias sobre la interacción entre la familia y el sistema de salud, éstas son muy escasas en los países en desarrollo. La revisión de la literatura indica que en muchas partes del mundo en desarrollo, la percepción de la calidad del cuidado es un aspecto que influye considerablemente en la decisión de las personas de consultar los servicios de salud. En los países en desarrollo, los servicios de salud de calidad deficiente, la falta de accesibilidad física y las barreras culturales influyen en la baja utilización de los servicios de salud. La manera como el paciente y la familia esperan ser tratados por los proveedores del cuidado y el personal administrativo de las instituciones de

salud es un componente importante de la satisfacción con la calidad del cuidado que recibe el familiar enfermo.(71).

G. DEFINICIÓN OPERACIONAL DE TÉRMINOS

A continuación se exponen algunos términos a fin de facilitar su comprensión. Así tenemos:

Opinión del familiar sobre la calidad de atención de la enfermera,: Son todas aquellas respuestas expresadas por el familiar que participa en el cuidado del adulto mayor hospitalizado, sobre la impresión que tiene del cuidado que realiza la enfermera al paciente adulto mayor. El cual se obtuvo a través de la escala modificada de Lickert y se valoró en favorable, medianamente favorable y desfavorable.

Familiar Cuidador del Adulto mayor. Es aquella persona de sexo femenino o masculino, que acompaña y participa en los cuidados al paciente adulto mayor, hospitalizado y tiene un vínculo afectivo y/o grado de compromiso hacia el cuidado durante las 24 horas del día, colaborando en la alimentación, baño, cambio de posición, ayudando a utilizar el baño y supervisando la toma de medicamentos, entre otras actividades.

CAPÍTULO II

MATERIAL Y MÉTODO

A. NIVEL, TIPO Y MÉTODO

El estudio fue de nivel aplicativo, tipo cuantitativo, método descriptivo de corte transversal, ya que permitió presentar la información tal y como se obtuvo en un tiempo y espacio determinado.

B. DESCRIPCIÓN DEL ÁREA DE ESTUDIO

El estudio se realizó en el Servicio de hospitalización, del Hospital Geriátrico “San Isidro Labrador”, ubicado en el Km. 3 de la Carretera Central Santa Anita en la Ciudad de Lima cuyos límites son dos distritos: Lima y Ate Vitarte. Consta de 4 pisos, en el 1er piso se encuentra el Servicio de Consultorios Externos, Área administrativa, Área de Diagnóstico por imágenes y Farmacia. En el 2do piso se encuentran los Servicios de Hospitalización, Unidad de Vigilancia Intensiva, Cuidados Intermedios, Triage y Emergencia, en el 3er piso se encuentran las Salas de Hospitalización y el servicio del Programa de Familiar Acompañante. En el 4to piso la Sala de Hospitalización General y Pacientes Diabéticos, Central de Esterilización. Cuenta con personal capacitado y especialista, el horario de atención es durante las 24 horas del día, en los servicios de emergencia y hospitalización y de 12 horas en Consultorios Externos. El horario de visita es de 2 a 6 pm. todos los días, incluso domingos y feriados.

El número de camas está conformada de la siguiente manera: El segundo piso con 58 camas, el tercer piso con 60 camas y el cuarto piso con 60 camas, haciendo un total de 178 camas.

C. POBLACIÓN

La población estuvo conformada por todos los familiares de los pacientes adultos mayores que se encontraron hospitalizados en el Hospital Geriátrico “San Isidro Labrador” durante el mes de julio - Agosto del 2010.

Dentro de los criterios de inclusión tenemos:

- Todos los familiares directos que tienen vínculo sanguíneo (hijos, nietos, hermanos, primos, sobrinos y cónyuge) mayores de 18 años, de ambos sexos, que hagan labor de acompañante o cuidador y que permanezcan con el paciente durante su hospitalización, en el segundo piso Hospital Geriátrico “San Isidro Labrador”.
- Familiares que acepten participar en el estudio previa firma del consentimiento informado.

Los Criterios de Exclusión fueron:

- Familiares que no realicen labor de cuidador o acompañante
- Familiares que no completen el instrumento.

D. TÉCNICA E INSTRUMENTO

La técnica que se utilizó fue la encuesta y el instrumento un formulario tipo Escala de Lickert, modificada, el cual consta de presentación, instrucción, datos generales y datos específicos. (Anexo C). El mismo que fue sometido a validez de contenido y constructo a través de Juicio de Expertos (8), y presentado en la tabla de concordancia y prueba binomial. (Anexo E) Posterior a ello se llevó a cabo la prueba piloto a fin de determinar la validez estadística mediante la prueba ítem-test, coeficiente de correlación de Pearson (Anexo H) y la prueba de α Crombach.(Anexo I).

E. PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Para la implementación del estudio se realizó el trámite administrativo a través de una carta dirigida a la Directora del Hospital Geriátrico “San Isidro Labrador” a fin de obtener las facilidades para la autorización y ejecución del estudio. Luego se realizaron las coordinaciones con las autoridades de la Unidad de Investigación del establecimiento, así como con las jefaturas de las diversas dependencias del personal de salud, para establecer el cronograma de recolección de datos considerando aproximadamente de 20 a 30 minutos para la aplicación al sujeto de estudio previo consentimiento informado, el cual se llevó a cabo en el mes de Julio y Agosto del 2010.

F. PROCEDIMIENTO DE PROCESAMIENTO, PRESENTACION, ANALISIS E INTERPRETACION DE DATOS

Luego de la recolección de datos; éstos fueron procesados utilizando el programa Excel previa elaboración de la tabla de códigos y tabla matriz. (Anexo E y F). Los resultados fueron presentados en gráficos y/o tablas para su análisis e interpretación de datos considerando el marco teórico.

Para la medición de la variable se utilizó la escala de Stanones, y se valoró en favorable, medianamente favorable y desfavorable. (Anexo K).

G. CONSIDERACIONES ÉTICAS

Para la ejecución de estudio se tuvo en cuenta la autorización de la institución y el consentimiento informado del familiar del adulto mayor sujeto de estudio (Anexo D). Se tuvieron en consideración los principios éticos, el respeto a la autonomía, así como la confidencialidad y privacidad de la información mediante el anonimato.

CAPITULO III

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

Luego de recolectado los datos, éstos fueron procesados y presentados en tablas y gráficos para su respectivo análisis e interpretación de acuerdo al marco teórico. Así tenemos:

A. DATOS GENERALES.

En cuanto a los datos generales del 100% (70), 56% (39) son mujeres y 44% (31) son varones. (Anexo L). 57% (40) tienen entre 31-59 y 23% (16) más de 60 años. (Anexo K). Acerca del grado de instrucción 54% (38) han cursado estudios de nivel secundario y 33% (23) estudios de nivel superior. (Anexo M), 58.6% (41) tiene un tiempo de hospitalización de 3-4 semanas. (Anexo N).

En cada familia suele haber un cuidador principal que responde a las circunstancias de cada familia, sin que se haya llegado a ello por un acuerdo explícito entre los miembros de la familia, en la mayoría de las familias es una única persona la que asume la mayor parte de la responsabilidad de los cuidados. La mayor parte de estos cuidadores principales son mujeres: esposas, hijas y nueras. Una de las principales razones de que la mayoría de los cuidadores sean mujeres es que, a través de la educación recibida y los mensajes que transmite la sociedad, se favorece la concepción de que la mujer está mejor preparada que el hombre para el cuidado.

Por lo que se puede evidenciar que la mayoría de los familiares de los pacientes hospitalizados son de sexo femenino; tienen entre 31 a 59 años, es decir son adultas jóvenes y maduras; tienen estudios secundarios y los pacientes tienen de 3 a 4 semanas de hospitalización.

B. DATOS ESPECÍFICOS

Respecto a la opinión de los familiares sobre la calidad de atención que brindan las enfermeras a los pacientes adultos mayores en el servicio de hospitalización del 100 % (70), 60% (42) tienen una opinión favorable, 21% (15) medianamente favorable y 19% (13) desfavorable, (Gráfico N.1). Los aspectos referidos a favorable, está dado cuando la enfermera escucha los problemas y necesidades que manifiesta el paciente, atiende al familiar con cordialidad, les habla con un tono de voz suave y se preocupa por proporcionar al paciente los aditamentos necesarios para evitar las escaras; lo medianamente favorable, se da cuando la enfermera orienta a los familiares sobre los cuidados a tener ante la enfermedad del paciente, realiza el baño e higiene al paciente que no lo puede realizar por sí solo y es afectuosa al interactuar con él, y lo desfavorable cuando la enfermera no se presenta con su nombre cuando atiende al paciente, no lo identifica por su nombre, no acude al llamado del paciente con rapidez, no acompaña al paciente durante el proceso de alta y no está pendiente de que la habitación se encuentre limpia. (Anexo R,S,T)

La calidad de atención es el resultado de hacer bien lo correcto, mediante una atención especializada al paciente adulto mayor y su familia con un personal de enfermería competente técnicamente, comprometido con principios éticos y con respeto a la dignidad humana, y de la satisfacción razonable de las necesidades que perciben los usuarios. Donabedian describe que los servicios de salud, al estudiarlos en los tres niveles: Estructura, Proceso y Resultado; a su vez hay que relacionarlos con tres dimensiones: Técnica, Interpersonal y Confort (72).

El familiar del paciente geriátrico espera de la enfermera un trato adecuado; como el llamar al paciente por su nombre e intentar establecer una relación profesional, esta integración tiene como meta principal la creación de un ambiente de colaboración entre enfermera y familia, en el cual ambos lados puedan establecer confianza mutua, comunicación afectiva y cooperación que vayan al encuentro de las demandas del cuidado de la salud.

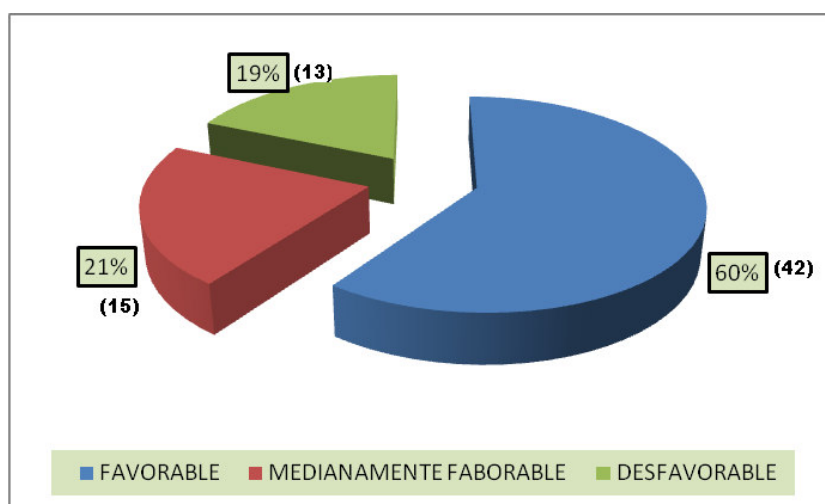
Angela Quispe Ninantay en su estudio concluyó que la “opinión de la mayoría de los pacientes sobre la calidad de atención es medianamente favorable”(73). Carmen Bobadilla Marcelo, en Lima Perú, el 2008, en su estudio concluyó que “la mayoría de los familiares tienen una opinión favorable a medianamente favorable”.(74).

Por lo que se deduce que un porcentaje significativo (40%) de los familiares del paciente geriátrico tienen una opinión medianamente favorable a desfavorable, referido a que la enfermera no siempre le brinda educación sobre los cuidados que debe tener frente a la enfermedad del paciente, realiza el baño e higiene del paciente que no lo puede realizar por sí sólo, es afectuosa al interactuar con el paciente, se preocupa por la dieta del paciente, le proporciona privacidad para la realización de un procedimiento, lo desfavorable está dado por que el familiar manifiesta que la enfermera no se presenta con su nombre cuando atiende al paciente, no identifica al paciente por su nombre y no muestra preocupación ante la limpieza del ambiente. y un porcentaje considerable (60%) de los familiares del paciente geriátrico tienen una opinión favorable referido a que la enfermera realiza actividades dirigidas a los familiares de los pacientes, escucha ante los problemas y necesidades que manifiestan los pacientes y que el familiar recurriría a la enfermera para expresarle sus temores y preocupaciones, sobre la situación de salud de su familiar, atiende al familiar con cordialidad, el tono de voz que usa es suave y se preocupa por proporcionarle una cama con barandas y los aditamentos necesarios para evitar escaras, así como la privacidad para la realización de un procedimiento, lo cual puede repercutir en la calidad de atención del paciente geriátrico.

Acerca de la opinión de familiares de los pacientes adultos mayores hospitalizados sobre la calidad atención de la enfermera en la dimensión técnica, del 100% (70), 16 % (11) tienen una opinión favorable, 71% (50) medianamente favorable, y 13% (9) desfavorable (Gráfico N° 2). Los aspectos

GRAFICO N° 1

OPINIÓN DE LOS FAMILIARES DE PACIENTES ADULTOS MAYORES SOBRE LA CALIDAD DE ATENCIÓN DE LA ENFERMERA DEL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN DEL HOSPITAL GERIÁTRICO “SAN ISIDRO LABRADOR” LIMA-PERU 2010



Fuente: Instrumento aplicado al familiar del paciente del Servicio de Hospitalización – HGSIL 2010

referido a la opinión medianamente favorable, están dados por que la enfermera le orienta sobre los cuidados que debe tener ante la enfermedad de su familiar, le realiza el baño e higiene al paciente que no lo puede realizar por sí solo y acude al llamado del paciente con rapidez. Le orienta al familiar sobre los cuidados que debe tener ante la enfermedad de su paciente, la enfermera muestra interés por los problemas del paciente, lo desfavorable está dado por que la enfermera no siempre le orienta acerca de las normas de la institución al ingreso de su familiar, resuelve los problemas expresados, lo visita preguntándole si tiene alguna necesidad y/o molestia, acude al llamado del paciente con rapidez, y no identifica al paciente hospitalizado por su nombre y lo favorable está dado por que la enfermera realiza actividades

dirigidas a los familiares de los pacientes y la enfermera escucha ante los problemas y necesidades que manifiesta el paciente.(Anexo R).

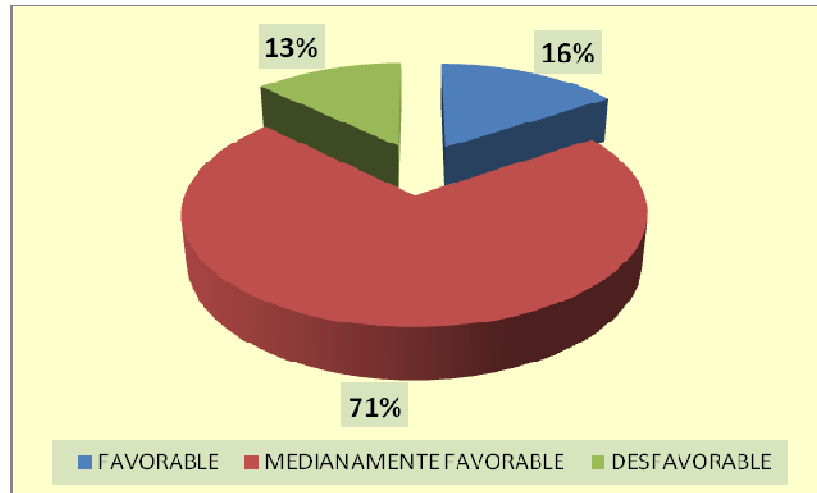
La calidad de atención técnica consiste en la aplicación de las ciencias y tecnologías médicas, en una forma que maximice sus beneficios para la sal sin aumentar en forma proporcional sus riesgos, en el que participan un conjunto de elementos que forma parte del proceso de prestación de servicios de salud, como la expresión de la adecuación de la asistencia que se presta, los avances científicos y la capacidad de los profesionales; la estructura física, servicios; que implica la ejecución de todos los procedimientos a través de 6 aspectos fundamentales: Eficiencia, Accesibilidad, Continuidad, Competencia Profesional y Seguridad. (75).

Carmen Bobadilla en su estudio concluyó que “la opinión de la mayoría de los familiares sobre la calidad de atención de la enfermera en la dimensión técnica es medianamente favorable a desfavorable”. Así también Ángela Quispe Ninantay, el 2005, concluyó que “el paciente en la dimensión técnica tiene una opinión medianamente favorable”. (76).

Por lo que se puede deducir que la opinión de la mayoría (84%) de los familiares sobre la calidad de atención de la enfermera en la dimensión técnica es medianamente favorable a desfavorable referido a que el familiar manifiesta que la enfermera no siempre le orienta sobre los cuidados que debe tener ante la enfermedad de su paciente, acerca de cómo ayudar al paciente a realizar las actividades diarias, cuando éste no las puede realizar sólo, muestra interés por los problemas del paciente y realiza el baño e higiene al paciente cuando no lo puede realizar por sí solo, lo desfavorable está dado por que la enfermera no le orientó al familiar acerca de las normas de la institución al ingreso , no acude al llamado del paciente con rapidez , no identifica al paciente hospitalizado por su nombre y un mínimo porcentaje (16%) favorable que esta dado por que la enfermera realiza actividades dirigidas a los familiares de los pacientes y escucha los problemas

GRAFICO N° 2

OPINIÓN DE LOS FAMILIARES DE PACIENTES ADULTOS MAYORES SOBRE LA CALIDAD DE ATENCIÓN DE LA ENFERMERA EN LA DIMENSIÓN TÉCNICA, DEL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN DEL HOSPITAL GERIÁTRICO “SAN ISIDRO LABRADOR” LIMA- PERU 2010



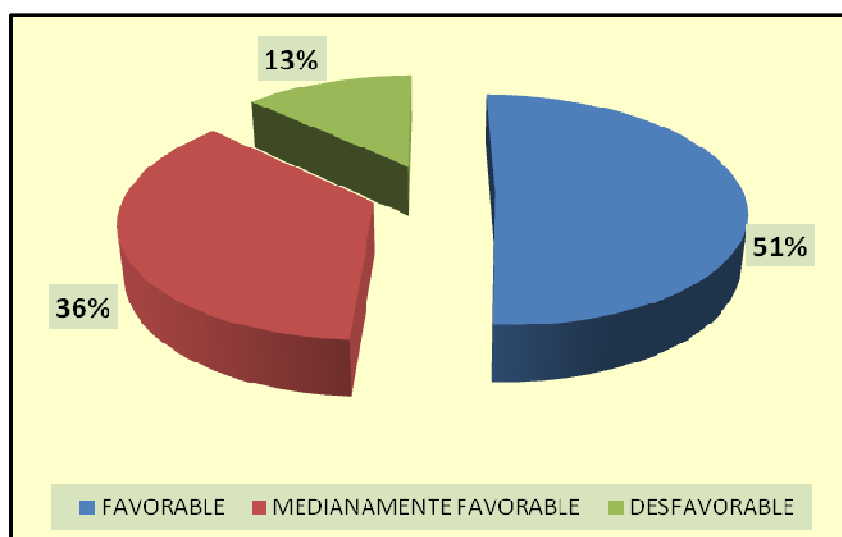
Fuente:: Instrumento aplicado al familiar del paciente del Servicio de Hospitalización – HGSIL 2010

y las necesidades que manifiesta el paciente, lo cual predispone la opinión del familiar sobre la calidad de atención que brinda la enfermera al paciente geriátrico hospitalizado.

Sobre la opinión de los familiares de los pacientes adultos mayores hospitalizados con respecto a la calidad atención de la enfermera en la dimensión interpersonal del 100% (70); 51% (35) tienen una opinión favorable, 36% (25) medianamente favorable, y 13% (10) desfavorable (Gráfico N° 3). Los Items medianamente favorable están dados por que la enfermera no siempre identifica al paciente por su nombre, no mira a familiar cuando le habla, la enfermera ni es afectuosa al interactuar con el paciente. (Anexo S).

GRAFICO N° 3

**OPINIÓN DE LOS FAMILIARES DE PACIENTES ADULTOS
MAYORES SOBRE LA CALIDAD DE ATENCIÓN DE LA
ENFERMERA EN LA DIMENSIÓN INTERPERSONAL
DEL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN DEL
HOSPITAL GERIÁTRICO
“SAN ISIDRO LABRADOR”
LIMA- PERU
2010**



Fuente:: Instrumento aplicado al familiar del paciente del Servicio de Hospitalización – HGSIL 2010

Entre el paciente y la enfermera debe existir una relación basada en la comunicación, existiendo oportunidades de interacción e intercambio de mensajes adecuados, donde exista una actitud abierta y sensible por parte de las enfermeras hacia el paciente con un trato digno y respetuoso mostrando confianza, empatía e información sintiéndose el paciente satisfecho de recibir explicaciones o informaciones detalladas de los procedimientos y tratamiento que se le brinda.

El familiar del paciente geriátrico espera de la enfermera un trato adecuado; como el llamar al adulto mayor por su nombre e intentar establecer una relación profesional, esta integración tiene como meta principal la creación de

un ambiente de colaboración entre enfermera y familia, en el cual ambos lados puedan establecer confianza mutua, comunicación afectiva.

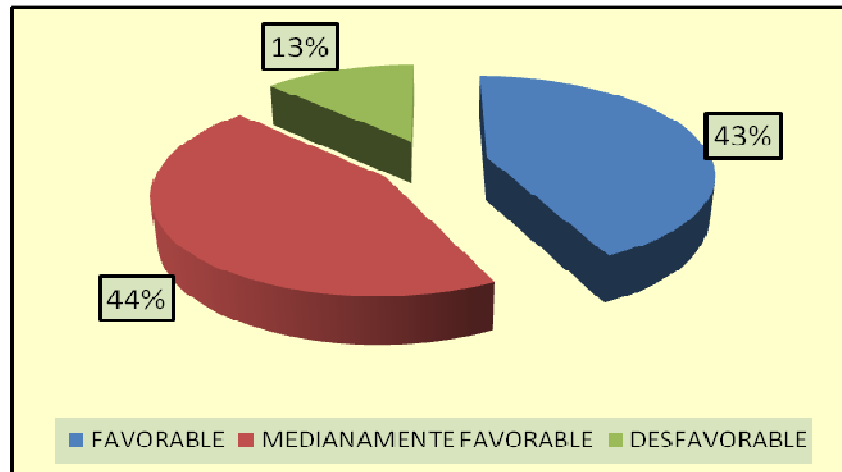
Liliam Romero, en su estudio, el 2008, concluyó que “la percepción de los pacientes en la dimensión interpersonal es medianamente desfavorable con tendencia a desfavorable (61.66%)”,(77). Ángela Quispe, el 2005, concluyó que “el paciente en la dimensión interpersonal tenía un 44% de opinión medianamente favorable con tendencia a lo negativo”,(78). Carmen Bobadilla, en su estudio, el 2008, concluyó la “opinión de los familiares en cuanto a la dimensión interpersonal es medianamente favorable a desfavorable”.(79).

Por lo que se puede deducir que un porcentaje considerable (49%)de los familiares de los pacientes adultos mayores hospitalizados tiene una opinión medianamente favorable a desfavorable en la dimensión interpersonal, referido a que la enfermera no siempre atiende al paciente con cordialidad, trata con respeto y amabilidad al familiar y al paciente, el tono de voz suave durante la atención del paciente y lo desfavorable está dado por que la enfermera no identifica a su familiar hospitalizado, por su nombre y no lo acompaña durante el proceso del alta del paciente; lo cual predispone a adoptar una conducta o actitud que puede afectar la calidad de atención que brinda la enfermera al paciente hospitalizado.

En cuanto a la opinión de familiares de los pacientes adultos mayores hospitalizados a la calidad atención en la dimensión confort del 100%, 43% (33) tienen una opinión favorable, 44% (31) medianamente favorable, y 13% (9) desfavorable. (Gráfico N° 4). Los ítems referidos a medianamente favorable están dados por que la enfermera no siempre se preocupa por que el paciente sea transferido de su cama a una silla de ruedas, para pasear 60% (42) y por que el ambiente donde se encuentra el paciente se encuentre ordenado 30%(21), desfavorable está dado por que la enfermera no está pendiente de que la habitación, se encuentre limpia, 30%(21), lo referido a favorable, está dado por que la enfermera se preocupa por proporcionarle

GRAFICO Nº 4

**OPINIÓN DE LOS FAMILIARES DE PACIENTES ADULTOS
MAYORES SOBRE LA CALIDAD DE ATENCIÓN DE LA
ENFERMERA EN LA DIMENSIÓN CONFORT DEL
SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN DEL
HOSPITAL GERIÁTRICO
“SAN ISIDRO LABRADOR”
LIMA- PERU
2010**



Fuente:: Instrumento aplicado al familiar del paciente del Servicio de Hospitalización – HGSIL 2010

una cama con baranda al paciente, proporcionarle los aditamentos necesarios para evitar escaras (colchón antiescaras, rodetes, almohadillas, etc.) y está pendiente de que el paciente vista prendas limpias y acorde a la estación (Anexo T).

La comodidad se relaciona con el confort que ofrece la estructura física del establecimiento de salud, aspectos visuales como la limpieza, la señalización de los servicios, el uniforme del personal de salud, la privacidad del ambiente, el descanso y alimentación. Las condiciones de comodidad que se ofrece en un establecimiento de salud, es el conjunto de cosas, que conforman el entorno y circunstancias que permiten al paciente sentirse a gusto, como: el

orden, la ventilación e iluminación, el suministro adecuado de alimentos y el cuidado de la privacidad en los servicios públicos. (80).

Por lo expuesto se concluye que un porcentaje considerable (57%) de los familiares tienen una opinión medianamente favorable a desfavorable sobre la calidad de atención de la enfermera en la dimensión confort, referido a que la enfermera no siempre se preocupa por que el ambiente donde se encuentra el paciente se encuentre ordenado, por trasladarlo de su cama a una silla de ruedas, para pasear, la enfermera no está pendiente de que la habitación del paciente se encuentre limpia, no le orienta sobre la forma cómo se realizan los cambios posturales al familiar y no le proporciona un ambiente donde pueda conversar libremente con su familiar. Lo favorable (43%) está dado por que la enfermera se preocupa por proporcionarle una cama con baranda al paciente, se preocupa por proporcionarle los aditamentos necesarios para evitar escaras, la enfermera está pendiente de que el paciente vista prendas limpias y acorde a la estación; lo cual repercute sobre la calidad de atención que brinda la enfermera al paciente geriátrico.

CAPITULO IV

CONCLUSIONES, RECOMENDACIONES Y LIMITACIONES

A. CONCLUSIONES

Las conclusiones derivadas del estudio, fueron:

- La opinión de los familiares de los pacientes adultos mayores sobre la calidad de atención que brindan las enfermeras, en el servicio de hospitalización, un porcentaje considerable fue medianamente favorable a desfavorable, referido a que la enfermera no siempre le brinda educación sobre los cuidados que debe tener frente a la enfermedad del paciente, realiza el baño e higiene del paciente que no lo puede realizar por sí sólo, es afectuosa al interactuar con el paciente, se preocupa por la dieta del paciente, le proporciona privacidad para la realización de un procedimiento, lo desfavorable está dado por que el familiar manifiesta que la enfermera no se presenta con su nombre cuando atiende al paciente, no identifica al paciente por su nombre y no muestra preocupación ante la limpieza del ambiente. y un porcentaje considerable tienen una opinión favorable que está dado por que la enfermera realiza actividades dirigidas a los familiares de los pacientes, escucha ante los problemas y necesidades que manifiestan los pacientes y el familiar recurre a la enfermera para expresarle sus temores y preocupaciones, sobre la situación de salud de su familiar, atiende al familiar con cordialidad, el tono de voz que usa es suave y se preocupa por proporcionarle una cama con barandas y los aditamentos necesarios para evitar escaras, así como la privacidad para la realización de un procedimiento.
- En cuanto a la dimensión técnica; la mayoría de los familiares tienen una opinión medianamente favorable a desfavorable, referido a que la enfermera no siempre le orienta sobre los cuidados que hay que tener

ante la enfermedad de su paciente, acerca de las normas de la institución, como ayudar al paciente a realizar las actividades diarias cuando éste no las puede realizar por sí solo, y no acude al llamado del paciente con rapidez.

- Respecto a la opinión de los familiares sobre la calidad de atención de las enfermeras en la dimensión interpersonal, un porcentaje considerable tienen una opinión medianamente favorable a desfavorable, referido a que la enfermera no siempre atiende al paciente con cordialidad, trata con respeto y amabilidad al familiar y al paciente, el tono de voz suave durante la atención del paciente y lo desfavorable está dado por que la enfermera no identifica a su familiar hospitalizado, por su nombre y no lo acompaña durante el proceso del alta del paciente
- Acerca de la opinión de los familiares sobre la calidad de atención de la enfermera en la dimensión confort, un porcentaje considerable tiene una opinión medianamente favorable a desfavorable referido a que la enfermera no siempre se preocupa por que el ambiente donde se encuentra el paciente este ordenado, los procedimientos se realice en un ambiente privado. Lo favorable está dado por que la enfermera se preocupa por proporcionarle una cama con baranda al paciente, proporcionarle los aditamentos necesarios para evitar escaras, está pendiente de que el paciente vista prendas limpias y acorde a la estación.

B. RECOMENDACIONES

Las recomendaciones derivadas del estudio, están dadas por :

- Que la Enfermera jefe del servicio de hospitalización elabore y/o diseñe estrategias de mejora en la calidad de atención, considerando la importancia de la opinión del familiar del paciente geriátrico.

- Que se diseñen estrategias que promuevan que el personal de enfermería considere dentro de su plan de cuidados, la ejecución de programas de educación para la salud dirigido a los familiares de los pacientes adultos mayores.
- Realizar estudios que permitan establecer relación entre la opinión del familiar del paciente geriátrico y las variables: sexo, edad, grado de instrucción y hospitalizaciones anteriores.
- Realizar estudios comparativos en las instituciones del MINSA y EsSalud que cuenten con el servicio de hospitalización en geriatría.
- Elaborar el Programa de Familiar Cuidador o Acompañante, diseñando material audiovisual, folletos, trípticos y guías de procedimientos sobre los cuidados que pueden ser realizados por el familiar en la atención al paciente geriátrico.

C. LIMITACIONES

La limitación derivada del estudio está dada porque:

Las conclusiones del estudio no pueden ser generalizadas a otras poblaciones, pues sólo son válidas para el servicio de hospitalización de pacientes geriátricos del Hospital Geriátrico “San Isidro Labrador”.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- (1) Silva Medina, Walter; Asociación SER, Oficina Regional Ayacucho Protección de derechos de las personas adultas mayores, (Publicación Noticias SER, Viernes 23 Julio), 2010.
- (2) Ministerio de la mujer y desarrollo social, Dirección de personas Adultas Mayores, Plan Nacional para las personas Adultas Mayores, Perú 2002, Pág. 4
- (3) Ismark Alberto, González Díaz, Incapacidad Funcional en Ancianos: Intervención de Enfermería Centro Nacional de Investigaciones Científicas, Cuba, Septiembre 2009.
- (4) (5) (7) Itza, Leiliana Camargo. Percepción de los Comportamientos de cuidado de enfermería del anciano mayor de 60 años y los profesionales de enfermería en el primer nivel de atención, Panamá 2009. Pág 50
- (6) (56) Juan Manuel, Pérez Rodríguez, Narciso Águila Rodríguez. Enfermería: estrategia de la profesión en función del adulto mayor, Cuba, 2010. pág.5
- (8) (48) (57) (73) (76) (78) Quispe Ninantay, Angela María. Opinión de los pacientes del servicio de medicina general sobre la calidad de atención de la enfermera en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza, [Tesis para optar el Título de Licenciado en Enfermería].Lima-Perú. UNMSM. 2003.
- (9) (77) Romero Amari, Liliam Claudia. "Percepción del paciente a cerca de la calidad de atención que brinda la enfermera en el servicio de medicina en el hospital Nacional Daniel Alcides Carrión.". [Tesis para optar el Título de Licenciado en Enfermería].Lima-Perú. UNMSM. 2008.
- (10) (74) (79) Bobadilla Marcelo, Carmen Lidia. Calidad de atención que brinda la enfermera en el servicio de Emergencia Pediátrica del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martin Es Salud. [Estudio de Investigación para optar el Título de Especialista en Enfermería en Emergencias y Desastres].Lima-Perú. UNMSM. 2008.
- (11) Aiquipa Mendoza, Ana C,. Calidad de la Atención de Enfermería según opinión de los Pacientes sometidos a Quimioterapia en la unidad de tratamiento multidisciplinario del INEN; Lima. Perú. 2003.

- (12) Hernández Delgado, Leticia, Salazar Gonzales, Bertha, Cruz Quevedo, Juana. Enfermedades Crónicas: Impacto en el Espacio Movilidad Vital y Calidad de Vida del Adulto Mayor. México; 2007.
- (13) Peggy Edwards, Copyright Organización Mundial de la Salud, Vejez; Salud; Envejecimiento; adultos mayores; vejez saludable, España, 2001. pg.2
- (14)(17) Monsalve, Marta Patricia. Los adultos mayores en Colombia, Monografía presentada a los seminarios de psico-gerontología, Colombia, 2003, pág.1.
- (15) (20) García Pérez, Alan. Presidente de la República, Del Castillo, Jorge. Presidente del Consejo de ministros, Renán Quispe Llanos, Jefe del Instituto Nacional de Estadística é Informática, Censo Nacional XI de Población y VI de Vivienda 2007, Lima, Perú, 2008.
- (16) (21) Nalvarte, Soledad. “Envejecimiento con Dignidad: Pensiones No Contributivas para Reducir la Pobreza en el Perú”, Lima, Perú, 2009, pág.4.
- (18) Fernández, Aurelio. Salud y envejecimiento, La OMS ante la II Asamblea Mundial del Envejecimiento, 2001, pág.8.
- (19) Peña, Manuel. Representante de la OPS/OMS en el Perú. Recursos Humanos y el Adulto Mayor. Lima Perú, 2005. Pág. 1,2.
- (22) (23) (24) (26) Varela Pinedo, Luis, Chávez Jimeno Helver, Gálvez Cano Miguel, Méndez Silva Francisco. Funcionalidad en el adulto mayor previa a su hospitalización a nivel nacional, Lima Perú 2005, pág.4,5,6.
- (25) Serra Rexach, José Antonio, Cuesta Triana, Federico. Valoración Geriátrica Integral España, 2007, pág.41
- (27) Ministerio De Salud Dirección General de Salud de Las Personas Dirección Ejecutiva de Atención Integral de Salud Documento Técnico: Lineamientos Para la Atención Integral de Salud de Las personas Adultas Mayores Dr. Alejandro Toledo Manrique Presidente de La República, Dra. Pilar Mazzetti Soler Ministra de Salud, Dr. José Carlos del Carmen Sara Viceministro del Perú. Lima 2005, Pág. 9,21.
- (28) Ministerio De Salud Guía Nacional de Operativización del Modelo de Atención Integral de Salud. Lima, 2004.

- (29) (30) (32) (46) (50) (76)(78) Strejilevich, Leonardo. Calidad de la atención Sociosanitaria en adultos mayores, Argentina, 2009, pg.14.
- (31) LLácer, María. Valoración geriátrica del anciano; Valoración social, España, Julio 2009, pag.14.
- (33) Jiménez Navascués, Lourdes; Hajar Ordovas, Carlos H. Los ancianos y las alteraciones visuales como factor de riesgo para su independencia Madrid, marzo, 2007, pág.9.
- (34) Zuleta Gómez, Catalina. Factores psicológicos intervinientes en la calidad de vida de personas en la etapa de la vejez, Colombia, Junio 2009, pág.13.
- (35) Nalvarte, Soledad. "Ser adulto mayor en el Perú", Lima, Perú, Agosto 2009, pág.1.
- (36) Amauri de Jesús Miranda Guerra, Calidad de la atención en Salud al adulto mayor, España, Junio, 2009, pág.2.
- (37) (39) Boletín Informativo N° 001; Colegio de Enfermeros del Perú, Lima, 2001; Pág. 8.
- (38) Casalino-Carpio, Guillermo Ernesto. Calidad de servicio de la consulta externa de Medicina Interna de un hospital general de Lima, Perú, 2008, pág.146.
- (40) (41) Cejas Yanes, Enrique. Un concepto muy controvertido: competencias laborales., Cuba, 2003,
- (66) Duran Arenas, Luis, Salinas Escudero, Guillermo, Gallegos, Katia. Calidad de Vida relacionada con la salud del Adulto Mayor México. 1999.
- (42) (43) (47) Mejía Lopera, María Eugenia. Reflexiones sobre la relación interpersonal enfermera-paciente en el ámbito del cuidado clínico España, 2006, pág.4, 5.
- (52) (53) Silva Sánchez, Gladis. La calidad de la atención interpersonal de enfermería, México, 2001, pág.3.
- (44) (45) Reyes, Isidora. Definición de Enfermería, España, 2009.
- (49)(73) Trincado Agudo, María Teresa , Fernández Caballero, Emilio. Calidad en enfermería, Cuba, 1985, pág.13.

- (51) Paz Wilches, Madonia Isabel. Validación Del Formato Proceso De Atención De Enfermería Estandarizado En El Área Crítica De Una Institución De Salud, Colombia, 2006.
- (54) Martínez Ramírez, Armando, Van-Dick Puga, Miguel Ángel, Nápoles Rodríguez, Francisco , Robles Uribe, Joel, Ramos Ramos, Alfredo, Villaseñor Urrea, Ignacio. Hacia una estrategia de garantía de calidad: satisfacción en la utilización de los servicios médicos, Brasil. 1996, pág.7.
- (55) Eniomis Massó Betancourt, Juana Aymee Fernández, Guindo Camilo Macías Bestard, Yudith Betancourt Borges Valoración de algunas teorías de enfermería y la vigencia en la práctica, Cuba. 2008, pág 17.
- (58) Caridad LLanes Betancourt, Carácter humano y ético de la atención integral al adulto mayor en Cuba. 2007, pág.12.
- (59) (61) Egurza, María Irene, Notivol, Pablo. La Enfermería en la Asistencia Sanitaria al Anciano, España. 2000, pág.3.
- (60) Gutierrez Triana, Yanara. Satisfacción con los servicios de Rehabilitación Integral y Ultrasonido, 2008, pág. 2.
- (62) Gonzales Palma, Mirilla, Ibarra Lara Flore y Espinoza Rivera, Lourdes. Actitud y conocimiento de la Profesional de Enfermería hacia el cuidado del paciente geriátrico en el Hospital Guillermo Almenara Irigoyen, Lima, Perú, 2007. Pág.11.
- (63) Cossi de Stapelfeld, Angela ,Stapelfeld Zehnder, Alberto, YIN YANG Perú Adulto mayor: Manual del Cuidador. Perú 2010.
- (64) (65) Flórez Lozano, José Antonio. Quiénes son los cuidadores de las personas mayores dependientes, España, 2010, pág. 7.
- (67) (70) De los Reyes, María Cristina. Construyendo el concepto cuidador de ancianos, Argentina, 2001, pág.3.
- (68) Ochoa, Javier Darío. El adulto mayor, Colombia, 2009, pág.2.
- (69) Wong Blandón, Yudy Carla, García Vega, Leyla del Carmen, Rodríguez Martínez, Edgar G. Percepción de la Calidad de la Atención de los Servicios de Salud, Nicaragua, 2003, pág.15.

(71) Castillo, Edelmira, Chesla, Catherine, Echeverry, Gustavo, Tascón, Esther Cilia, Charry, Marcela, Chicangana, John Alexander, Mosquera, Yisel Lorena, Pomar, Diana Maritza. Satisfacción de los familiares cuidadores con la atención en salud dada a adultos y niños con cáncer, Colombia, 2005.

BIBLIOGRAFIA

Aiquipa Mendoza, Ana C.; Calidad de la Atención de Enfermería según opinión de los Pacientes sometidos a Quimioterapia en la unidad de tratamiento multidisciplinario del INEN; Lima, Perú, 2003.

Bobadilla Marcelo Carmen Lidia, Calidad de atención que brinda la enfermera en el servicio de Emergencia Pediátrica del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martín Es Salud. . [Estudio de Investigación para optar el Título de Especialista en Enfermería en Emergencias y Desastres]. Lima-Perú. UNMSM. 2008.

Boletín Informativo N° 001; Colegio de Enfermeros del Perú, Lima, 2001.

Camargo Itza Leiliana, Percepción de los Comportamientos de cuidado de enfermería del anciano mayor de 60 años y los profesionales de enfermería en el primer nivel de atención, Panamá. 2009.

Casalino-Carpio Guillermo Ernesto, Calidad de servicio de la consulta externa de Medicina Interna de un hospital general de Lima. Perú, 2008.

Castillo Edelmira, Catherine Chesla, Gustavo Echeverry, Esther Cilia Tascón, Marcela Charry, John Alexander Chicangana, Yisel Lorena Mosquera, Diana Maritza Pomar. Satisfacción de los familiares cuidadores con la atención en salud dada a adultos y niños con cáncer, Colombia, 2005.

Cejas Yanes Enrique, Un concepto muy controvertido: competencias laborales. Cuba, 2003.

Cossi de Stapelfeld Angela, Alberto Stapelfeld Zehnder. YIN YANG Perú Adulto mayor: Manual del Cuidador. Perú 2010.

De los Reyes María Cristina. Construyendo el concepto cuidador de ancianos, Argentina, 2001.

Duran Arenas Luis, Guillermo Salinas Escudero, Katia Gallegos. Calidad de Vida relacionada con la salud del Adulto Mayor en México 1999.

Edwards Peggy, Copyright Organización Mundial de la Salud, Vejez; Salud; Envejecimiento; adultos mayores; vejez saludable, España, 2001.

Egurza María Irene, Pablo Notivol. La Enfermería en la Asistencia Sanitaria al Anciano, España, Mayo ,2000.

Fernández Aurelio, Salud y envejecimiento, La OMS ante la II Asamblea Mundial del Envejecimiento, 2001.

Flórez Lozano José Antonio, Quienes son los cuidadores de las personas mayores dependientes, España, 2010.

García Pérez Alan, Presidente de la República, Dr. Jorge del Castillo, presidente del Consejo de ministros, Renán Quispe Llanos, Jefe del Instituto Nacional de Estadística é Informática, Censo Nacional XI de Población y VI de Vivienda 2007, Lima, Perú, 2008.

Gonzales Palma Mirella, Flor Ibarra Lara y Lourdes Espinoza Rivera Actitud y conocimiento de la Profesional de Enfermería hacia el cuidado del paciente geriátrico en el Hospital Guillermo Almenara Irigoyen, Lima, Perú, 2007.

González Díaz, Ismark Alberto, Incapacidad Funcional en Ancianos: Intervención de Enfermería Centro Nacional de Investigaciones Científicas, Cuba, 2009.

Gutiérrez Triana Yanara, Satisfacción con los servicios de Rehabilitación Integral y Ultrasonido, 2008.

Hernández Delgado Leticia, Berta Salazar Gonzales, Juana Cruz Quevedo, Enfermedades Crónicas: Impacto en el Espacio Movilidad Vital y Calidad de Vida del Adulto Mayor. México, 2007.

Jiménez Navascués Lourdes, Carlos A. Hajar Ordovas, Los ancianos y las alteraciones visuales como factor de riesgo para su independencia Madrid, 2007.

LLácer María, Valoración geriátrica del anciano; Valoración social, España, 2009.

LLanes Betancourt Caridad, Carácter humano y ético de la atención integral al adulto mayor en Cuba. 2007.

Martínez Ramírez Armando, Miguel Ángel Van-Dick Puga, Francisco Nápoles Rodríguez, Joel Robles Uribe, Alfredo Ramos Ramos, Ignacio Villaseñor Urrea, Hacia una estrategia de garantía de calidad: satisfacción en la utilización de los servicios médicos, Brasil. 1996.

Massó Betancourt Eniomis, Juana Aymee Fernández, Guindo Camilo Macías Bestard, Yudith Betancourt Borges Valoración de algunas teorías de enfermería y la vigencia en la práctica, Cuba. 2008.

Mejía Lopera María Eugenia. Reflexiones sobre la relación interpersonal enfermera-paciente en el ámbito del cuidado clínico España, 2006.

Ministerio de la mujer y desarrollo social, Dirección de personas Adultas Mayores, Plan Nacional para las personas Adultas Mayores, Perú 2002.

Ministerio De Salud Dirección General de Salud de Las Personas Dirección Ejecutiva de Atención Integral de Salud Documento Técnico: Lineamientos Para la Atención Integral de Salud de Las personas Adultas Mayores Dr. Alejandro Toledo Manrique Presidente de La República, Dra. Pilar Mazzetti Soler Ministra de Salud, Dr. José Carlos del Carmen Sara Viceministro del Perú-Lima. 2005.

Ministerio De Salud Guía Nacional de Operativización del Modelo de Atención Integral de Salud Lima, 2004

Miranda Guerra Amauri de Jesús, Calidad de la atención en Salud al adulto mayor, España, 2009.

Monsalve Marta Patricia, Los adultos mayores en Colombia, Monografía presentada a los seminarios de psico-gerontología, Colombia, 2003.

Nalvarte Soledad, "Envejecimiento con Dignidad: Pensiones No Contributivas para Reducir la Pobreza en el Perú", Lima, Perú, 2009.

Nalvarte Soledad, "Ser adulto mayor en el Perú", Lima, Perú, 2009.

Ochoa Javier Darío, El adulto mayor, Colombia, 2009.

Paz Wilches Madonia Isabel, Validación Del Formato Proceso De Atención De Enfermería Estandarizado En El Área Crítica De Una Institución De Salud, Colombia, 2006.

Peña Manuel, Representante de la OPS/OMS en el Perú. Recursos Humanos y el Adulto Mayor. Lima Perú .2005.

Pérez Rodríguez Juan Manuel, Narciso Águila Rodríguez. Enfermería: estrategia de la profesión en función del adulto mayor, Cuba, 2010.

Quispe Ninantay Angela María, Opinión de los pacientes del servicio de medicina general sobre la calidad de atención de la enfermera en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza, [Tesis para optar el Título de Licenciado en Enfermería].Lima-Perú. UNMSM. 2003.

Reyes Isidora, Definición de Enfermería, España, 2009.

Romero Amari Liliam Claudia; "Percepción del paciente a cerca de la calidad de atención que brinda la enfermera en el servicio de medicina en el hospital Nacional Daniel Alcides Carrión." , Lima-Perú, 2008

Serra Rexach José Antonio, Federico Cuesta Triana, Valoración Geriátrica Integral España, 2007.

Silva Medina Walter Asociación SER, Oficina Regional Ayacucho Protección de derechos de las personas adultas mayores, Publicación Noticias SER+, 2010.

Silva Sánchez Gladis, La calidad de la atención interpersonal de enfermería, México, 2001.

Strejilevich Leonardo Calidad de la atención Sociosanitaria en adultos mayores, Argentina, 2009.

Trincado Agudo María Teresa, Emilio Fernández Caballero, Calidad en enfermería, Cuba, 1985.

Varela Pinedo Luis, Chávez Jimeno Helver, Gálvez Cano Miguel, Méndez Silva Francisco. Funcionalidad en el adulto mayor previa a su hospitalización a nivel nacional, Lima Perú 2005.

Wong Blandón Yudy Carla, Leyla del Carmen García Vega, Edgar G. Rodríguez Martínez, Percepción de la Calidad de la Atención de los Servicios de Salud, Nicaragua, 2003.

Zuleta Gómez Catalina, Factores psicológicos intervinientes en la calidad de vida de personas en la etapa de la vejez, Colombia, 2009.

A N E X O S

ÍNDICE DE ANEXOS

| ANEXO | | Pág. |
|-------|---|--------|
| A | Operacionalización de la Variable | I |
| B | Matriz Operacional de Variable | II |
| C | Instrumento | III |
| D | Consentimiento Informado | VI |
| E | Prueba Binomial : Juicio De Expertos | VII |
| F | Libro De Códigos | IX |
| G | Tabla Matriz | X |
| H | Validez del Instrumento | XIII |
| I | Confiabilidad del Instrumento - Alfa De Crombach | XIV |
| J | Medición de la Variable - Escala De Stanones | XV |
| K | Edad de los Familiares de Pacientes Adultos Mayores | XIX |
| L | Sexo de los Familiares de Pacientes Adultos Mayores | XIX |
| M | Grado de Instrucción de los Familiares de Pacientes Adultos Mayores | XX |
| N | Tiempo de Hospitalización de los Pacientes Adultos Mayores | XX |
| Ñ | Opinión de los familiares de pacientes adultos mayores sobre la calidad de atención de enfermería | XXI |
| O | Opinión de los familiares de pacientes Adultos Mayores sobre la calidad de atención de enfermería en la dimensión técnica | XXII |
| P | Opinión de los familiares de pacientes adultos mayores sobre la calidad de atención de la enfermera en la dimensión interpersonal | XXII |
| Q | Opinión de los familiares de pacientes adultos mayores sobre la calidad de atención de la enfermera en la dimensión confort | XXIII |
| R | Opinion de los familiares sobre la calidad de atención que brindan las enfermeras en la dimensión técnica. | XXIV |
| S | Opinion de los familiares sobre la calidad de atención que brindan las enfermeras en la dimensión interpersonal. | XXVI |
| T | Opinion de los familiares sobre la calidad de atención que brindan las enfermeras en la dimensión confort. | XXVIII |

ANEXO A

OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES

| Variable | Def. Conceptual | Def. Operacional | Dimensión | Indicador | Valor final |
|--|---|--|---|--|--|
| Opinión del familiar del paciente adulto mayor, sobre la calidad de atención brindada por la enfermera | la opinión es el grado de posesión de la verdad respecto de un conocimiento que se afirma como verdadero sin tener garantía de su validez. Se contraponen a la certeza como posesión plena de la verdad que se afirma sin sombra de duda acerca de su lógica. | Son todas las expresiones del familiar del adulto mayor sobre la impresión que tiene acerca de la calidad del cuidado que brindan las enfermeras al adulto mayor y que experimenta a través de un proceso interactivo con ella, en el Hospital Geriátrico "San Isidro Labrador". | <p>1) Técnico</p> <p>2) Interpersonal</p> <p>3) Confort</p> | <p>a) Habilidad b) Conocimiento c) Tiempo d) Seguridad</p> <p>a) Información b) Comunicación y c) Confianza empática. d) Respeto</p> <p>a) La alimentación b) Limpieza c) Privacidad d) Descanso</p> | <p>Favorable</p> <p>Medianamente favorable</p> <p>Desfavorable</p> <p>Favorable</p> <p>Medianamente favorable</p> <p>Desfavorable</p> <p>Favorable</p> <p>Medianamente favorable</p> <p>Desfavorable</p> |

ANEXO B
MATRIZ OPERACIONAL DE LA VARIABLE

| Valor Final | Criterio | Técnica e Instrumento de Recolección de Datos | Procedimiento para la Medición | Escala de Medición |
|--|--|---|--|---------------------------------|
| Opinión: Favorable Medianamente Favorable. Desfavorable | Se asignará los siguientes valores: Si la respuesta es: <ul style="list-style-type: none"> • Si: 2 • A veces: 1 • Nunca : 0 Para lo cual se realizo el cálculo para la categorización de la variable opinión, aplicando la escala de Stanones en la curva de Gauss. | Técnica: Encuesta - Entrevista realizada a las personas mayores de 18 años de ambos sexos y que son familiares directos de los pacientes adultos mayores. Instrumento: Cuestionario Escala de Lickert Modificado (Adaptado PGHE) | Para la recolección de datos se realizaron los trámites administrativos mediante una carta dirigida a la Dirección del Hospital Geriátrico "San Isidro Labrador" a fin de obtener la autorización y el permiso respectivo. Luego se llevaron a cabo las coordinaciones con la Enfermera Jefe del Departamento y del Servicio Hospitalización a fin de iniciar la recolección de datos el cual se iniciará en Junio del 2010. | O R D I N A L |

ANEXO C



UNMSM-FM-UP6
PSEE- 2010

INSTRUMENTO

PRESENTACIÓN

Buenos días, mi nombre es Sara Barrenechea Aguirre, Licenciada en Enfermería, en esta oportunidad en coordinación con la institución se esta realizando un estudio con la finalidad de obtener información acerca de la opinión del familiar sobre la calidad de atención que brindan las enfermeras, a los pacientes adultos mayores en el servicio de hospitalización del hospital geriátrico "San Isidro Labrador". Para lo cual solicito su colaboración a través de sus respuestas sinceras y veraces, expresándole que es de carácter anónimo y confidencial. Agradezco anticipadamente su colaboración.

INSTRUCCIONES

Lea detenidamente cada uno de los ítems presentados a continuación, luego marque con una cruz (+) o con una equis (x) la respuesta que usted considere adecuada o correcta. Por cada ítem encontrará 3 posibilidades de respuesta, pudiendo elegir sólo una:

- Siempre
- A veces
- Nunca

Asimismo, sírvase completar los siguientes datos generales que se le solicita:

I. DATOS GENERALES

- a. Edad : _____
- b. Sexo : _____
- c. Grado de Instrucción: _____
- d. Edad de su familiar hospitalizado: _____
- e. Tipo de Parentesco con el paciente: _____
- f. Tiempo de hospitalización de su familiar en el servicio : _____
- g. Horas que permanece al cuidado de su familiar, al día: _____

DATOS ESPECIFICOS

| Nº | ITEMS / ENUNCIADOS | Siempre | A veces | Nunca |
|----|--|---------|---------|-------|
| 1 | La enfermera le orientó a cerca de las normas de la institución al ingreso de su familiar. | | | |
| 2 | La enfermera se presenta con su nombre, cuando atiende al paciente. | | | |
| 3 | La enfermera le orienta sobre los cuidados que debe tener ante la enfermedad de su familiar. | | | |
| 4 | La enfermera realiza actividades dirigidas a los familiares de los pacientes. | | | |
| 5 | La enfermera escucha ante los problemas y necesidades que manifiesta el paciente. | | | |
| 6 | La enfermera resuelve los problemas expresados por Ud. o su paciente. | | | |
| 7 | La enfermera le informa sobre la medicación que está administrando a su paciente. | | | |
| 8 | La enfermera lo visita preguntándole si tiene alguna necesidad y/o molestia | | | |
| 9 | La enfermera le orienta a cerca de cómo ayudar a su familiar a realizar las actividades diarias, cuando éste no las puede realizar sólo. | | | |
| 10 | La enfermera muestra interés por los problemas de su familiar. | | | |
| 11 | La enfermera le realiza el baño e higiene al paciente que no lo puede realizar por sí solo. | | | |
| 12 | La enfermera acude al llamado del paciente con rapidez | | | |
| 13 | Usted recurriría a la enfermera para expresarle sus temores y preocupaciones, sobre la situación de salud de su familiar. | | | |
| 14 | La enfermera atiende a su familiar con cordialidad | | | |
| 15 | La enfermera identifica a su familiar hospitalizado, por su nombre. | | | |
| 16 | La enfermera lo mira a Ud., cuando le habla | | | |
| 17 | La enfermera es afectuosa con su familiar (le da palmaditas en la espalda, lo coge de la mano, le sonríe, etc.) al interactuar con él. | | | |
| 18 | La enfermera utiliza un lenguaje sencillo y claro cuando le brinda alguna información. | | | |
| 19 | La enfermera trata con respeto y amabilidad a Ud. y al paciente. | | | |

| Nº | ITEMS / ENUNCIADOS | Siempre | A veces | Nunca |
|----|---|---------|---------|-------|
| 20 | El tono de voz de la enfermera durante la atención del paciente, es suave. | | | |
| 21 | La enfermera se preocupa por que se realicen los cambios posturales del paciente durante las veinticuatro horas al día. | | | |
| 22 | La enfermera se preocupa cuando no llega la dieta de su familiar hospitalizado. | | | |
| 23 | La enfermera le informa sobre el tiempo que va a demorar en atender a su paciente. | | | |
| 24 | La enfermera lo acompaña durante el proceso del alta del paciente. | | | |
| 25 | La enfermera se preocupa por que su familiar sea transferido de su cama a una silla de ruedas, para pasear. | | | |
| 26 | La enfermera está pendiente de que la habitación de su familiar, se encuentre limpia. | | | |
| 27 | La enfermera se preocupa por proporcionarle una cama con barandas a su familiar hospitalizado. | | | |
| 28 | La enfermera cuando realiza procedimientos, con el paciente lo hace en un ambiente privado. | | | |
| 29 | La enfermera le orienta sobre la forma cómo se realizan los cambios posturales a su familiar | | | |
| 30 | La enfermera se preocupa por proporcionarle los aditamentos necesarios para evitar escaras (Colchón antiescaras, rodetes, almohadillas, etc.) | | | |
| 31 | La enfermera está pendiente de que el paciente vista prendas limpias y acorde a la estación | | | |
| 32 | La enfermera se preocupa por que el ambiente donde se encuentra su familiar se encuentre ordenado. | | | |
| 33 | La enfermera le proporciona un ambiente donde pueda conversar libremente con su familiar. | | | |

Comentario:

Ahora que ha estado en contacto con la enfermera que espera usted de ella:

.....

.....

.....

Muchas Gracias

ANEXO E

TABLA DE CONCORDANCIA

PRUEBA BINOMIAL: JUICIO DE EXPERTOS

| ITEMS | N° DE JUEZ | | | | | | | | p |
|-------|------------|---|---|---|---|---|---|---|--------|
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | |
| 1. | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0.004 |
| 2. | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0.004 |
| 3. | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0.004 |
| 4. | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 0.145* |
| 5. | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 0.035 |
| 6. | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0.004 |
| 7. | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0.035 |

* En esta pregunta se tomaron en cuenta las observaciones realizadas para la elaboración del instrumento final.

Favorable = 1 (SI)

Desfavorable = 0 (NO)

Si $p < 0.05$ la concordancia es significativa

ANEXO F
LIBRO DE CODIGÓS

I.-DATOS GENERALES

1.1.- EDAD:

| | |
|--------------|-----|
| 18 a 30 años | (1) |
| 31 a 59 años | (2) |
| 60 a más | (3) |

1.2.- SEXO:

| | |
|-----------|-----|
| Femenino | (1) |
| Masculino | (2) |

1.3.- NIVEL DE ESTUDIO:

| | |
|------------|-----|
| Primaria | (1) |
| Secundaria | (2) |
| Superior | (3) |
| Iletrado | (4) |

1.4.- TIEMPO DE HOSPITALIZACION:

| | |
|------------------|-----|
| 1 – 2 Semanas. | (1) |
| 3 – 4 Semanas. | (2) |
| 4 a más semanas. | (3) |

1.5.- HORAS QUE ACOMPAÑA A SU FAMILIAR HOSPITALIZADO:

| | |
|---------------|-----|
| 1 – 6 Horas | (1) |
| 7 – 12 Horas | (2) |
| 13 – 24 Horas | (3) |

I.-DATOS ESPECIFICOS:

| N° ITEM | SIEMPRE | A VECES | NUNCA |
|--------------------|----------------|----------------|--------------|
| | CODIGOS | | |
| 1 | 2 | 1 | 0 |
| 2 | 2 | 1 | 0 |
| 3 | 2 | 1 | 0 |
| 4 | 2 | 1 | 0 |
| 5 | 2 | 1 | 0 |
| 6 | 2 | 1 | 0 |
| 7 | 2 | 1 | 0 |
| 8 | 2 | 1 | 0 |
| 9 | 2 | 1 | 0 |
| 10 | 2 | 1 | 0 |
| 11 | 2 | 1 | 0 |
| 12 | 2 | 1 | 0 |
| 13 | 2 | 1 | 0 |
| 14 | 2 | 1 | 0 |
| 15 | 2 | 1 | 0 |
| 16 | 2 | 1 | 0 |
| 17 | 2 | 1 | 0 |
| 18 | 2 | 1 | 0 |
| 19 | 2 | 1 | 0 |
| 20 | 2 | 1 | 0 |
| 21 | 2 | 1 | 0 |
| 22 | 2 | 1 | 0 |
| 23 | 2 | 1 | 0 |
| 24 | 2 | 1 | 0 |
| 25 | 2 | 1 | 0 |
| 26 | 2 | 1 | 0 |
| 27 | 2 | 1 | 0 |
| 28 | 2 | 1 | 0 |
| 29 | 2 | 1 | 0 |
| 30 | 2 | 1 | 0 |
| 31 | 2 | 1 | 0 |
| 32 | 2 | 1 | 0 |
| 33 | 2 | 1 | 0 |

ANEXO G
TABLA MATRIZ DE DATOS

| N° Pact | Datos Especificos | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | T | | | | | | | | | | | | | | | | | |
|------------|-------------------|---|---|---|---|-------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|----|-------------------------|----|----|----|----|----|----|----|----|----|---|-------------------|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
| | DATOS GENERALES | | | | | DIMENSION TECNICA | | | | | | | | | | DIMENSION INTERPERSONAL | | | | | | | | | | | DIMENSION CONFORT | | | | | | | | | | | | | | | | |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | T | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | 25 | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 | 32 | 33 | T | | |
| 1 | 2 | 0 | 3 | 2 | 3 | 1 | 1 | 2 | 2 | 1 | 0 | 2 | 2 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 15 | 2 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 2 | 2 | 0 | 1 | 16 | 0 | 1 | 1 | 2 | 2 | 2 | 1 | 2 | 11 | 42 | |
| 2 | 3 | 1 | 1 | 3 | 0 | 1 | 1 | 0 | 2 | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 | 2 | 14 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 2 | 1 | 0 | 2 | 1 | 13 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 2 | 15 | 42 | |
| 3 | 1 | 0 | 3 | 1 | 2 | 1 | 2 | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 1 | 2 | 2 | 2 | 21 | 2 | 1 | 1 | 1 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 2 | 1 | 18 | 1 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 2 | 14 | 53 | |
| 4 | 3 | 0 | 2 | 1 | 3 | 0 | 1 | 1 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 1 | 2 | 15 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 2 | 21 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 16 | 52 | |
| 5 | 2 | 1 | 3 | 1 | 2 | 0 | 1 | 2 | 2 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 10 | 2 | 2 | 1 | 1 | 1 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 0 | 2 | 20 | 0 | 1 | 1 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 2 | 11 | 41 |
| 6 | 2 | 0 | 1 | 3 | 3 | 1 | 2 | 2 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 2 | 20 | 1 | 1 | 2 | 1 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 1 | 0 | 2 | 16 | 0 | 1 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 13 | 49 | |
| 7 | 2 | 0 | 3 | 2 | 3 | 1 | 1 | 1 | 2 | 0 | 2 | 1 | 1 | 1 | 2 | 2 | 17 | 1 | 1 | 2 | 1 | 2 | 2 | 2 | 2 | 0 | 0 | 1 | 0 | 2 | 14 | 0 | 1 | 1 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 12 | 43 | |
| 8 | 1 | 1 | 2 | 3 | 3 | 2 | 0 | 1 | 2 | 1 | 2 | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 | 20 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 2 | 2 | 1 | 1 | 0 | 1 | 12 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 13 | 45 | | |
| 9 | 2 | 1 | 3 | 1 | 3 | 1 | 1 | 1 | 0 | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 | 15 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 2 | 2 | 1 | 1 | 2 | 1 | 14 | 1 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 13 | 42 | |
| 10 | 3 | 0 | 1 | 2 | 3 | 2 | 2 | 1 | 2 | 2 | 1 | 1 | 1 | 2 | 1 | 2 | 21 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 2 | 2 | 1 | 1 | 1 | 2 | 14 | 1 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 15 | 50 | |
| 11 | 1 | 0 | 3 | 3 | 2 | 1 | 1 | 1 | 2 | 0 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 16 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 2 | 2 | 2 | 1 | 1 | 2 | 1 | 17 | 1 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 15 | 48 | |
| 12 | 1 | 1 | 1 | 1 | 3 | 2 | 0 | 0 | 1 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 15 | 1 | 1 | 2 | 1 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 1 | 1 | 2 | 17 | 1 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 14 | 46 | |
| 13 | 3 | 0 | 3 | 2 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 16 | 1 | 1 | 2 | 1 | 2 | 2 | 2 | 2 | 0 | 0 | 2 | 1 | 15 | 2 | 2 | 2 | 2 | 0 | 1 | 2 | 2 | 2 | 2 | 13 | 44 | |
| 14 | 1 | 0 | 1 | 2 | 3 | 2 | 0 | 0 | 1 | 1 | 2 | 1 | 1 | 0 | 0 | 1 | 10 | 2 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 2 | 2 | 1 | 2 | 2 | 1 | 15 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 15 | 40 | |
| 15 | 2 | 0 | 3 | 2 | 3 | 1 | 2 | 2 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 20 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 2 | 2 | 2 | 1 | 1 | 14 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 16 | 50 | |
| 16 | 1 | 1 | 2 | 2 | 2 | 1 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 1 | 2 | 2 | 2 | 24 | 2 | 2 | 2 | 2 | 0 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 22 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 16 | 62 | |
| 17 | 2 | 0 | 3 | 2 | 3 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 16 | 2 | 2 | 1 | 1 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 20 | 1 | 2 | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 12 | 48 | |
| 18 | 2 | 1 | 2 | 2 | 3 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 21 | 1 | 1 | 2 | 1 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 2 | 2 | 1 | 18 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 14 | 53 | |
| 19 | 3 | 1 | 1 | 1 | 3 | 0 | 0 | 1 | 2 | 0 | 2 | 2 | 1 | 0 | 1 | 1 | 12 | 2 | 2 | 1 | 1 | 1 | 2 | 2 | 2 | 1 | 2 | 2 | 1 | 18 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 16 | 46 | |
| 20 | 2 | 0 | 3 | 2 | 2 | 1 | 1 | 2 | 1 | 0 | 2 | 2 | 1 | 1 | 2 | 2 | 18 | 2 | 2 | 1 | 1 | 2 | 2 | 2 | 2 | 0 | 0 | 1 | 0 | 15 | 0 | 1 | 0 | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 1 | 2 | 8 | 41 | |
| 21 | 2 | 0 | 2 | 2 | 2 | 0 | 0 | 1 | 2 | 2 | 1 | 2 | 2 | 1 | 2 | 2 | 17 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 2 | 1 | 1 | 1 | 2 | 2 | 17 | 1 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 15 | 49 | |
| 22 | 2 | 0 | 3 | 2 | 3 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 2 | 21 | 1 | 1 | 2 | 1 | 2 | 2 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 16 | 1 | 2 | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 | 0 | 11 | 48 | |
| 23 | 2 | 0 | 2 | 2 | 3 | 0 | 0 | 1 | 2 | 1 | 2 | 2 | 1 | 0 | 1 | 1 | 15 | 2 | 2 | 1 | 1 | 1 | 2 | 2 | 1 | 0 | 2 | 1 | 1 | 16 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 14 | 45 | |
| 24 | 1 | 1 | 3 | 3 | 2 | 2 | 0 | 0 | 1 | 2 | 2 | 1 | 0 | 0 | 1 | 1 | 10 | 2 | 2 | 1 | 1 | 2 | 2 | 2 | 1 | 1 | 1 | 2 | 2 | 19 | 0 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 14 | 43 | |
| 25 | 2 | 0 | 2 | 1 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 2 | 21 | 1 | 1 | 2 | 1 | 2 | 2 | 2 | 1 | 2 | 2 | 1 | 18 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 15 | 54 | |

TABLA MATRIZ DE DATOS

| N° Pact | Datos Específicos | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | | T | | | | | | | | | | | | | | |
|---------|-------------------|---|---|---|---|---|---|---|---|---|-------------------|---|---|---|----|----|----|----|---|----|-------------------------|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|-------------------|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|----|
| | DATOS GENERALES | | | | | | | | | | DIMENSION TECNICA | | | | | | | | | | DIMENSION INTERPERSONAL | | | | | | | | | | | DIMENSION CONFORT | | | | | | | | | | | | | |
| | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | 6 | 7 | 8 | 9 | 10 | 11 | 12 | 13 | T | 14 | 15 | 16 | 17 | 18 | 19 | 20 | 21 | 22 | 23 | 24 | | 25 | T | 26 | 27 | 28 | 29 | 30 | 31 | 32 | 33 | T | | | |
| 54 | 2 | 0 | 2 | 2 | 2 | 0 | 0 | 1 | 2 | 1 | 2 | 2 | 1 | 2 | 2 | 1 | 1 | 17 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 2 | 2 | 1 | 1 | 2 | 2 | 2 | 17 | 1 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 15 | 49 |
| 55 | 2 | 0 | 3 | 2 | 3 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 2 | 21 | 1 | 1 | 2 | 1 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 16 | 1 | 2 | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 | 0 | 11 | 48 | | |
| 56 | 2 | 0 | 2 | 2 | 3 | 0 | 0 | 1 | 2 | 1 | 2 | 2 | 2 | 1 | 0 | 1 | 1 | 15 | 2 | 2 | 1 | 1 | 1 | 2 | 2 | 2 | 1 | 0 | 2 | 1 | 16 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 | 14 | 45 | | |
| 57 | 1 | 1 | 3 | 3 | 2 | 2 | 0 | 0 | 1 | 2 | 1 | 0 | 0 | 0 | 0 | 1 | 1 | 10 | 2 | 2 | 1 | 1 | 2 | 2 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 19 | 0 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 14 | 43 | | |
| 58 | 2 | 0 | 2 | 1 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 2 | 21 | 1 | 1 | 2 | 1 | 2 | 2 | 2 | 1 | 2 | 2 | 1 | 1 | 18 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 2 | 15 | 54 | | | |
| 59 | 2 | 1 | 2 | 2 | 2 | 2 | 0 | 2 | 1 | 2 | 1 | 0 | 1 | 0 | 2 | 1 | 1 | 14 | 2 | 1 | 1 | 0 | 2 | 1 | 1 | 1 | 0 | 1 | 1 | 1 | 12 | 0 | 0 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 1 | 0 | 8 | 34 | | | |
| 60 | 1 | 0 | 2 | 2 | 2 | 0 | 0 | 1 | 2 | 1 | 2 | 2 | 2 | 1 | 0 | 1 | 1 | 15 | 2 | 2 | 1 | 1 | 1 | 2 | 2 | 0 | 0 | 2 | 1 | 1 | 15 | 2 | 2 | 2 | 0 | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 | 12 | 42 | | |
| 61 | 3 | 0 | 2 | 1 | 2 | 0 | 0 | 1 | 2 | 0 | 1 | 1 | 1 | 2 | 1 | 2 | 2 | 15 | 0 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 14 | 1 | 2 | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 12 | 41 | | | |
| 62 | 2 | 0 | 2 | 3 | 1 | 1 | 1 | 1 | 0 | 2 | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 | 16 | 0 | 1 | 1 | 0 | 1 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 1 | 14 | 2 | 2 | 1 | 1 | 2 | 1 | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 12 | 42 | | |
| 63 | 3 | 1 | 2 | 1 | 3 | 2 | 0 | 2 | 2 | 1 | 0 | 2 | 1 | 1 | 1 | 2 | 2 | 17 | 1 | 2 | 1 | 0 | 2 | 2 | 2 | 1 | 0 | 0 | 1 | 12 | 0 | 2 | 1 | 1 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 12 | 41 | | |
| 64 | 1 | 1 | 2 | 1 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 2 | 25 | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 | 2 | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 | 20 | 2 | 2 | 1 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 15 | 60 | | |
| 65 | 2 | 0 | 2 | 2 | 2 | 0 | 2 | 1 | 2 | 1 | 0 | 2 | 2 | 1 | 0 | 1 | 1 | 15 | 2 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 2 | 0 | 2 | 17 | 0 | 1 | 1 | 2 | 2 | 1 | 2 | 2 | 2 | 1 | 1 | 10 | 42 | | |
| 66 | 2 | 1 | 2 | 2 | 2 | 0 | 0 | 1 | 2 | 1 | 0 | 2 | 2 | 1 | 1 | 2 | 2 | 16 | 2 | 2 | 1 | 1 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 0 | 20 | 0 | 1 | 1 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 2 | 11 | 47 | |
| 67 | 2 | 1 | 2 | 2 | 3 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 2 | 21 | 1 | 1 | 2 | 1 | 2 | 2 | 2 | 1 | 2 | 2 | 1 | 18 | 2 | 2 | 1 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 1 | 2 | 14 | 53 | | |
| 68 | 3 | 1 | 1 | 1 | 3 | 0 | 0 | 1 | 2 | 0 | 0 | 2 | 2 | 1 | 0 | 1 | 1 | 12 | 2 | 2 | 1 | 1 | 1 | 2 | 2 | 1 | 2 | 1 | 1 | 18 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 16 | 46 | |
| 69 | 2 | 0 | 3 | 2 | 2 | 1 | 1 | 1 | 2 | 1 | 0 | 2 | 2 | 1 | 1 | 2 | 2 | 18 | 2 | 2 | 1 | 1 | 2 | 2 | 2 | 0 | 0 | 1 | 15 | 0 | 1 | 0 | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 2 | 1 | 8 | 41 | | |
| 70 | 2 | 0 | 2 | 2 | 2 | 0 | 0 | 1 | 2 | 1 | 2 | 2 | 1 | 2 | 2 | 1 | 1 | 17 | 2 | 1 | 1 | 1 | 1 | 2 | 2 | 1 | 1 | 1 | 2 | 17 | 1 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 2 | 15 | 49 | | |

ANEXO H

VALIDEZ DEL INSTRUMENTO

Para la validez del instrumento se solicito la opinión de los jueces expertos, además se realizo la prueba piloto en un total de 10 familiares, a cuyos resultados se le aplico la formula de r de Pearson para determinar la validez

$$r_s = \frac{n \sum r_x r_y - \sum r_x \sum r_y}{\sqrt{[n \sum r_x^2 - (\sum r_x)^2] [n \sum r_y^2 - (\sum r_y)^2]}}$$

| Item | Pearson | Item | Pearson |
|------|---------|------|---------|
| 1 | 0.20 | 18 | 0.02 |
| 2 | 0.33 | 19 | 0.08 |
| 3 | 0.34 | 20 | 0.37 |
| 4 | 0.24 | 21 | 0.27 |
| 5 | 0.22 | 22 | 0.28 |
| 6 | 0.18 | 23 | 0.20 |
| 7 | 0.20 | 24 | 0.23 |
| 8 | 0.27 | 25 | 0.24 |
| 9 | 0.28 | 26 | 0.33 |
| 10 | 0.20 | 27 | 0.34 |
| 11 | 0.23 | 28 | 0.24 |
| 12 | 0.24 | 29 | 0.22 |
| 13 | 0.13 | 30 | 0.20 |
| 14 | 0.15 | 31 | 0.23 |
| 15 | 0.03 | 32 | 0.24 |
| 16 | 0.11 | 33 | 0.15 |
| 17 | 0.11 | | |
| | | | |

Si $r > 0.20$ el instrumento es válido.

Por lo tanto el instrumento según el coeficiente de r de Pearson es válido en 26 ítems; siendo importante considerar todos los ítems para el objetivo del estudio y la operacionalización de la variable.

ANEXO I
CONFIABILIDAD DEL INSTRUMENTO
ALFA DE CROMBACH

Se aplicó la fórmula del alfa de Cronbach a la Prueba piloto de 10 cuestionarios de Opinión del familiar sobre la calidad de atención que brindan las enfermeras a los pacientes adultos mayores en el servicio de Hospitalización Geriátrico "San Isidro Labrador"

$\sum V$ = SUMA DE LAS VARIANZA POR ITEM

V_T = VARIANZA TOTAL

$$\alpha = \frac{K}{K-1} \left[1 - \frac{\sum V}{V_T} \right] = \frac{33}{32} \left[1 - \frac{11.59}{65.83} \right] = 0.85$$

Como el valor del alfa de Cronbach es superior a 0.5 entonces se puede decir que el instrumento es confiable

ANEXO J

MEDICIÓN DE LA VARIABLE - OPINION

ESCALA DE STANONES

Para clasificar los niveles de Opinión del familiar sobre la calidad de atención que brindan las enfermeras a los pacientes adultos mayores en el servicio de Hospitalización Geriátrico, se utilizó 3 categorías: Favorable, Medianamente desfavorable, y desfavorable la comparación cualitativa a través de la Escala de Estanones a través de la Campana de Gauss, usándose una constante de 0.75.

Procedimiento:

1. Se determinó el promedio (\bar{x})

$$\bar{x} = 46.09$$

2. Se calculó la Desviación Estándar (DS)

$$(DS) = 5.61$$

3. Se estableció los valores de a y b respectivamente

$$a = \bar{x} - 0.75 (DS)$$

$$a = 46.09 - 0.75 (5.61)$$

$$a = 41.88$$

$$a = 42$$

$$b = \bar{x} + 0.75 (DS)$$

$$b = 46.09 + 0.75 (5.61)$$

$$b = 77.50$$

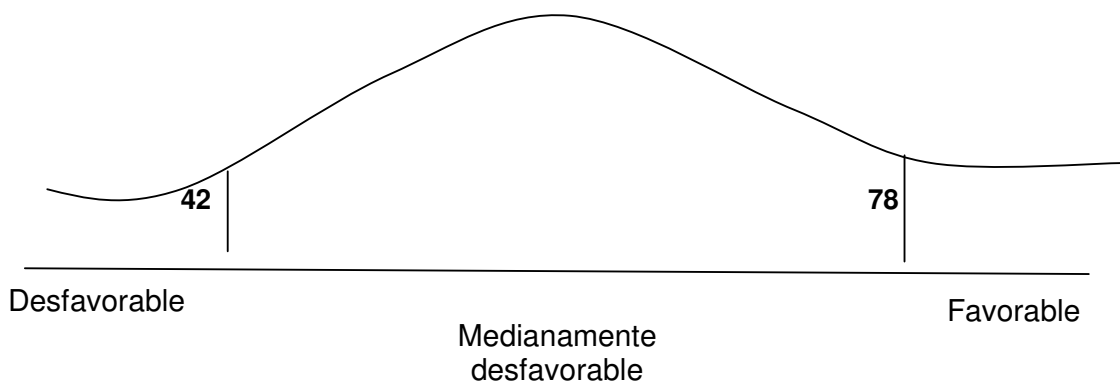
$$b = 78$$

Puntaje:

Opinión Favorable: Más de 78 puntos

Opinión Medianamente Favorable: De 42 a 78 puntos

Opinión Desfavorable: Menos de 41 puntos



CATEGORIZACION POR DIMENSIONES

DIMENSIÓN TÉCNICA

Procedimiento:

1. Se determino el promedio (\bar{x})
 $\bar{x} = 16.77$
2. Se calculó la Desviación Estándar (DS)
 $(DS) = 3.56$
3. Se estableció los valores de a y b respectivamente

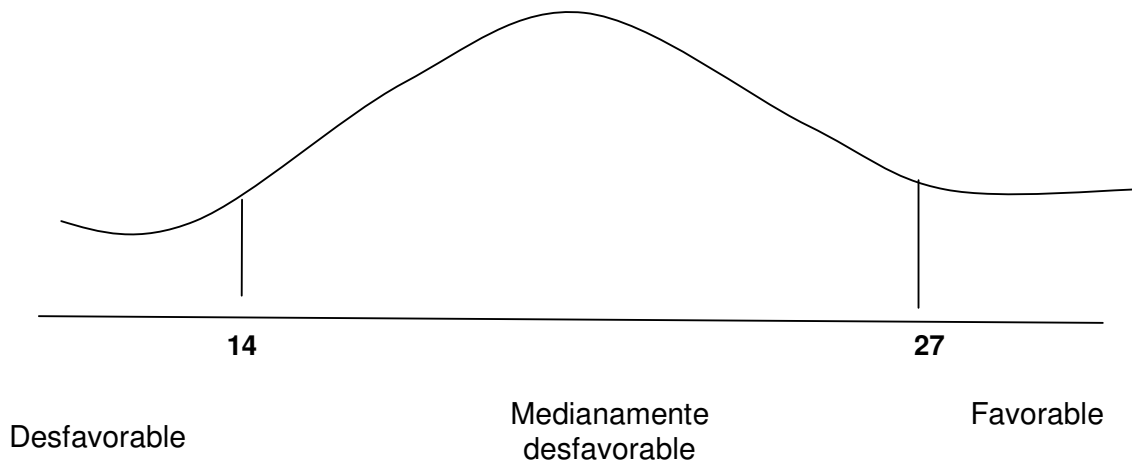
| | |
|---------------------------|---------------------------|
| $a = \bar{x} - 0.75 (DS)$ | $b = \bar{x} + 0.75 (DS)$ |
| $a = 16.77 - 0.75 (3.56)$ | $b = 16.77 + 0.75 (3.56)$ |
| $a = 14.10$ | $b = 27.35$ |
| $a = 14$ | $b = 27$ |

Puntaje:

Opinión Favorable: Más de 27 puntos

Opinión Medianamente Favorable: De 14 a 27 puntos

Opinión Desfavorable: Menos de 14 puntos



DIMENSIÓN INTERPERSONAL

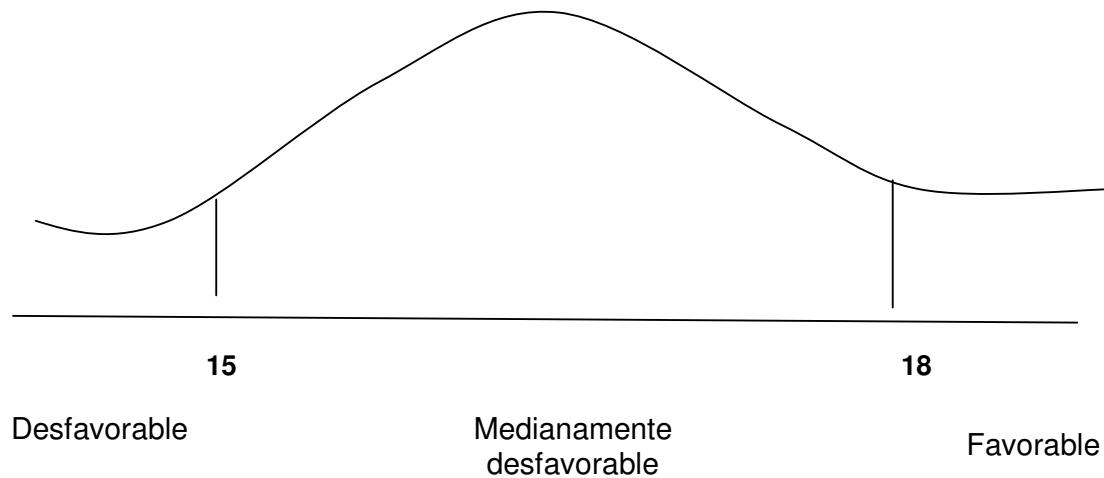
Procedimiento:

1. Se determino el promedio (x)
 $x = 16.36$
2. Se calculó la Desviación Estándar (DS)
 $(DS) = 2.49$
3. Se estableció los valores de a y b respectivamente

| | |
|---------------------------|---------------------------|
| $a = x - 0.75 (DS)$ | $b = x + 0.75 (DS)$ |
| $a = 16.36 - 0.75 (2.49)$ | $b = 16.36 + 0.75 (2.49)$ |
| $a = 14.49$ | $b = 18.23$ |
| $a = 15$ | $b = 18$ |

Puntaje:

- Opinión Favorable: Más de 18 puntos
Opinión Medianamente Favorable: De 15 a 18 puntos
Opinión Desfavorable: Menos de 15 puntos



DIMENSIÓN CONFORT

Procedimiento:

1. Se determino el promedio (x)
 $x = 12.96$
2. Se calculó la Desviación Estándar (DS)
 $(DS) = 2.34$
3. Se estableció los valores de a y b respectivamente

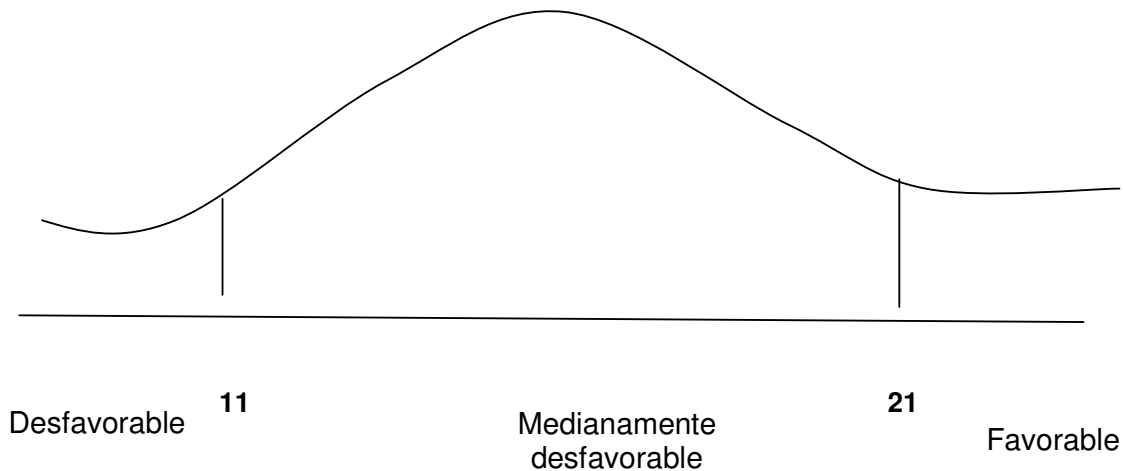
| | |
|---------------------------|---------------------------|
| $a = x - 0.75 (DS)$ | $b = x + 0.75 (DS)$ |
| $a = 12.96 - 0.75 (2.34)$ | $b = 12.96 + 0.75 (2.34)$ |
| $a = 11.20$ | $b = 21.36$ |
| $a = 11$ | $b = 21$ |

Puntaje:

Opinión Favorable: Más de 21 puntos

Opinión Medianamente Favorable: De 11 a 21 puntos

Opinión Desfavorable: Menos de 11 puntos



ANEXO K

EDAD DE LOS FAMILIARES DE PACIENTES ADULTOS MAYORES EN EL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN DEL HOSPITAL GERIÁTRICO “SAN ISIDRO LABRADOR” LIMA- PERU 2010

| EDADES DE LAS MADRES | NUMERO N° | PORCENTAJE % |
|----------------------|-----------|--------------|
| 18 a 30 años | 14 | 20 |
| 31 a 59 años | 40 | 57 |
| 60 años a mas | 16 | 23 |
| TOTAL | 70 | 100 |

Fuente: Instrumento aplicado al familiar del paciente del Servicio de Hospitalización – HGSIL 2010

ANEXO L

SEXO DE LOS FAMILIARES DE PACIENTES ADULTOS MAYORES EN EL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN DEL HOSPITAL GERIÁTRICO “SAN ISIDRO LABRADOR” LIMA- PERU 2010

| N DE HIJOS | NUMERO | PORCENTAJE |
|------------|--------|------------|
| Masculino | 31 | 44 |
| Femenino | 39 | 56 |
| TOTAL | 70 | 100 |

Fuente: Instrumento aplicado al familiar del paciente del Servicio de Hospitalización – HGSIL 2010

ANEXO M

GRADO DE INSTRUCCION DE LOS FAMILIARES DE PACIENTES ADULTOS MAYORES EN EL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN DEL HOSPITAL GERIÁTRICO “SAN ISIDRO LABRADOR” LIMA- PERU 2010

| GRADO DE INSTRUCCIÓN | NUMERO | PORCENTAJE |
|----------------------|-----------|------------|
| Primaria | 9 | 13 |
| Secundaria | 38 | 54 |
| Superior | 23 | 33 |
| Iletrado | 0 | 0 |
| TOTAL | 70 | 100 |

Fuente: Instrumento aplicado al familiar del paciente del Servicio de Hospitalización – HGSIL 2010

ANEXO N

TIEMPO DE HOSPITALIZACION DE LOS PACIENTES ADULTOS MAYORES EN EL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN DEL HOSPITAL GERIÁTRICO “SAN ISIDRO LABRADOR” LIMA- PERU 2010

| OCUPACION DE LA MADRE | NUMERO | PORCENTAJE |
|-----------------------|-----------|------------|
| 1 – 2 semanas | 21 | 30 |
| 3 – 4 semanas | 41 | 59 |
| 4 a más semanas | 8 | 11 |
| TOTAL | 86 | 100 |

Fuente: Instrumento aplicado al familiar del paciente del Servicio de Hospitalización – HGSIL 2010

ANEXO Ñ

**OPINION DE LOS FAMILIARES DE PACIENTES ADULTOS
MAYORES SOBRE LA CALIDAD DE ATENCIÓN DE LA
ENFERMERA EN EL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN
DEL HOSPITAL GERIÁTRICO
“SAN ISIDRO LABRADOR”
LIMA- PERU
2010**

| OPINION | NUMERO | PORCENTAJE |
|------------------------|---------------|-------------------|
| FAVORABLE | 42 | 60 |
| MEDIANAMENTE FAVORABLE | 15 | 21 |
| DESFAVORABLE | 13 | 19 |
| Total | 70 | 100 |

Fuente: Instrumento aplicado al familiar del paciente del Servicio de Hospitalización – HGSIL 2010

ANEXO O

**OPINION DE LOS FAMILIARES DE PACIENTES ADULTOS
MAYORES SOBRE LA CALIDAD DE ATENCIÓN DE LA
ENFERMERA EN LA DIMENSIÓN TECNICA EN EL
SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN DEL
HOSPITALGERIÁTRICO
“SAN ISIDRO LABRADOR”
LIMA- PERU
2010**

| OPINION | NUMERO | PORCENTAJE |
|------------------------|-----------|------------|
| FAVORABLE | 11 | 16 |
| MEDIANAMENTE FAVORABLE | 50 | 71 |
| DESFAVORABLE | 9 | 13 |
| Total | 70 | 100 |

Fuente: Instrumento aplicado al familiar del paciente del Servicio de Hospitalización – HGSIL 2010

ANEXO P

**OPINION DE LOS FAMILIARES DE PACIENTES ADULTOS
MAYORES SOBRE LA CALIDAD DE ATENCIÓN DE LA
ENFERMERA EN LA DIMENSIÓN INTERPERSONAL
EN EL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN
DEL HOSPITAL GERIÁTRICO
“SAN ISIDRO LABRADOR”
LIMA- PERU
2010**

| OPINION | NUMERO | PORCENTAJE |
|------------------------|-----------|------------|
| FAVORABLE | 35 | 50 |
| MEDIANAMENTE FAVORABLE | 25 | 36 |
| DESFAVORABLE | 10 | 13 |
| Total | 70 | 100 |

Fuente: Instrumento aplicado al familiar del paciente del Servicio de Hospitalización – HGSIL 2010

ANEXO Q

**OPINION DE LOS FAMILIARES DE PACIENTES ADULTOS
MAYORES SOBRE LA CALIDAD DE ATENCIÓN DE LA
ENFERMERA EN LA DIMENSIÓN CONFORT EN EL
SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN
DEL HOSPITAL GERIÁTRICO
“SAN ISIDRO LABRADOR”
LIMA- PERU
2010**

| OPINION | NUMERO | PORCENTAJE |
|------------------------|---------------|-------------------|
| FAVORABLE | 30 | 43 |
| MEDIANAMENTE FAVORABLE | 31 | 44 |
| DESFAVORABLE | 9 | 13 |
| Total | 70 | 100 |

Fuente: Instrumento aplicado al familiar del paciente del Servicio de Hospitalización – HGSIL 2010

ANEXO R

**OPINION DE LOS FAMILIARES SOBRE LA CALIDAD DE ATENCIÓN QUE BRINDAN LAS ENFERMERAS A LOS
PACIENTES ADULTOS MAYORES EN EL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN EN EL HOSPITAL
GERIÁTRICO “SAN ISIDRO LABRADOR” EN LA DIMENSION TECNICA
LIMA-PERÚ
2010**

| ITEMS | PROPOSICIONES | CATEGORÍAS | | | | | | | |
|-------|--|------------|----|------------------------|----|--------------|----|-------|-----|
| | | FAVORABLE | | MEDIANAMENTE FAVORABLE | | DESFAVORABLE | | TOTAL | |
| | | Nº | % | Nº | % | Nº | % | Nº | % |
| 1 | La enfermera le orientó a cerca de las normas de la institución al ingreso de su familiar. | 32 | 45 | 21 | 30 | 17 | 25 | 70 | 100 |
| 2 | La enfermera se presenta con su nombre, cuando atiende al paciente. | 14 | 20 | 21 | 30 | 35 | 50 | 70 | 100 |
| 3 | La enfermera le orienta sobre los cuidados que debe tener ante la enfermedad de su familiar. | 21 | 30 | 42 | 60 | 7 | 10 | 70 | 100 |
| 4 | La enfermera realiza actividades dirigidas a los familiares de los pacientes. | 42 | 60 | 28 | 40 | -- | -- | 70 | 100 |
| 5 | La enfermera escucha ante los problemas y necesidades que manifiesta el paciente. | 49 | 70 | 14 | 20 | 7 | 10 | 70 | 100 |

| ITEMS | PROPOSICIONES | CATEGORÍAS | | | | | | | | TOTAL | |
|-----------|--|------------|----|------------------------|----|--------------|----|----|-----|-------|---|
| | | FAVORABLE | | MEDIANAMENTE FAVORABLE | | DESFAVORABLE | | | | Nº | % |
| | | Nº | % | Nº | % | Nº | % | Nº | % | | |
| 6 | La enfermera resuelve los problemas expresados por Ud. o su paciente. | 31 | 45 | 25 | 35 | 14 | 20 | 70 | 100 | | |
| 7 | La enfermera le informa sobre la medicación que está administrando a su paciente. | 28 | 40 | 28 | 40 | 14 | 20 | 70 | 100 | | |
| 8 | La enfermera lo visita preguntándole si tiene alguna necesidad y/o molestia | 28 | 40 | 28 | 40 | 14 | 20 | 70 | 100 | | |
| 9 | La enfermera le orienta a cerca de cómo ayudar a su familiar a realizar las actividades diarias, cuando éste no las puede realizar sólo. | 35 | 50 | 32 | 45 | 3 | 5 | 70 | 100 | | |
| 10 | La enfermera muestra interés por los problemas de su familiar. | 21 | 30 | 42 | 60 | 7 | 10 | 70 | 100 | | |
| 11 | La enfermera le realiza el baño e higiene al paciente que no lo puede realizar por sí solo. | 28 | 40 | 42 | 60 | -- | -- | 70 | 100 | | |
| 12 | La enfermera acude al llamado del paciente con rapidez | 14 | 20 | 42 | 60 | 14 | 20 | 70 | 100 | | |
| 13 | Usted recurriría a la enfermera para expresarle sus temores y preocupaciones, sobre la situación de salud de su familiar. | 42 | 60 | 28 | 40 | -- | -- | 70 | 100 | | |

Fuente: Instrumento aplicado al familiar del paciente del Servicio de Hospitalización – HGSIL 2010

ANEXOS

**OPINION DE LOS FAMILIARES SOBRE LA CALIDAD DE ATENCIÓN QUE BRINDAN LAS ENFERMERAS A LOS
PACIENTES ADULTOS MAYORES EN EL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN EN EL HOSPITAL
GERIÁTRICO “SAN ISIDRO LABRADOR” EN LA DIMENSION INTERPERSONAL
LIMA-PERÚ
2010**

| ITEMS | PREGUNTAS | CATEGORIAS | | | | | | TOTAL | |
|-------|--|------------|----|------------------------|----|--------------|----|-------|-----|
| | | FAVORABLE | | MEDIANAMENTE FAVORABLE | | DESFAVORABLE | | Nº | % |
| | | Nº | % | Nº | % | Nº | % | | |
| 14 | La enfermera atiende a su familiar con cordialidad | 49 | 70 | 21 | 30 | | | 70 | 100 |
| 15 | La enfermera identifica a su familiar hospitalizado, por su nombre. | 35 | 50 | 21 | 30 | 14 | 20 | 70 | 100 |
| 16 | La enfermera lo mira a Ud., cuando le habla | 21 | 40 | 49 | 60 | -- | -- | 70 | 100 |
| 17 | La enfermera es afectuosa con su familiar (le da palmaditas en la espalda, lo coge de la mano, le sonríe, etc.) al interactuar con él. | 28 | 40 | 42 | 60 | -- | -- | 70 | 100 |
| 18 | La enfermera utiliza un lenguaje sencillo y claro cuando le brinda alguna información. | 35 | 50 | 28 | 40 | 4 | 10 | 70 | 100 |

| ITEMS | PREGUNTAS | CATEGORIAS | | | | | | | | TOTAL | |
|-------|--|------------|----|------------------------|----|--------------|----|----|-----|-------|---|
| | | FAVORABLE | | MEDIANAMENTE FAVORABLE | | DESFAVORABLE | | | | Nº | % |
| | | Nº | % | Nº | % | Nº | % | Nº | % | | |
| | | | | | | | | | | | |
| 19 | La enfermera trata con respeto y amabilidad a Ud. y al paciente. | 56 | 80 | 14 | 20 | -- | -- | 70 | 100 | | |
| 20 | El tono de voz de la enfermera durante la atención del paciente, es suave. | 63 | 90 | 7 | 10 | -- | -- | 70 | 100 | | |
| 21 | Las enfermera se preocupa por que se realicen los cambios posturales del paciente durante las veinticuatro horas al día. | 21 | 30 | 42 | 60 | 4 | 10 | 70 | 100 | | |
| 22 | La enfermera se preocupa cuando no llega la dieta de su familiar hospitalizado. | 28 | 40 | 42 | 60 | -- | -- | 70 | 100 | | |
| 23 | La enfermera le informa sobre el tiempo que va a demorar en atender a su paciente. | 35 | 50 | 28 | 40 | 7 | 10 | 70 | 100 | | |
| 24 | La enfermera lo acompaña durante el proceso del alta del paciente. | 21 | 30 | 35 | 50 | 14 | 20 | 70 | 100 | | |

Fuente: Instrumento aplicado al familiar del paciente del Servicio de Hospitalización – HGSIL 2010

ANEXO T

**OPINION DE LOS FAMILIARES SOBRE LA CALIDAD DE ATENCIÓN QUE BRINDAN LAS ENFERMERAS A LOS
PACIENTES ADULTOS MAYORES EN EL SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN EN EL HOSPITAL
GERIÁTRICO “SAN ISIDRO LABRADOR” EN LA DIMENSION CONFORT
LIMA-PERÚ
2010**

| ITEM | PREGUNTAS | CATEGORÍAS | | | | | | | | TOTAL | |
|-----------|---|------------|----|------------------------|----|--------------|----|----|----|-------|-----|
| | | FAVORABLE | | MEDIANAMENTE FAVORABLE | | DESFAVORABLE | | | | Nº | % |
| | | Nº | % | Nº | % | Nº | % | Nº | % | | |
| 25 | La enfermera se preocupa por que su familiar sea transferido de su cama a una silla de ruedas, para pasear. | 28 | 40 | 42 | 60 | -- | -- | -- | -- | 70 | 100 |
| 26 | La enfermera está pendiente de que la habitación de su familiar, se encuentre limpia. | 28 | 40 | 21 | 30 | 21 | 30 | 7 | 10 | 70 | 100 |
| 27 | La enfermera se preocupa por proporcionarle una cama con barandas a su familiar hospitalizado. | 56 | 80 | 14 | 20 | -- | -- | -- | -- | 70 | 100 |
| 28 | La enfermera cuando realiza procedimientos, con el paciente lo hace en un ambiente privado. | 49 | 70 | 21 | 30 | -- | -- | -- | -- | 70 | 100 |
| 29 | La enfermera le orienta sobre la forma cómo se realizan los cambios posturales a su familiar | 49 | 70 | 14 | 20 | 7 | 10 | 7 | 10 | 40 | 100 |

| ITEM | PREGUNTAS | CATEGORÍAS | | | | | | | | TOTAL | |
|------|---|------------|----|------------------------|----|--------------|----|----|----|-------|-----|
| | | FAVORABLE | | MEDIANAMENTE FAVORABLE | | DESFAVORABLE | | | | Nº | % |
| | | Nº | % | Nº | % | Nº | % | Nº | % | | |
| 30 | La enfermera se preocupa por proporcionarle los aditamentos necesarios para evitar escaras (Colchón antiescaras, rodetes, almohadillas, etc.) | 63 | 90 | 7 | 10 | -- | -- | -- | -- | 40 | 100 |
| 31 | La enfermera está pendiente de que el paciente vista prendas limpias y acorde a la estación | 56 | 80 | 14 | 20 | -- | -- | -- | -- | 40 | 100 |
| 32 | La enfermera se preocupa por que el ambiente donde se encuentra su familiar se encuentre ordenado. | 49 | 70 | 21 | 30 | -- | -- | -- | -- | 40 | 100 |
| 33 | La enfermera le proporciona un ambiente donde pueda conversar libremente con su familiar. | 49 | 70 | 14 | 20 | 7 | 10 | 7 | 10 | 40 | 100 |

Fuente: Instrumento aplicado al familiar del paciente del Servicio de Hospitalización – HGSIL 2010