

**UNIVERSIDAD NACIONAL
TORIBIO RODRÍGUEZ DE MENDOZA DE AMAZONAS**
FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD
**ESCUELA PROFESIONAL DE
ENFERMERÍA**



INFORME FINAL DE TESIS

**CALIDAD DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA Y
ADAPTACIÓN EN EL PROCESO DE
ENVEJECIMIENTO DESDE LA PERCEPCIÓN DEL
ADULTO MAYOR, HOSPITAL REGIONAL VIRGEN
DE FÁTIMA, CHACHAPOYAS - 2015**

TESIS PARA OPTAR EL GRADO ACADÉMICO DE LICENCIADO EN ENFERMERÍA

Autor: Bach. Enf. WILER PETIT IDROGO CORONEL

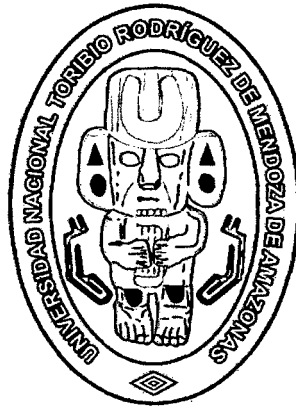
Asesor: Dr. EDWIN GONZÁLES PACO

**CHACHAPOYAS - PERÚ
2016**

**UNIVERSIDAD NACIONAL
TORIBIO RODRÍGUEZ DE MENDOZA DE AMAZONAS**

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

**ESCUELA PROFESIONAL DE
ENFERMERÍA**



INFORME FINAL DE TESIS

**CALIDAD DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA Y
ADAPTACIÓN EN EL PROCESO DE
ENVEJECIMIENTO DESDE LA PERCEPCIÓN DEL
ADULTO MAYOR, HOSPITAL REGIONAL VIRGEN
DE FÁTIMA, CHACHAPOYAS - 2015**

TESIS PARA OPTAR EL GRADO ACADEMICO DE LICENCIADO EN ENFERMERÍA

Autor: Bach. Enf. WILER PETIT IDROGO CORONEL

Asesor: Dr. EDWIN GONZÁLES PACO

**CHACHAPOYAS – PERÚ
2016**

DEDICATORIA

A mis padres por el apoyo incondicional que me han brindado, sus consejos que han sido de mucha ayuda, por darme el valor para levantarme en cada tropiezo y obstáculo de la vida.

AGRADECIMIENTO

Agradezco a Dios por darme la vida, la fuerza para seguir adelante cada día, por ser mi guía en cada momento y sobre todo en situaciones difíciles.

Al Dr. Edwin Gonzáles Paco por los aportes, las ideas que me dio durante las correcciones con la finalidad de mejorar la elaboración de mi informe.

A los adultos mayores que colaboraron durante las entrevistas, la cual fue la base fundamental para la elaboración de este informe, al jefe y personal que labora en el servicio de medicina del Hospital Regional Virgen de Fátima de Chachapoyas.

AUTORIDADES UNIVERSITARIAS

Ph. Dr. JORGE LUIS MAICELO QUINTANA

Rector

Dr. OSCAR ANDRÉS GAMARRA TORRES

Vicerrector académico

Dra. MARÍA NELLY LUJAN ESPINOZA

Vicerrectora de investigación

Dr. POLICARPIO CHAUCA VALQUI

Decano de Facultad de Ciencias de la Salud

Ms. WILFREDO AMARO CACERES

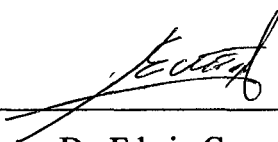
Director de la Escuela Profesional de Enfermería

VISTO BUENO

Yo Dr. Edwin Gonzáles Paco, identificado con N° DNI 17842662, con domicilio legal en el Psje Abelardo Quiñones N° 101, docente principal de tiempo completo de la Facultad de Ciencias de la Salud, hago constar que estoy asesorando la tesis titulada: "CALIDAD DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA Y ADAPTACIÓN EN EL PROCESO DE ENVEJECIMIENTO DESDE LA PERCEPCIÓN DEL ADULTO MAYOR, HOSPITAL REGIONAL VIRGEN DE FÁTIMA, CHACHAPOYAS 2015" presentado por el Bachiller en Enfermería Wiler Petit Idrogo Coronel.

Por lo indicado doy testimonio y visto bueno, ya que ha ejecutado la tesis mencionada por lo que en fe a la verdad firmo al pie para mayor veracidad.

Chachapoyas 11 de febrero del 2016



Dr. Edwin Gonzáles Paco

DNI N° 17842662

JURADO EVALUADOR DE TESIS

(RESOLUCIÓN DE DECANATURA N° 028 – 2016 – UNTRM- VRAC/F.C.S)



Dra. SONIA TEJADA MUÑOZ
Presidente



Dr. POLICARPIO CHAUCA VALQUI
Secretario



Mg. OSCAR PIZARRO SALAZAR
Vocal



Mg. FRANZ TITO CORONEL ZUBIARTE
Accesitario

ÍNDICE DE CONTENIDO

	Pag
DEDICATORIA.....	ii
AGRADECIMIENTO.....	iii
AUTORIDADES UNIVERSITARIAS.....	iv
VISTO BUENO DEL ASESOR.....	v
JURADO EVALUADOR.....	vi
ÍNDICE DE CONTENIDO.....	vii
ÍNDICE DE TABLAS.....	viii
ÍNDICE DE GRÁFICOS.....	ix
ÍNDICE DE ANEXOS.....	x
RESUMEN.....	xi
ABSTRACT.....	xii
I. INTRODUCCIÓN	1
II. OBJETIVOS	4
III. BASE TEÓRICA	5
IV. MATERIAL Y MÉTODOS	42
4.1. Tipo y diseño de la investigación	42
4.2. Población	43
4.3. Método, técnica e instrumento de recolección de datos	45
4.4. Análisis de datos	47
V. RESULTADOS	48
VI. DISCUSIÓN	52
VII. CONCLUSIONES	59
VIII. RECOMENDACIONES	60
IX. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	62
ANEXOS	

ÍNDICE DE TABLAS

	Pág.
TABLA 01: Calidad de cuidados de enfermería desde la percepción del adulto mayor, Hospital Regional Virgen de Fátima, Chachapoyas – 2015	49
TABLA 02: Adaptación en el proceso de envejecimiento desde la percepción del adulto mayor, Hospital Regional Virgen de Fátima, Chachapoyas – 2015	50
TABLA 03: Calidad de cuidados de enfermería y adaptación en el proceso de envejecimiento desde la percepción del adulto mayor, Hospital Regional Virgen de Fátima, Chachapoyas – 2015.	51

ÍNDICE DE GRÁFICOS

	Pág.
TABLA 01: Calidad de cuidados de enfermería desde la percepción del adulto mayor, Hospital Regional Virgen de Fátima, Chachapoyas – 2015	49
TABLA 02: Adaptación en el proceso de envejecimiento desde la percepción del adulto mayor, Hospital Regional Virgen de Fátima, Chachapoyas – 2015	50
TABLA 03: Calidad de cuidados de enfermería y adaptación en el proceso de envejecimiento desde la percepción del adulto mayor, Hospital Regional Virgen de Fátima, Chachapoyas – 2015.	51

ÍNDICE DE ANEXOS

	Pág.
ANEXO 01: Escala de evaluación de adaptación en el proceso de envejecimiento.	63
ANEXO 02: Escala de calidad de cuidados de enfermería	66
ANEXO 03: Validez de los instrumentos de medición	69
ANEXO 04: Confiabilidad de los instrumentos de medición	71
ANEXO 05: Calidad de cuidados de enfermería según sexo desde la percepción del adulto mayor, Hospital Regional Virgen de Fátima, Chachapoyas – 2015.	72
ANEXO 06: Calidad de cuidados de enfermería según edad desde la percepción del adulto mayor, Hospital Regional Virgen de Fátima, Chachapoyas – 2015.	73
ANEXO 07: Adaptación en el proceso de envejecimiento según sexo desde la percepción del adulto mayor, Hospital Regional Virgen de Fátima, Chachapoyas – 2015	74
ANEXO 08: Adaptación en el proceso de envejecimiento según edad desde la percepción del Adulto Mayor, Hospital Regional Virgen de Fátima, Chachapoyas – 2015	75

RESUMEN

El presente trabajo de investigación de enfoque cuantitativo, de nivel relacional, de tipo observacional, prospectivo, transversal y analítico, se realizó con el objetivo de determinar la relación que existe entre la calidad de cuidados de enfermería y la adaptación en el proceso de envejecimiento desde la percepción del adulto mayor, Hospital Regional Virgen de Fátima, Chachapoyas 2015. La población estuvo conformada por 67 adultos mayores hospitalizados en el servicio de medicina. Se utilizó como instrumentos: la escala de calidad de cuidados de enfermería (validez: $VC= 8.88178 > VT= 1.6449$ y la confiabilidad: 0.899785) y la escala de evaluación de adaptación en el proceso de envejecimiento (validez: $VC= 8.88178 > VT= 1.6449$ y la confiabilidad: 0.899785). Los resultados evidencian que ningún adulto mayor que tiene una adaptación al proceso de envejecimiento desfavorable percibe una calidad de cuidados mala, el 7.5% percibe una calidad de cuidados mala y tiene una adaptación medianamente favorable, el 1.5% percibe una calidad de cuidados mala y tiene una adaptación favorable, el 1.5% de adultos mayores perciben una calidad de cuidados regular y tienen una adaptación desfavorable, el 32.8% percibe una calidad de cuidados regular y tienen una adaptación medianamente favorable, el 10.4% percibe una calidad de cuidados regular y tienen una adaptación favorable, el 7.5% de adultos mayores perciben una calidad de cuidados buena y tienen una adaptación desfavorable al proceso de envejecimiento, el 28.4% percibe una calidad de cuidados buena y tienen una adaptación medianamente favorable, el 10.4% percibe una calidad de cuidados buena y tienen una adaptación favorable. Los resultados de la prueba estadística Ji cuadrado ($X^2 = 4.007$; $gl = 4$; $p = 0.405 > 0.05$) indican que no existe una relación significativa entre la calidad de cuidados de enfermería y la adaptación en el proceso de envejecimiento desde la percepción del adulto mayor.

Palabras claves: calidad de cuidados, adaptación, proceso de envejecimiento, adulto mayor.

ABSTRACT

The present research of quantitative approach, of relational level, of type: observational, prospective, transversal and analytic, it was conducted to determine the relationship between the quality of nursing care and adaptation in the aging process from the perception of the elderly, Virgen de Fátima Regional Hospital, Chachapoyas 2015. The population consisted of 67 elderly hospitalized in the service of medicine. We used as instruments : the quality scale nursing care (Validity: $VC = 8.88178 > VT = 1.6449$ and reliability : 0.899785) and the evaluation scale adaptation in the aging process (validity: $VC = 8.88178 > VT = 1.6449$ and reliability : 0.899785) The results show that any senior who has adapted to the process of aging unfavorably perceived poor quality care, 7.5 % receive poor quality care and has a fairly favorable adaptation, 1.5 % receive poor quality care and have a favorable adaptation, 1.5% of older adults regularly receive quality care and have an unfavorable adaptation, 32.8 % receive regular quality care and have a fairly favorable adaptation, 10.4 % receive regular quality care and have a favorable adaptation, 7.5% of seniors receive good quality care and have an unfavorable adjustment to the aging process, 28.4 % receive good quality care and have a fairly favorable adaptation, 10.4 % receive good quality care and have a favorable adaptation. The results of the statistical test Ji square ($X^2 = 4.007$, $gl = 4$, $p = 0.405 > 0.05$) indicate that there is no significant relationship between the quality of nursing care and adaptation in the aging process from the perception of the elderly.

Keywords: quality of care, adaptation, aging, elderly.

I. INTRODUCCIÓN

El envejecimiento es un proceso natural que consiste en deterioro progresivo del organismo; comienza antes del nacimiento y continúa durante todo el ciclo de vida. No obstante las personas no envejecen de la misma manera, y ya está bien documentado que la calidad de vida y el funcionamiento durante la vejez es el resultado a las acciones y omisiones que se desarrollan durante las diferentes etapas de la vida (MINSA, 2004).

La adaptación al envejecimiento no es tarea fácil para los adultos mayores y requiere que los profesionales que participan en su cuidado se caractericen por una muy especial vocación y amor al trabajo con este grupo etario, lo que se traduce en una actitud que tiene valores como: el respeto por el otro, la autonomía y la compasión para brindar cuidados humanizados al adulto mayor y que se extiende también a su grupo directo de cuidadores, en general, la mayoría de especialistas en el tema definen el envejecimiento como las transformaciones físicas, metabólicas, mentales y funcionales que se producen a lo largo del tiempo, que comportan una disminución de la capacidad de adaptación a los cambios del entorno y una mayor dificultad para mantener estable el medio interno. Esto lleva a un aumento de la vulnerabilidad y de la fragilidad. Este proceso es continuo, irreversible e inevitable de manera que al final llega la muerte (Iglesias, 2004, p. 17).

La calidad de cuidados se define como: “el conjunto de servicios diagnósticos y terapéuticos más adecuados para conseguir una atención sanitaria óptima, teniendo en cuenta todos los factores y conocimientos del paciente y del servicio médico, logrando un resultado con el mínimo riesgo de efectos y la máxima satisfacción del paciente” (OMS, 2001).

A nivel mundial, en las diferentes reuniones internacionales celebradas en la última década por la Organización Mundial de la Salud, la Organización Panamericana de la Salud y el Consejo Internacional de Enfermería, se ha reconocido la importancia de los servicios de enfermería en los sistemas de salud y se ha instado a los gobiernos a desarrollar estrategias que fortalezcan estos servicios para contribuir a satisfacer las necesidades de salud de los individuos y de la comunidad; así mismo para apoyar eficazmente la gestión y el desarrollo de los

sistemas y servicios de salud en especial en los países de la Región de las Américas, teniendo en cuenta, tanto sus características socioeconómicas particulares, como las reformas de los sistemas de salud (Ávila, 2008, p. 34).

En Latinoamérica, el proceso de envejecimiento se caracteriza tanto por una velocidad sin precedentes, como por el crecimiento acelerado en la demanda de servicios de salud. Lo cual representa un grave problema en países pobres, marcados por desigualdades sociales y económicas y una disminución en el acceso a los recursos y cuidado en salud. Se puede apreciar que a nivel de crecimiento de la humanidad y de acuerdo a las investigaciones de la ciencia médica y psicológica la etapa del adulto mayor, se inicia a los 60 años y ésta se caracteriza por una creciente disminución de las fuerzas físicas, lo que, a su vez, ocasiona en la mayoría una sensible y progresiva baja de las cualidades de su actividad mental. Es así, que la depresión ocupa el primer lugar en cuanto a frecuencia dentro de las enfermedades que aquejan preferentemente a los ancianos que se encuentran inmersos a partir de esta edad (Guerra, 2009, p.78).

En el Perú, el 72% de centros hospitalarios reconocidos, dentro de la unidad médica, indican que el paciente pierde sus rasgos personales e individuales, sus sentimientos y valores no se toman en cuenta, se pone en el olvido su dimensión emocional y personal única en cada paciente. Es verdad que no se pueden crear vínculos afectivos con los usuarios, pero esto no debe impedir, ni dejar que se produzca la ausencia de calidez en las relaciones humanas (Parra, J. 2004).

Hoy en día la calidad de cuidados es un aspecto clave, especialmente en los servicios de salud, lo que ha llevado a todos los Ministerios de Salud a realizar cambios en el sistema de gestión de calidad, el cual tiene como objetivo mejorar la calidad de cuidados en los servicios, a través de la generación de una cultura de calidad, sensible a las necesidades de los usuarios que exigen también un cuidado con calidez (trato humanizado). En este contexto se hace necesario plantear cambios radicales en la manera como se prestan los servicios de salud, estos cambios deben ir enfocados a garantizar servicios de calidad que satisfagan las necesidades y expectativas de los usuarios (Ariza, C. 2005).

En el Hospital Regional Virgen de Fátima, especialmente en el servicio de medicina se ha observado que muchos de los adultos mayores se encuentran en un estado de

abandono por sus familiares, algunos reciben visitas otros no, se muestran tristes, aislados y otros manifiestan sentirse solos, inútiles y que nadie les quiere. Además se observa que el personal de enfermería solo se acerca al adulto mayor a quien cuidan para administrarle el tratamiento indicado, y se pudo evidenciar la opinión que realizan los adultos mayores indicando que: "...nunca los enfermeros/as tienen tiempo para nosotros..." "...siempre se muestran muy ocupados...". Tomando en cuenta la problemática descrita líneas arriba, se planteó el siguiente problema de investigación: ¿Cuál es la relación que existe entre la calidad de cuidados de enfermería y adaptación en el proceso de envejecimiento desde la percepción del adulto mayor, Hospital Regional Virgen de Fátima, Chachapoyas - 2015?

En tal sentido los resultados presentados serán útiles para proporcionar información sobre la calidad de cuidados y su relación con la adaptación en el proceso de envejecimiento desde la percepción del adulto mayor, lo que permite obtener un diagnóstico para los sectores que abordan esta problemática; por tanto sirve para investigaciones futuras que guarden relación con el objeto de estudio.

Finalmente la hipótesis alterna formulada para el presente estudio fue la siguiente: existe una relación estadísticamente significativa entre la calidad de cuidados de enfermería y la adaptación en el proceso de envejecimiento desde la percepción del adulto mayor, Hospital Regional Virgen de Fátima, Chachapoyas – 2015; y la hipótesis nula: no existe una relación estadística entre la calidad de cuidados de enfermería y la adaptación en el proceso de envejecimiento desde la percepción del adulto mayor, Hospital Regional Virgen de Fátima, Chachapoyas – 2015. Dichas hipótesis fueron contrastadas en la presente investigación.

La tesis está organizada en capítulos referidos a introducción, objetivos, base teórica, material y métodos, resultados, conclusiones y recomendaciones.

II. OBJETIVOS

2.1. General

- Determinar la relación que existe entre la calidad de cuidados de enfermería y adaptación en el proceso de envejecimiento desde la percepción del adulto mayor, Hospital Regional Virgen de Fátima Chachapoyas - 2015.

2.2. Específicos

- Identificar la calidad de cuidados de enfermería desde la percepción del adulto mayor, Hospital Regional Virgen de Fátima Chachapoyas - 2015.
- Valorar la adaptación al proceso de envejecimiento desde la percepción del adulto mayor, Hospital Regional Virgen de Fátima Chachapoyas - 2015.
- Caracterizar la población objeto de estudio.

III. BASE TEÓRICA

A. CALIDAD DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

1. Definición:

La calidad de cuidados de enfermería se puede definir como la consecución del conjunto de características y acciones que posibilitan la restauración en cada paciente, del nivel de salud que nos es dado remitirle. Esta definición está basada en la definición de la función propia de enfermería que nos aporta Virginia Henderson; así que la interacción enfermera-paciente es un punto importante de la calidad de cuidados brindados al paciente. Para que se establezca una buena relación, la enfermera debe comprometerse a identificar y resolver las necesidades que considere convenientes como ser humano, y este a confiar y seguir las recomendaciones. Cuando se trata con personas enfermas en la calidad de atención inmediata, se identifica cuatro prácticas básicas para la enfermería ellas son: la observación, preparación de informes, registro y acciones llevadas a cabo en el paciente (Ariza, 2005, p. 125 - 128).

Según la Organización Mundial de la Salud define la calidad como: “el conjunto de servicios diagnósticos y terapéuticos más adecuados para conseguir una atención sanitaria óptima, teniendo en cuenta todos los factores y conocimientos del paciente y del servicio médico, logrando un resultado con el mínimo riesgo de efectos y la máxima satisfacción del paciente” (OMS, 2001)

El término calidad proviene del latín “qualitas” que significa cualidad, manera de ser. Según el Diccionario de la Real Academia de la Lengua Española, calidad es una propiedad o conjunto de propiedades inherentes a una cosa, que permiten apreciarla como igual, mejor o peor que las restantes de su especie.

El término calidad ofrece resistencia a una única definición si se tiene en cuenta que existen diversos significados y por lo tanto éste depende de las necesidades, del contexto, de los interesados y de las expectativas para las que se utilice. En un comienzo la calidad se encontró asociada a sectores de la fabricación y servicios, posteriormente se le dió aplicación en el área de educación, la salud y en general en todos los sectores productivos. Es así como el término de calidad

aplicado en el área de la salud encierra una manera particular que permite comparar, evaluar y por lo tanto establecer mejoras en las prácticas relacionadas con la prestación de servicios en salud.

La calidad del cuidado de la salud es “la medida en que los servicios de salud tanto los enfocados a los individuos como a las poblaciones mejoran la probabilidad de unos resultados de salud favorables y son pertinentes al conocimiento actual profesional” (Suñol, 2002, p. 99).

Plantea seis enfoques sobre el concepto de calidad: Características o ingredientes del producto que son medibles; excelencia innata del producto; el usuario o consumidor es el que determina la calidad de un producto o servicio en términos de su satisfacción; perspectiva de la oferta en la cual el producto o servicio cumple con los requerimientos técnicos exigidos; precios y costos y en el cual un servicio de calidad es aquel que proporciona o logra un gran desempeño a un precio aceptable (Wolfgan, M. 2004. pp. 56 - 60).

Calidad es “el tipo de atención que se espera que va a maximizar el bienestar del paciente una vez tenido en cuenta el balance de ganancias y pérdidas que se relacionan con todas las partes del proceso de atención” (Donabedian, 2006, p.56).

La calidad es un proceso que debe responder a las necesidades y expectativas de las personas, debe ser consistente y profesional, eficiente y productiva, con trato personalizado y no interrumpido, efectivo y mejorado continuamente que impacte en el cliente y en el mercado. Es la propiedad o conjunto de propiedades inherentes a una cosa que permiten apreciarla como igual, mejor o peor que las restantes de su especie (Donabedian, 2006, p.58).

2. Dimensiones de la calidad

La calidad en salud se determina por una serie de características o aspectos necesarios para que el proceso asistencial sea considerado de calidad, lo cual se conoce como dimensiones de la calidad; propone tres dimensiones; los aspectos técnicos de la atención, las relaciones interpersonales que establecen entre

proveedor – usuario y el contexto o entorno de la atención (Donabedian, 1990, p.87).

a) Dimensión técnica:

Referidas a los aspectos técnicos de la atención buscando las mejores acciones y procedimientos seguros y comprobados a realizar sobre el paciente en la balanza calidad – ética, riesgo - beneficio, tiene como características buscar: “efectividad referida al logro de los mejores resultados; eficacia, aplicación de las normas de la prestación de servicio, eficiencia, uso adecuado de recursos para obtener resultados esperados, continuidad en la prestación, seguridad, integridad y ética”. La atención de Enfermería en esta dimensión se traduce en el desempeño profesional óptimo en todo procedimiento y técnicas de enfermería demostrando su competencia técnica – científica, cumpliendo con el tratamiento médico en forma continua, brindando atención oportuna y continua previniendo situaciones de riesgo (Donabedian, 1990, p. 89).

b) Dimensión humana:

Referido al aspecto humanístico de la atención que se constituye en la razón de ser de los servicios de salud, Tiene como características: “las relaciones interpersonales proveedor - usuario, respeto a los derechos humanos, información completa veraz, oportuna entendida por el usuario, interés manifiesto en la persona en sus percepciones y necesidades, amabilidad y empatía, trato cordial, cálido y empático en la atención”. Dentro de la calidad de atención de enfermería esta se traduce en la habilidad para establecer la interrelación enfermera – paciente mediante la relación empática que refleja interés para ayudar al paciente considerándole como un ser biopsicosocial para la satisfacción de sus necesidades (Donabedian, 1990, p. 91).

c) Dimensión de entorno:

Referido al contexto del servicio de atención de salud, lo cual implica un nivel básico de comodidad, privacidad, ambientación y el elemento de confianza que siente el usuario por el servicio. La atención de enfermería en

esta dimensión se traduce en favorecer un clima agradable y cómodo, respetando su privacidad al realizar algún procedimiento que atente contra su intimidad (Donabedian, 1990, p.92).

“El eje central de enfermería es el ejercicio de cuidar” por lo que se debe ofrecer un cuidado de enfermería holístico, ya que el hombre es único e indivisible y ha de cuidarse en todas sus dimensiones, puesto que si falla la atención en una de ellas, se produce un desequilibrio repercutiendo en las demás dimensiones (Watson, J. 1988. pp. 467 - 472).

Los cuidados enfermeros son como un proceso interpersonal terapéutico, entre una persona que tiene necesidad de ayuda y una enfermería capaz de responder a la necesidad de ayuda, la utilización terapéutica de sus conocimientos y de su propia persona llevan a la enfermera a practicar el arte enfermero (Hildegard, 2012, p. 458).

Cuidado es el proceso interactivo por el que la enfermera y el cliente se ayudan mutuamente para desarrollarse, actualizarse y transformarse hacia mayores niveles de bienestar. El cuidado es alcanzado por una conciencia e íntima apertura del yo al otro por una determinación sincera de compartir emociones, ideas técnicas y conocimientos (Planner, 2002, p. 354).

Cuidar es prestar una especial consideración a la dimensión psicológica, emocional y moral de la salud y la enfermedad... se trata de valorar a la persona en términos de humanidad centrándose en sus necesidades y en un cuidado comprensivo y sensible... satisfaciendo la necesidad humana de estima a través de la manifestación del compromiso y el interés por cuidar. Destaca la necesidad de ofrecer un cuidado de enfermería de sentido holístico, el cual se basa en la satisfacción de sus necesidades humanas del paciente (Medina, 2003, p. 674 – 675).

3. La calidad como indicador de excelencia

El nivel de la calidad asistencial es un indicador de excelencia en la atención al paciente. Es la resultante de la interacción de tres factores concurrentes como son el correcto desempeño profesional, el estricto cumplimiento del

marco normativo institucional y la buena relación personal de salud usuario, todos ellos de profundos contenidos éticos para brindar cuidados con calidad y calidez, como son: (Tovar, 2003, p. 9).

a) Buena relación:

Al interior de este elemento de satisfacción se identifican los siguientes componentes:

- Las oportunidades de interacción e intercambio de mensajes entre el personal de salud y el paciente.
- La actitud abierta y sensible del personal de salud hacia las necesidades del paciente.
- El trato digno y respetuoso ausente de cualquier indicio de violencia, que el personal de salud brinda en todo momento al paciente (Tovar, 2003, p. 9).

b) Confianza y empatía

La confianza y la empatía están ligadas a las posibilidades de intercambio de mensajes y el aspecto afectivo que el personal de salud establece con el paciente. La empatía es la capacidad de entender el problema de la otra persona desde su perspectiva.

La expresión corporal o lenguaje no verbal del personal de salud ayuda a crear mucho una relación de confianza con los pacientes y satisfacción de los mismos.

Los pacientes sienten más confianza cuando tiene la libertad de hacer preguntas sobre las explicaciones que ha dado el personal de salud o cuando se le responde con facilidad y buen trato a sus requerimientos de información (Tovar, 2003, p. 10).

c) Seguridad

Existen algunas condiciones que tiene que ver con aquellos aspectos que faciliten que el usuario de los servicios se sienta seguro en relación con el personal de salud.

- La diligencia que es la actitud de servicio del personal de salud que tiene con respecto a su trabajo en la disposición de atender a los pacientes.
- La disponibilidad hace referencia a la satisfacción acontecida a partir del hecho de que el personal de salud atienda bien en cualquier momento y bajo cualquier circunstancia.
- El personal de salud que inspire seguridad hace que los pacientes se sientan satisfechos debido a la seguridad que le inspira el personal de salud (Tovar, 2003, p.10 - 11).

d) Información

Los pacientes se sienten satisfechos de recibir explicaciones o información detallada sobre el estado de salud, así como con relación al diagnóstico, los exámenes, el tratamiento, etc. que les ofrecen (Tovar, 2003, p. 11).

e) Contexto físico

Se refiere lo agradable que resulta para los pacientes el ambiente en donde recibe la atención, comprende aspectos visuales como son la limpieza, la decoración del servicio, el uniforme del personal de salud y otro de carácter psicológico directamente comprometidos con el respeto a la persona y que son: la privacidad del ambiente en donde se realiza la atención, de manera tal que no viola su intimidad. La no presencia de gente ajena en la atención, a menos que se tenga el consentimiento del usuario previa explicación de las razones de su presencia (Tovar, 2003, p. 11- 12).

4. Trato a las personas atendidas:

El trato es la situación que se logra cuando las interacciones entre el usuario y el sistema de salud se efectúan tomando en cuenta y satisfaciendo las legítimas expectativas del usuario (Arellano, 2011, p. 40).

a) Un buen trato:

Se entiende por buen trato una actitud, una forma de vida, una toma de conciencia que involucra el conocimiento personal y la aceptación del otro como legítimo otro, dejando entre paréntesis nuestros prejuicios, y que nos permite desarrollar un vínculo y relación interpersonal afectiva, carente de amenaza, plena en la integración y apertura consigo mismo y con los demás. El buen trato es una instancia de comunicación y relación humana recíproca, considerándose como un encuentro, que se relaciona con la manera en que se percibe de los demás y como se percibe así mismo (Arellano, 2011, p. 41).

b) Importancia de la evaluación del trato adecuado:

Los objetivos intrínsecos de los sistemas de salud son mejorar el nivel de salud de la población, responder de una manera más adecuada a las expectativas no médicas de sus usuarios, disminuir la desigualdad en el trato y en los niveles de salud de la población y establecer mecanismos para evitar que la población a la que el sistema sirve sufra graves contingencias financieras debidas a los gastos generados por la atención a la salud. Esta definición se inserta en un marco teórico que busca evitar una relación asimétrica entre el usuario y el sistema. Dado que el desempeño del sistema en materia de atención a la salud es evaluado a través de los logros alcanzados con relación al estado de salud de la población, la evaluación del trato adecuado sirve para medir el desempeño del sistema en los aspectos no médicos de su relación con el usuario (Arellano, 2011, p. 41).

c) El trato adecuado es un objetivo intrínseco del sistema:

En todo sistema no sólo el de salud la población a la que el sistema sirve tiene expectativas en relación al trato que debe recibir. Estas expectativas son tan importantes que, en algunos casos, pueden definir el modelo de atención del sistema. Otro aspecto importante es el hecho de que, por naturaleza, la interacción del usuario y el sistema se efectúa en condiciones que suelen colocar al usuario en una situación de vulnerabilidad. Bajo esta perspectiva, garantizar el respeto a los derechos básicos de los individuos es una meta social ineludible para los sistemas de salud. De este modo, mejorar el trato que el sistema ofrece a sus usuarios implica promover una mejoría en el bienestar de dicha población, independientemente del resultado de la intervención médica. En resumen, el trato adecuado es un objetivo intrínseco porque es un objetivo final no instrumental que es deseable por su propia naturaleza (Arellano, 2011, p. 42).

d) El trato adecuado:

Es un concepto relativamente nuevo que debe ser claramente diferenciado del concepto de "satisfacción del paciente", el cual es un consolidado de las interacciones clínicas (técnicas) y los aspectos no médicos (subjetivos). El trato adecuado se enfoca exclusivamente en los aspectos no médicos de la interacción del usuario con el sistema y no incorpora los aspectos clínicos de esta interacción (Parra, 2004. p. 216 - 218).

Evaluar la calidad de un servicio de salud desde lo subjetivo se hace cada vez necesario. Cuando se les pregunta a los usuarios de un servicio de salud qué buscan en un profesional de la salud, las respuestas están relacionadas con aspectos subjetivos, como:

1. Disponibilidad
2. Prontitud
3. Apariencia

4. Minuciosidad

5. Respeto

6. Interés

e) Dominios del trato adecuado:

Los 8 dominios del trato adecuado pueden definirse de manera somera como sigue:

- **Autonomía.** Significa libertad para “autodirigirse” y tiene estrecha relación con el concepto de “empoderamiento” del usuario.

Concretamente, se refiere a que el sistema respete el derecho del usuario para rehusar algún tratamiento y de ser consultado en relación a las decisiones que se tomen con respecto a su salud.

- **Trato digno.** Es el derecho de los usuarios a ser tratados como personas en toda la extensión de la palabra más que como pacientes debido a la relación asimétrica que la enfermedad o discapacidad puede establecer. Involucra el derecho de libertad de movimientos, el respeto a la privacidad e intimidad de las personas y el ser tratado cordialmente por todo el personal médico y no del sistema. Que el usuario reciba un trato humano, goce plenamente de todos sus derechos y no reciba agravios a su dignidad.
- **Confidencialidad.** Se refiere a que la información provista por el usuario y la generada como resultado de la consulta debe salvaguardarse y no ser divulgada sin consentimiento expreso de los individuos.
- **Comunicación.** Es el derecho del usuario a hacer todas las preguntas que considere necesarias y a recibir toda la información

relacionada con su padecimiento y tratamiento en forma clara para él.

- **Atención pronta.** La atención médica requerida debe ser provista lo suficientemente rápido para que no cause molestia o agrave el padecimiento subyacente. Es importante agregar que bajo el marco teórico que fundamenta la medición del trato adecuado, deben incluirse los tiempos de traslado ya que la evaluación no debe limitarse a la interacción en el ambiente clínico sino al sistema como un todo, incluyendo las condiciones de accesibilidad y disponibilidad de recursos físicos y humanos, es decir que el tiempo transcurrido entre la búsqueda de atención y la provisión del servicio no genere riesgos o molestias además de las que ocasionó la búsqueda de atención.
- **Acceso a redes sociales.** Los servicios de salud deben tomar en cuenta que el bienestar del usuario se ve favorecido al permitir que se mantenga el contacto con sus familiares y amigos, así como el respetar sus creencias religiosas cuando este sea el caso y no altere la dinámica de la atención médica
- **Capacidad de elección.** Ya que ciertos individuos pueden tener preferencias sobre el sexo o edad entre otros aspectos de las personas que le van a tratar, la capacidad de elegir al proveedor institucional y personal de la atención requerida debe ser un derecho contemplado y respetado por el sistema de salud (Arellano, 2011, p. 46).
- **Calidad de las comodidades básicas.** Este es un dominio que algunos han llamado de “hotelería”. Se refiere al hecho de que la alimentación proporcionada debe ser de calidad y provista en cantidad suficiente, que los baños, salas de espera y consultorios deben estar limpias y bien ventiladas además de ser confortables (Arellano, 2011, p. 42 - 45).

f) Diferencias entre trato adecuado y satisfacción del paciente:

La satisfacción del paciente representa una mezcla compleja de necesidades percibidas, expectativas y experiencias previas en la interacción con el sistema. Además, generalmente involucra la percepción y satisfacción con los aspectos médicos y no médicos de una interacción desarrollada en ámbitos clínicos. El trato adecuado, por su parte, además de que procura evitar el uso del término “paciente”, busca evaluar sólo los aspectos no médicos de la interacción y no se enfoca de manera exclusiva en los ámbitos clínicos sino en el sistema de salud como un todo (Daza de Caballero, 2009. p. 45 - 48).

g) Evaluación del trato adecuado:

Debido a que los sistemas regulares de información no recaban información sobre el desempeño del sistema en materia de trato y a que las encuestas tradicionales de salud suelen obtener información más bien relacionada con satisfacción del paciente, la medición del trato adecuado se lleva a cabo en ejercicios ad hoc donde se recaba información sobre los 8 dominios que comprende el concepto y sobre las expectativas de los usuarios a fin de poder ajustar los resultados finales por dichas expectativas para que los resultados puedan ser comparados en forma válida (Arellano, 2011, p. 40).

• Trato respetuoso:

Los pacientes tienen el derecho a un trato considerado y respetuoso, con reconocimiento a su dignidad personal y con consideración de las variables culturales, espirituales y psicológicas que influyen su percepción de enfermedad. Se le proveerá acompañante si lo desea.

• Privacidad y confidencialidad:

Los pacientes, o sus representantes legales, tienen derecho al acceso de la información contenida en su expediente médico dentro de los parámetros de la ley. Para más información refiérase al documento

titulado: Información Médica Privada, que puede conseguir en la Oficina de la Procuradora de Pacientes o en todas las clínicas.

• **Identidad:**

Los pacientes tienen el derecho de conocer en todo momento la identidad, estado profesional y credenciales profesionales del personal médico que les atiende. También tienen el derecho de saber el nombre de los proveedores médicos responsables por su cuidado.

• **Explicación del cuidado:**

Los pacientes tienen el derecho a una explicación respecto a su diagnóstico, tratamiento, procedimientos y pronóstico de su enfermedad en términos que puedan entender. Cuando no es médicamente aconsejable que se le dé tal información al paciente.

• **Consentimiento informado:** Los pacientes tienen el derecho a que se les provea en lenguaje que sea apropiado o simple de entender, información necesaria para tomar la decisión de rechazar o consentir a su tratamiento médico. Esta información debe de incluir complicaciones significativas, riesgos, beneficios y tratamientos alternos disponibles.

• **Ambiente seguro:** Los pacientes tienen el derecho a cuidado y tratamiento médico en un ambiente seguro.

• **Costos:** Los pacientes tienen derecho a una explicación de los costos financieros resultantes de su cuidado médico.

• **La calidad:** Significa buena utilización de recursos equipos, materiales, información y recursos humanos sobre todo y por consiguiente supone costos bajos y productividad elevada, minimiza o evita riesgos, hay fidelidad del usuario y satisfacción (Arellano, 2011, p. 46 - 47).

h) La calidad total del servicio, no depende solamente de los aspectos objetivos:

La calidad de un servicio tiene dos componentes: el componente objetivo y el subjetivo.

- **Calidad objetiva** será que el procedimiento cumpla los estándares determinados por la evidencia científica, ejemplo si una persona requiere una cirugía,
- **Calidad subjetiva** consiste en que el paciente se considere bien atendido y satisfecho

i) La prestación de un servicio de salud:

- Requiere una mayor coordinación entre los factores humanos y técnicos de la organización; si algo falla, atenta contra la calidad de la prestación.
- Implican mayor posibilidad de cometer errores en la prestación, toda vez que su aplicación y consumo son simultáneos.
- El servicio mejor diseñado puede fracasar durante su aplicación debido a la alta interconexión del factor humano, el cual, si no está entrenado para garantizar la homogeneidad de la prestación, hará que el mismo servicio tenga prestaciones distintas.
- El paciente interviene en la elaboración del servicio, lo está consumiendo mientras se le presta.
- Requiere de un mayor tiempo de relación cliente - organización. A diferencia del producto, que sale de la fábrica y atravesando diversos canales de distribución llega al consumidor; en el caso del servicio de salud el cliente participa todo el tiempo en la prestación.
- En los servicios no hay marcha atrás, pues son prestaciones particulares cada vez; son únicas, buenas o malas, y su efecto permanece en la mente del cliente, por tanto es necesario siempre

asegurar prestaciones de calidad a fin de asegurar una buena percepción del cliente acerca del servicio prestado.

Existe una alta intervención de los factores emocionales. Los estados anímicos del paciente (cliente) y de quien le presta el servicio influyen sobre el resultado final del proceso. La actitud de las personas depende de su pasado, su presente y su percepción de futuro (Arellano, 2011, p. 48).

- **Pasado:** mi comportamiento tiene raíces del pasado. Así como me trataron a mí, así yo trato a esta persona.
- **Presente:** mi comportamiento se origina en mis sensaciones. ¿Cómo me siento haciendo esto? ¿Es desagradable hacer esto?
- **Futuro:** mi comportamiento esta originado en mis deseos. Si atiendo bien a esta persona podría ser que me recomiende para otro caso.

j) El trato inadecuado:

Existen múltiples definiciones sobre el maltrato a personas mayores, una de las más aceptadas generalmente es la desarrollada por la organización Acción contra el maltrato al adulto mayor. Según esta definición el maltrato al cliente "en un acto (único o reiterado) u omisión que causa daño o aflicción a una persona que se produce en el seno de cualquier relación donde exista una expectativa de confianza" (Esquivel, 2011, p. 2)

Existen diferentes tipos de maltrato:

- **"Falta de atención"** en la satisfacción de necesidades de aseo y/o confort con el tiempo prolongado que demoraba el personal de salud en atender llamados de solicitud y retiro de chatas y la falta de cooperación en la realización del aseo personal, en especial de aquellos más dependientes (Roa, 1995, p. 54)

- **"Frialdad en el trato"** del personal de salud es otro aspecto considerado como violentador por el paciente/usuario de los servicios hospitalarios, que se identifican con conductas poco empáticas e impersonales. Los pacientes identifican este trato impersonal, por ejemplo, al ser tuteados por el personal que les atiende y a la relación indiferente que los funcionarios de salud establecen con ellos. Este trato frío e indiferente también es un factor estresante en los pacientes durante la hospitalización ya que las personas en esta condición necesitan establecer una relación de confianza con el personal a cargo de su cuidado (Roa, 1995, p. 56).
- **"Trato inequitativo"** hacer diferencias en el trato y por ende en el respeto a los derechos de los pacientes según la clase social a la que éstos pertenecen, favoreciendo aquellos que se encuentran en mejores estratos socioeconómicos y dando un maltrato a los que viven en situación de pobreza y tienen bajo nivel educacional, ya que las personas que responden a este perfil, no poseen un capital lingüístico para negociar con los profesionales de salud y exigir una buena atención en salud (Roa, 1995, p. 55)
- **"Falta de intimidad"** definida como "toda aquella realidad oculta, relativa a un sujeto o grupo determinado que merece reserva". Ésta se ve de alguna manera vulnerada en el paciente hospitalizado, el que se manifiesta desde la invasión no sólo al espacio territorial, reducido a una cama y un velador, sino también al ser examinado en su unidad por innumerables personas a las que generalmente desconoce y respondiendo preguntas relativas a su historia de vida personal, muchas veces sin una explicación previa del porqué son necesarios estos procedimientos y estas respuestas (Roa, 1995, p. 55).

B. PROCESO DE ENVEJECIMIENTO

1. Definición:

El envejecimiento es un proceso exterminador, progresivo, intrínseco y universal que con el tiempo ocurre en todo ser vivo a consecuencia de la interacción de la genética del individuo y su medio ambiente. Podría también definirse como todas las alteraciones que se producen en un organismo con el paso del tiempo y que conducen a pérdidas funcionales y a la muerte (Galindo, 2008, p. 243)

El envejecimiento se ha definido como un proceso de deterioro donde se suman todos los cambios que se dan con el tiempo en un organismo y que conducen a alteraciones funcionales y a la muerte. Estos cambios en el orden morfológico, psicológico, funcional y bioquímico se caracterizan por una pérdida progresiva en el tiempo de la capacidad de adaptación y la capacidad de reserva del organismo que produce un aumento progresivo de la vulnerabilidad ante situaciones de estrés y finalmente la muerte. Se ha definido por tanto, primero como una etapa de la vida y posteriormente como un proceso de deterioro por suma de déficit con el paso de los años (Galindo, 2008, p. 244).

Según la Organización Mundial de la Salud, en distintas épocas el proceso de envejecer ha sido denominado de diferentes formas: ancianidad, senectud, senescencia, senilidad, gerontos, abuelos, tercera edad, cuarta edad, adultos mayores, entre otros. Una persona mayor es quien tiene 60 años y más (OMS. 2001)

El envejecimiento es un proceso natural que consiste en deterioro progresivo del organismo; comienza antes del nacimiento y continúa durante todo el ciclo de vida. No obstante las personas no envejecen de la misma manera y ya está bien documentado que la calidad de vida y el funcionamiento durante la vejez es el resultado a las acciones y omisiones que se desarrollan durante las diferentes etapas de la vida. (MINSAL, 2004).

Si ven sus vidas como improductivas, se sienten culpables por sus acciones pasadas o consideran que no han logrado sus metas en la vida, se sienten descontentos con la vida, apareciendo la desesperación, que a menudo da lugar a depresión (Muñoz, 2002. p. 205 - 207).

La etapa final de la vida, conocida también como tercera edad, se inicia aproximadamente a los 60 años. Se caracteriza por una creciente disminución de las fuerzas físicas, lo que, a su vez, ocasiona en la mayoría una disminución progresiva de las cualidades de su actividad mental.

La declinación biológica se manifiesta por una creciente disminución de las capacidades sensoriales y motrices y de la fuerza física; las crecientes dificultades circulatorias, ocasionadas por el endurecimiento de las arterias; y en general el progresivo deterioro del funcionamiento de los diversos órganos internos como consecuencia de la declinación biológica y por factores ambientales, también se van deteriorando las funciones intelectuales (inteligencia, memoria, pensamiento, etc.), pero este deterioro es muy distinto en las diversas personas, dándose el caso de ancianos de avanzada edad que se conservan en excelente forma. Los rasgos de la personalidad y del carácter se van modificando. Los ancianos que han tenido una adultez inmadura no saben adaptarse con facilidad a sus nuevas condiciones de vida. Manifiestan entonces una marcada tendencia a la desconfianza, el egoísmo, la crítica aguda (especialmente a los jóvenes) y reaccionan agriamente contra sus familiares y el ambiente social. El anciano va perdiendo el interés por las cosas de la vida, y viviendo cada vez más en función del pasado, el mismo que evoca constantemente, ya que el presente y el futuro le ofrecen pocas perspectivas. Por eso es predominantemente conservador y opuesto a los cambios, pues así se siente seguro (Cerde, 2009, p. 12).

El adulto mayor pasa por una etapa de la vida que se considera como la última, en la que los proyectos de vida ya se han consumado, siendo posible poder disfrutar de lo que queda de vida con mayor tranquilidad. Usualmente las personas de la tercera edad han dejado de trabajar o

bien se jubilan, por lo que su nivel de ingresos decrece en forma considerable, lo que junto con los problemas de salud asociados a la edad pueden traer consecuencias en todos los ámbitos de su vida. Esta situación hace que las personas de la tercera edad muchas veces sean consideradas como un estorbo para sus familias, por lo que un problema creciente en la sociedad actual es el abandono. Otra opción muchas veces tomada consiste en los asilos que se especializan en sus cuidados (de todas maneras hay considerar que en la actualidad los asilos o casas de reposo para el adulto mayor se han sofisticado crecientemente debido a la demanda del mercado y los más sofisticados de entre estos establecimientos cuentan con comodidades y cuidados envidiables como spas, gimnasios, televisores de plasma y otros, aunque por supuesto los servicios van en relación directa con su precio, que puede llegar a ser considerable (Iglesias, 2004. p. 123 - 127).

2. Adaptación del envejecimiento:

La adaptación al envejecimiento no es tarea fácil para los adultos mayores y requiere que los profesionales que participan en su cuidado se caractericen por una muy especial vocación y amor al trabajo con este grupo etario, lo que se traduce en una actitud que trasunta valores como: el respeto por el otro, la autonomía y la compasión para brindar cuidados humanizados al adulto mayor y que se extiende también a su grupo directo de cuidadores (Jimenez, 2007, p. 11).

En general, la mayoría de especialistas en el tema definen el envejecimiento como las transformaciones físicas, metabólicas, mentales y funcionales que se producen a lo largo del tiempo, que comportan una disminución de la capacidad de adaptación a los cambios del entorno, y una mayor dificultad para mantener estable el medio interno. Esto lleva a un aumento de la vulnerabilidad y de la fragilidad. Este proceso es continuo, irreversible e inevitable, de manera que al final llega la muerte (Queralt, 2013, p. 1).

3. Cambios psico-bio-sociales del envejecimiento:

Estos cambios inevitables se consideran “envejecimiento fisiológico”, a los que hemos de añadir los cambios que ocasionan los diferentes estilos de vida, el medio ambiente y las enfermedades padecidas, es decir el “envejecimiento patológico”. Este último es diferente para cada individuo y para cada órgano y sistema; nos da la “edad biológica o funcional”, en contraposición con la “edad cronológica” (Queralt, 2013, p. 3).

Envejecer no es una enfermedad, sino un cambio inseparable de la vida. En general se considera que se inicia al finalizar la fase de crecimiento y madurez de los individuos; al principio sus efectos son imperceptibles y van siendo más visibles con el paso del tiempo. Por convenio se considera anciano a toda persona mayor de 60 años, que es la edad de jubilación en la mayoría de países occidentales; sin embargo, esta cifra es sólo orientativa a efectos administrativos, ya que es evidente la gran variabilidad de edad biológica, que es la importante para la medicina y la promoción de la salud (Queralt, 2013, p. 4).

El propósito de la enfermería geronto-geriátrica es ayudar al adulto mayor y sus cuidadores a enfrentar el proceso de envejecimiento, entendiéndolo como proceso natural y adaptativo e interviniendo en maximizar sus fuentes de poder. Para Miller, las fuentes de poder son la fuerza física, la reserva psicológica y social, el concepto de sí mismo y su autoestima, la energía, el conocimiento, la motivación y las creencias. Para lograr lo anterior se requieren de profesionales de enfermería que se destaquen por sus actitudes, habilidades y valores en el campo de la ética, la actitud humanitaria, la sensibilidad, el respeto y el amor al adulto mayor y el interés por el desarrollo profesional basado en la investigación continua (Miller, 2012, p. 4).

El envejecimiento es un proceso normal asociado con una alteración progresiva de las respuestas homeostáticas adaptativas del organismo, que provocan cambios en la estructura y función de los diferentes sistemas y además aumenta la vulnerabilidad del individuo al estrés ambiental y a la enfermedad (Miller, 2012, p. 7).

Envejecer no es un proceso ni singular ni simple; es parte integral del desarrollo biológico y de la secuencia de desarrollo del ciclo de vida que comienza desde la concepción y finaliza con la muerte. El envejecimiento es una parte normal de todo este proceso. Resulta extremadamente difícil señalar cuando comienza la vejez. Esto se debe principalmente a las numerosas diferencias individuales que existen en el proceso de envejecer. El proceso de envejecimiento no es simétrico en la especie ni en el individuo (Sánchez, 1989, p. 232 - 233).

4. Aspectos básicos del proceso de envejecimiento:

El proceso de envejecimiento como tal puede dividirse en tres aspectos básicos:

Aspecto Físico: Se refiere a cambios físicos algunos visibles y otros no. Como cambios en la apariencia física, la declinación gradual del vigor y la pérdida de la habilidad física y destreza motora.

Aspecto Psicológico: Trata de cambios en las percepciones, inteligencia, habilidad de resolver problemas, entendimiento, procesos de aprendizaje, impulsos y emociones.

Aspecto Sociológico: Vinculado con la sociedad en que ocurre este proceso; la influencia que la sociedad tiene en los individuos según estos envejecen y la influencia que los individuos tienen a su vez en la sociedad; se refiere a todos los cambios y rupturas entre las relaciones del adulto mayor y la sociedad.

a) Dimensión Física

Con el paso de los años se va produciendo un envejecimiento en el organismo lo que trae consigo cambios morfológicos los cuales pueden afectar al individuo de forma escasa o en gran manera. Dentro de los cambios más significativos a nivel sensorial en los adultos mayores son los derivados de la visión y de la audición pues son los que más influyen -junto con la movilidad- para su normal desenvolvimiento; sobre todo se da pérdida de agudeza visual, lo que produce como efecto psicológico más importante el aislamiento y la inseguridad en sí mismo, lo cual dificulta su interrelación con otras personas (Tejada, 2007, p. 27).

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

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

sentirse con un aspecto más distinguido al tener el pelo gris, mientras que otra puede sentirse molesta o deprimida, al interpretar que las canas son un signo de que está perdiendo la juventud.

Sentidos: Se hacen menos agudos al irse perdiendo las células nerviosas. Los más afectados son el sentido de la vista, audición, pero son afectados también los sentidos del gusto y olfato. Este proceso es acelerado por el tabaquismo y la exposición constante a ruidos altos.

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

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

Sexuales o genitourinarios: En los varones predominan los cambios en la fisiología sobre las modificaciones anatómicas. La erección es más tardía y requiere más caricias y contactos en la estimulación directa sobre el pene. La eyaculación se retrasa como consecuencia de una disminución en la sensibilidad del mecanismo eyaculador, reduciéndose de igual manera la frecuencia de eyaculaciones precoces. El orgasmo tiene duración más corta y generalmente hay una reducción o ausencia de la

primera etapa o demanda eyaculatoria. La segunda etapa, la expulsión del bolo seminal a través del pene, acaba con una o dos contracciones en el anciano, en contraste con las cuatro o más contracciones del joven.

En las mujeres hay reducción de los niveles de estrógenos y progestágenos, disminución de la eficacia circulatoria que originan cambios anatómicos y funcionales. La disminución de tejido vulvar, la reducción del cérvix, cuerpo del útero, ovarios y leve disminución del tamaño del clítoris, tienen un efecto mínimo sobre la actividad sexual.

Las diferencias en el canal vaginal, con mayor influencia en el comportamiento sexual y que se relacionan con la edad son: reducción de la longitud y circunferencia, aislamiento gradual de los pliegues vaginales, disminución de la mucosa y pérdida de elasticidad (Tejada, 2007, p. 27 - 34).

b) Dimensión Psicológica

Durante mucho tiempo se ha centrado los estudios de la psicología de desarrollo sobre la adolescencia y la infancia ignorando lo que sucede luego con el desarrollo humano, pero hoy se sabe que el desarrollo es continuo a lo largo de toda nuestra existencia. Diversos estudios han determinado y afirmado ello, Erikson fue el primero en considerar que el desarrollo abarca desde el nacimiento hasta la muerte, pasando por el envejecimiento y la vejez, divide las fases en ocho ciclos vitales que están determinadas por la relación del individuo en crecimiento con su realidad social. Del éxito sobre los problemas propios de cada ciclo depende que el individuo pueda pasar a la siguiente fase. En cuanto al envejecimiento existen diversas teorías que intentan explicar los aspectos psicológicos del envejecimiento (Tejada, 2007, p. 35).

Ante ello, la Psicología del envejecimiento tiene como objetivo el estudio de esta etapa para así modificar esa tendencia que origina una imagen desfigurada de los adultos mayores en nuestra sociedad.

El envejecimiento psicológico normal abarca ciertos cambios en capacidades cognitivas como inteligencia, aprendizaje y memoria. En relación con la memoria, los cambios en adultos mayores sanos son en la capacidad para adquirir información nueva. En relación con el aprendizaje y la inteligencia se sabe que constantemente se va produciendo una involución en dichas capacidades lo cual en el adulto mayor se acrecienta y puede generar temores e inseguridades. “Los ancianos suelen estar en situación de desventaja en relación con ciertos tipos de aprendizaje y memoria (pasos rápidos) estos cambios no afectan el nivel de competencia pero pueden ser preocupantes por el miedo a la senilidad” (Tejada, 2007, p. 37 - 38).

Otro tema estudiado dentro de la Psicología del adulto mayor es el de la sobreprotección y su relación con la pérdida de la autonomía personal.

“Uno de los mayores miedos de envejecer es perder el poder, la independencia y la capacidad para tomar decisiones...” Existe en el adulto mayor una cierta negación a la dependencia pero poco a poco producto de sus limitaciones físicas progresivas tienen que depender de terceros. Es de vital importancia mantener en cuanto sea posible el sentido de independencia de los adultos mayores. Muchas veces es difícil para los miembros de la familia observar como los adultos mayores realizan lentamente sus actividades por lo cual optan por ayudarles a hacer las cosas por ellos de una manera más rápida pero no comprenden hasta qué punto puede ser contraproducente para las personas mayores prestarles el servicio de hacer cosas que ellos mismos podían efectuar. Debemos recordar que para ellos es importante ser capaces de ocuparse de sí mismos, incluso al tiempo que tienen que luchar para ello (Tejada, 2007, p. 40).

Las personas de edad aprecian que se les preste atención y que se les tenga en cuenta y se acepten sus limitadas capacidades.

“Los adultos mayores necesitan ser reconocidos por sus propias características individuales. Puede ser difícil reconocer estas diferencias, debido a que tienen menos energías para demostrar cómo son diferentes. Quizás esta es una razón por la que ellos tienen a hablar de sus realizaciones, sus trabajos, azañas y experiencias del pasado” (Tejada, 2007, p. 41).

Los valores y normas de éstos deben ser aceptados, ya sea en relación con cuestiones éticas, religiosas o domésticas. Aunque no se pueden especificar rasgos generales en la vejez sí es cierto que se tienden a acentuar los propios rasgos más dominantes durante su vida y es cierto que va en aumento la introversión; prestando más atención a su vida interior, en lugar de tratar de cambiar el mundo lo que es más propio de generaciones más jóvenes.

c) Dimensión Social

El envejecimiento es considerado desde otros grupos de edad como algo necesariamente adverso y se encuentra relacionado con aquellas pérdidas que ocurren en la última parte de la vida. No se considera al envejecimiento como un proceso en una etapa más de la vida sino sólo como el final de la misma. Este pensamiento de la sociedad está influenciado generalmente por estereotipos y prejuicios como que los adultos mayores están incluidos dentro del grupo de los marginados dado que la pobreza y la vejez parecen ir de la mano, por la jubilación insuficiente que perciben y que a su vez les genera la necesidad de depender de alguien más causando un efecto en cascada (Tejada, 2007, p. 41).

Dentro de los cambios en las relaciones sociales producto del envejecimiento de cada persona se van aflojando o eliminando vínculos afectivos que tal vez se necesitan especialmente durante esta época de la vida ya que es en esta etapa en la que el ser humano

generalmente sufre la mayor cantidad de pérdidas. Poco a poco, los adultos mayores sufren la pérdida por fallecimiento de su pareja, de otros familiares allegados, de sus amigos e incluso, a veces, de sus propios hijos, con lo que se añade al dolor de la muerte de un ser querido, una progresiva situación de aislamiento afectivo. Los vínculos con los hijos, ya adultos e independizados en la mayor parte de los casos, se suelen debilitar progresivamente con la edad, de modo que los ven con escasa frecuencia, sintiéndose cuando conviven con ellos como una «carga» (Tejada, 2007, p. 41).

Dentro de las pérdidas que experimenta el adulto mayor no sólo se encuentran las pérdidas físicas y afectivas sino la pérdida de su rol social como ser humano. El papel del adulto gira alrededor de dos grandes actividades: la actividad laboral y las tareas comunitarias, tales como asociaciones, sindicatos, grupos políticos. Al pasar a la etapa de adulto mayor se procede a la jubilación. La jubilación es la situación de una persona que tras haber cumplido una determinada edad y haber desarrollado durante un considerable número de años una actividad laboral, cesa en su oficio y tiene derecho a una pensión. Y no hay duda de que esta jubilación constituye un gran cambio para el adulto mayor ya que su vida está adaptada al trabajo y a la actividad, además de ello sus relaciones sociales disminuyen al dejar el ambiente laboral así como sus recursos económicos, pero éste debe adaptarse teniendo en cuenta que su rol individual no ha concluido. Dado que tanto los lazos sociales como los familiares se ven afectados, en la actualidad no es raro que el adulto mayor se mude frecuentemente desde el hogar de un hijo hasta el de otro, sintiéndose, al transcurrir un poco de tiempo, inútil y desplazado, lo que se suma a la situación de desarraigo que este tipo de situaciones implica. En otros casos se ven prácticamente obligados a alojarse en asilos o residencias geriátricas donde les resulta difícil adaptarse a unas normas que no han seguido a lo largo de toda su vida. Tampoco les resulta fácil a un buen número de ellos establecer nuevas relaciones de cierta profundidad con las personas que conviven a su

lado, a pesar de su aislamiento afectivo, ya que no pocos tienen dificultades en el terreno de la integración socio ambiental. Pero a su vez esto no es algo generalizable porque existen adultos mayores que a pesar de las pérdidas sufridas mantienen dentro de sí la alegría pues han desempeñado mecanismos adecuados de adaptación a las dificultades y logran una interrelación con sus pares pues se aceptan con sus falencias y habilidades (Tejada, 2007, p. 43).

5. Características del adulto mayor:

El definir la salud de las personas que envejecen no en términos de déficits, sino de mantenimiento de la capacidad funcional, resulta importante para establecer una estrategia adecuada de cuidados así como las orientaciones para cada uno de los posibles servicios destinados a las personas mayores. Para este propósito es útil clasificarlas en tres grandes grupos (MINSA, 2005, p. 27).

a) Persona adulta mayor autovalente: es aquella persona mayor capaz de realizar las actividades básicas de la vida diaria, aquellas actividades funcionales esenciales para el auto cuidado: comer, vestirse, desplazarse, asearse, bañarse, continencia y realizar las actividades instrumentales de la vida diaria, que son actividades tales como: cocinar, limpiar, realizar tareas o trabajos fuera de casa o salir fuera de la ciudad (MINSA, 2005, p. 27).

b) Persona adulta mayor frágil: se define como aquella que tiene algún tipo de disminución del estado de reserva fisiológico y/o factores sociales asociados con aumento de la susceptibilidad a discapacitarse y a morbimortalidad. Se considera que el 30% de los adultos mayores que viven en la comunidad tienen esta condición (MINSA, 2005, p. 28).

c) Persona adulta mayor dependiente o postrada: se define a aquella persona que tiene una pérdida sustancial del estado de reserva fisiológico, asociada a una restricción o ausencia física o funcional que limita o impide el desempeño de las actividades de la

vida diaria, se considera que entre el 3% a un 5% de personas mayores que viven en la comunidad tienen esta condición (MINSA, 2005, p. 28).

6. Género y adulto mayor:

Género (del latín *genus*, *eris*, "clase") es una unidad sistemática para la clasificación de organismos. Jerárquicamente, el género es una categoría taxonómica que se ubica entre la familia y la especie; así, un género es un grupo que reúne a varias especies emparentadas, sin embargo; del mismo se refiere a las diferencias entre los hombres y las mujeres. La identidad de género es "una autoconcepción individual como masculino o femenino, indistintamente del sexo biológico actual (Pozón, 2014, p. 2).

Es una categoría social, esto es, como una categoría con sentido enraizado en la cultura, la cual influye significativamente en los procesos de percepción e interacción social, y por ende en constante transformación. De esta manera cada individuo es confrontado en su desarrollo con experiencias ricas en información diferencial de acuerdo a los roles asociados a cada género (Pozón, 2014, p. 3).

Ahora bien la condición primordial para que un comportamiento típicamente ligado a un género se presente, es, sobre todo en la adolescencia, el interjuego entre las expectativas de género entre los sujetos participantes de la situación, la evaluación de las situaciones contextuales y los intereses identitarios de los actores. El género, es en un sentido teórico operacional, una variable primordialmente relacional.

Frecuentemente se confunde sexo y género cuando si bien el sexo determina el género, ambos conceptos tienen significados bien distintos.

- Sistema sexo - género: Es el conjunto de arreglos a partir de los cuales una sociedad transforma la sexualidad biológica en productos de la actividad humana.

- Sexo: es el conjunto de características físicas, biológicas y corporales con las que nacen los hombres y las mujeres, son naturales y esencialmente inmodificables (Pozón, 2014, p. 8).
- Género: es el conjunto de características psicológicas, sociales y culturales, socialmente asignadas a las personas. Estas características son históricas, se van transformando con y en el tiempo y, por tanto, son modificables (Pozón, 2014, p. 8).

7. Definición de Percepción.

De acuerdo al Diccionario Webster's la definición de percepción es "una sensación física interpretada a la luz de la experiencia, una cognición rápida, aguda e intuitiva" (Pongo, 2009, p. 73).

En el ámbito del servicio al usuario o a la persona cuidada, la percepción es dominante. Cómo se sienten los usuarios acerca del servicio que le proporciona es muy importante. Es la base para establecer la credibilidad en toda su organización (Pongo, 2009, p. 73).

Hablar de opinión o de satisfacción siempre es difícil en cualquier área, por ser términos subjetivos que al final deben tener un valor para hacerlos medibles. Se le ha dado poca importancia a este aspecto por la idea que se tiene de que el paciente no sabe lo que quiere ni lo que es mejor para él en cuanto a la manera de visualizar su salud y quién puede saber lo que más le conviene o debe hacerse, en caso de enfermedad, es el profesional de salud el cual, con su conocimiento y experiencia, le aconsejará o guiará sobre lo que es mejor para él. Sin embargo, la necesidad constante para mejorar la atención en salud ha dado paso a la realización de investigaciones sobre la satisfacción de los pacientes respecto el cuidado enfermero, aunque se observa que los temas se orientan más a costos, mejoramiento de técnicas y procedimientos, así como problemas al interior del grupo, interesan más. Así la importancia de tomar en cuenta la opinión del paciente, para mejorar la atención en los servicios de salud, es fundamentada justamente porque es un juicio

de valor que de acuerdo a la propia percepción del paciente evalúa los servicios que se le ofrecen (Pongo, 2009, p. 75).

El conocimiento de la opinión del cliente sobre los servicios recibidos es una vía para mejorar la calidad de las prestaciones.

8. Adaptación

Adaptación es un concepto que está entendido como la acción y el efecto de adaptar o adaptarse, un verbo que hace referencia a la acomodación o ajuste de algo respecto a otra cosa. La noción, como se desprende de la práctica, posee diferentes acepciones según al ámbito donde se aplique: por ejemplo, la adaptación es hacer que un objeto o un mecanismo cumpla con distintas funciones a aquellas para las que fue construido (Dominguez, 2013, p. 32).

Adaptación es una palabra en castellano que tiene su origen en el latín “adaptare”, siendo este un verbo compuesto en dos partes. En este sentido el primero que se encuentra es el prefijo ad, que se significa “hacia” y el segundo va en relación al verbo aptare, que en su traducción sería “ajustar” o “equipar” (Dominguez, 2013, p. 33).

El significado concreto de adaptación es aquella acción que conlleve el efecto de aceptar o adaptarse, este es un verbo que hace la acomodación o ajuste a algo respecto a su estado natural. Cuando sucede la adaptación se considera que se puede acoplar las tendencias de del segundo grupo con respecto al primero (Dominguez, 2013, p. 34).

La definición que da la Real Academia Española es la que se ha referido anteriormente “acción y efecto de adaptar o adaptarse”. Teniendo en cuenta que las significaciones de este verbo son: “acomodar, ajustar algo a otra cosa”; “hacer que un objeto o mecanismo desempeñe funciones distintas de aquellas para las que fue construido”; “dicho de una persona: acomodarse, avenirse a diversas circunstancias, condiciones, etc.” También se emplea este vocablo dentro de la música para designar la modificación de una obra científica, literaria, musical,

etc., con el fin de que se pueda difundir entre un público diferente del cual iba destinado inicialmente, o para darle una forma diferente de la original.

9. La percepción de la persona cuidada.

Esta percepción se puede dar desde diferentes dimensiones en función al cuidado de enfermería que recibirán las personas, estas son:

- **Autonomía.** Auto dirigirse, empoderamiento
- **Trato digno.** Derecho de libertad de movimientos. Respeto a la privacidad e intimidad de las personas. Ser tratado cordialmente
- **Confidencialidad.** Información provista debe ser salvaguardada. Secreto profesional.
- **Comunicación.** Hacer todas las preguntas. Ser informado con claridad.
- **Atención pronta.** Asistencia rápida. Traslados rápidos
- **Acceso a redes sociales.** Acceso a contacto con familiares, amigos. Respetar creencias.
- **Capacidad de elección.** Elección por el género que le atenderá.
- **Calidad de las comodidades básicas.** Alimentación proporcionada, estadía cómoda, ambientes cómodos y confortables (Romero, 2008, p. 75).

2.1 TEORÍAS RELACIONADAS CON EL ESTUDIO

1.3.1. TEORÍA DEL CUIDADO HUMANO

Sostiene que ante el riesgo de deshumanización en el cuidado del paciente, a causa de la gran reestructuración administrativa de la mayoría de los sistemas de cuidado de salud en el mundo, se hace necesario el rescate del aspecto humano, espiritual y transpersonal, en

la práctica clínica, administrativa, educativa y de investigación por parte de los profesionales en el campo de la enfermería. Jean Watson considera que el estudio de las humanidades expande la mente e incrementa la capacidad de pensar y el desarrollo personal, por lo tanto, es pionera de la integración de las humanidades, las artes y las ciencias.

A través de su pensamiento y basándose en las teorías filosóficas de otros profesionales, entre ellos el trabajo de Nightingale (enfermera), Henderson, Hall, Leininger (antropóloga), Hegel (filósofo), Kierkegaard (filósofo y teólogo), Gadow y Yalom (psiquiatra), elabora su teoría llamada "Del cuidado humano". A causa de la gran reestructuración administrativa de la mayoría de los sistemas de cuidado de salud en el mundo, se hace necesario el rescate del aspecto humano, espiritual y transpersonal, en la práctica clínica, administrativa, educativa y de investigación por parte de los profesionales de enfermería es por esto que se basa en siete supuestos básicos:

1. El cuidado sólo se puede manifestar de manera eficaz y sólo se puede practicar de manera interpersonal.
2. El cuidado comprende factores de cuidados que resultan de satisfacer ciertas necesidades humanas.
3. El cuidado eficaz promueve la salud y el crecimiento personal o familiar.
4. Las respuestas derivadas del cuidado aceptan a la persona no sólo como es, sino como la persona puede llegar a ser.
5. Un entorno de cuidado ofrece el desarrollo del potencial, a la vez que permite elegir para la persona la mejor acción en un momento determinado.
6. El cuidado es más "salud-genético" que la curación. La práctica del cuidado integra el conocimiento biofísico al conocimiento de la conducta humana para generar o promover la salud y ofrecer

cuidados a los enfermos. Así pues, una ciencia del cuidado complementa perfectamente una ciencia de curación.

7. La práctica del cuidado es fundamental para la enfermería (Watson, 2012, p. 2).

A. Factores curativos de la ciencia del cuidado

1. **Formación de un sistema humanístico – altruista de valores:** este factor, que incorpora valores humanísticos y altruistas, facilita la promoción de cuidado enfermero holístico y el cuidado positivo dentro de la población de pacientes. También describe el papel de la enfermera a la hora de desarrollar interrelaciones eficaces enfermero paciente y a la hora de promover el bienestar ayudando al paciente para que adopte las conductas del paciente que buscan la salud (Watson, 2012, p. 3).
2. **Inculcación de la fe-esperanza:** Este factor se puede definir como una satisfacción a través de la cual se puede dar una extensión del sentido de uno mismo.
3. **Cultivo de la sensibilidad para uno mismo y para los demás:** el reconocimiento de los sentimientos lleva a la autoactualización a través de la autoaceptación tanto para la enfermera como para el paciente. A medida que las enfermeras reconocen su sensibilidad y sentimientos, estos se vuelven más genuinos, auténticos y sensibles hacia los demás.
4. **Desarrollo de una relación de ayuda-confianza:** el desarrollo de una relación de ayuda-confianza entre la enfermera y el paciente es crucial para el cuidado transpersonal. Una relación de confianza fomenta y acepta la expresión tanto de los sentimientos positivos como de los negativos. Implica coherencia, empatía, acogida no posesiva y comunicación eficaz.

5. **Promoción y aceptación de la expresión de los sentimientos positivos negativos:** el hecho de compartir los sentimientos es una experiencia de riesgo tanto para la enfermera como el paciente. La enfermera debe estar preparada tanto para sentimientos positivos como negativos. La enfermera debe reconocer la comprensión intelectual y emocional de una situación distinta de las demás.
6. **Uso sistemático del método científico de solución de problemas para la toma de decisiones:** el uso del proceso de enfermería aporta un enfoque científico se solución de problemas en el cuidado enfermero, disipando la imagen tradicional de la enfermera como ayudante de un médico. El proceso enfermero es similar al proceso de investigación en lo que se refiere a lo sistemático y organizado.
7. **Promoción de la enseñanza – aprendizaje interpersonal:** este factor es un concepto importante para la enfermería porque separa el cuidado de la curación. Permite que el paciente este informado, y cambia la responsabilidad por el bienestar y la salud del paciente. La enfermera facilita este proceso con las técnicas de enseñanza – aprendizaje, diseñadas para permitir que los pacientes realicen el autocuidado, determinar las necesidades personales y ofrecer las oportunidades para su crecimiento personal.
8. **Provisión del entorno de apoyo, protección y correctivo mental, físico, sociocultural y espiritual:** las enfermeras tienen que reconocer la influencia que los entornos internos y externos tienen en la salud y la enfermedad de los individuos. Los conceptos de relevantes para el entorno interno incluyen el bienestar mental y espiritual, y las creencias socioculturales de un individuo. Además de las variables epidemiológicas, se incluyen otras variables externas como el confort, la privacidad, la seguridad y los entornos limpios, estéticamente agradables.

9. **Asistencia en la gratificación de las necesidades humanas:** la enfermera reconoce las necesidades biofísicas, psicofísicas, psicosociales e intrapersonales de ella misma y el paciente. Los pacientes tienen que satisfacer las necesidades de menor rango antes de intentar cubrir las necesidades de un rango superior.

10. **Permisión de fuerzas existenciales – fenomenológicas:** la fenomenología describe a los datos de la situación inmediata que ayudan a la gente a comprender los fenómenos en cuestión. La psicología existencial es una ciencia de la existencia humana que utiliza los análisis fenomenológicos. Watson cree que la responsabilidad de la enfermera va más allá de los 10 factores de cuidado, y facilitar el desarrollo en el área de promoción de la salud mediante acciones preventivas de salud (Watson, 2012, p. 2).

Los tres primeros factores del cuidado forman la base “filosófica”. Es una teoría filosófica en la que considera a la persona como "un ser en el mundo". La misma tiene en cuenta: el alma, el cuerpo, y el espíritu. La persona se esfuerza en actualizar la relación entre estos tres, para conseguir la armonía y son dimensiones que la enfermera ha de tener en cuenta. Sosteniendo que el cuidado humano es considerado como una relación terapéutica básica entre los seres humanos; es relacional, transpersonal e intersubjetivo. Lo que le permitió la articulación de sus premisas teóricas, éstas son un reflejo de los aspectos interpersonales, transpersonales, espirituales de su obra, reflejando la integración de sus creencias y valores sobre la vida humana, proporcionando el fundamento para el desarrollo posterior de su teoría:

Premisa 1. “El cuidado (y la enfermería) han existido en todas las sociedades. La actitud de asistencia se ha transmitido a través de la cultura de la profesión como una forma única de hacer frente al entorno. La oportunidad que han tenido enfermeras(os) de obtener una formación superior y de analizar, a un nivel superior, los problemas y

los asuntos de su profesión, han permitido a la enfermería combinar su orientación humanística con los aspectos científicos correspondientes”.

Premisa 2. “La claridad de la expresión de ayuda y de los sentimientos, es el mejor camino para experimentar la unión y asegurar que algún nivel de comprensión sea logrado entre la enfermera-persona y paciente-persona”. El grado de comprensión es definido por la profundidad de la unión transpersonal lograda, donde la enfermera y el paciente mantienen su calidad de persona conjuntamente con su rol”.

Premisa 3. “El grado de genuinidad y sinceridad de la expresión de la enfermera, se relaciona con la grandeza y eficacia del cuidado”. La enfermera que desea ser genuina debe combinar la sinceridad y la honestidad dentro del contexto del acto de cuidado”.

Según Watson, el interés de la enfermería reside en comprender la salud como a la enfermedad y la experiencia humana. Dentro de la filosofía y la ciencia del cuidado, intenta definir un resultado de actividad científico relacionado con los aspectos humanísticos de la vida, establecer la enfermería como interrelación de la calidad de vida, incluida la muerte y la prolongación de la vida.

Con estos supuestos y factores elaboro su teoría y definió los conceptos metaparadigmáticos de la siguiente manera: (Watson, 2012, p. 2).

- **Salud:** tiene que ver con una unidad y armonía entre mente cuerpo y alma (espíritu) Está asociada con el grado de coherencia entre el yo percibido y el yo experimentado.
- **Persona:** Reconoce a la persona como un ser único que tiene tres esferas del ser, mente, cuerpo y espíritu, que se ven influidas por el concepto de sí mismo, que es único y libre de tomar decisiones. Integral, con capacidad y poder para participar en la planeación y ejecución de su cuidado, donde el aspecto sociocultural es preponderante para el cuidado del paciente.

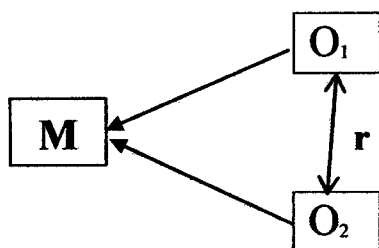
- **Entorno:** Espacio de la curación. Watson reconoce la importancia de que la habitación del paciente sea un calmante, cicatrizante. La realidad objetiva y externa, marco de referencia subjetivo del individuo. El campo fenomenológico, incluye la percepción de sí mismo, creencias, expectativas e historicidad (pasado, presente y futuro imaginado)
- **Enfermería:** Watson afirma que la práctica cotidiana de la enfermería debe sostenerse sobre un sólido sistema de valores humanísticos que la enfermería tiene que cultivar a lo largo de la vida profesional y además integrar los conocimientos científicos para guiar la actividad. Esta asociación humanística-científica constituye a la esencia de la disciplina enfermera a partir de los factores curativos relacionados con la ciencia de cuidar. Esta centrada en las relaciones de cuidado transpersonal. Dice que la enfermería es un arte cuando la enfermera/o comprende los sentimientos del otro es capaz de detectar y sentir estos sentimientos y expresarlos como la experiencia de la otra persona (Watson, 2012, p. 2).

IV. MATERIAL Y MÉTODOS

4.1. TIPO Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

El presente estudio de investigación fue de enfoque cuantitativo; de nivel relacional; de tipo: según la intervención del investigador fue observacional; según la planificación de la toma de datos fue prospectivo; según el número de ocasiones en que se midió la variable de estudios fue transversal; según el número de variables de interés fue analítico. (Supo, José. 2014).

Diseño de investigación: Relacional.



DONDE:

M = Muestra de estudio.

O₁ = Calidad de cuidados de enfermería

O₂ = Adaptación en el proceso de envejecimiento

4.2. UNIVERSO, POBLACIÓN Y MUESTRA

4.2.1. UNIVERSO

El estudio estuvo constituido por todos los adultos mayores hospitalizados en el 2do trimestre del 2015 en el Servicio de Medicina del Hospital Regional Virgen de Fátima Chachapoyas. Para lo cual se tomó una referencia el número de hospitalizados del año 2013 y 2014 en el trimestre de estudio y así obtener un promedio esperado de hospitalizados para el año 2015.

Pacientes hospitalizados de 60 a más años – 2013 – Servicio de Medicina

PERIODO	EN	FB	MZ	AB	MY	JN	JL	AG	ST	OCT	NV	DC	TOTAL
2013	48	55	63	53	60	46	48	55	48	54	47	47	624
2014	53	46	34	66	49	50	52	68	37	48	51	43	597
2015	43	37	55	159+165/2=162									
				162/3=54xmes									

Fuente: Estadística Servicio de Medicina del Hospital Regional Virgen de Fátima

Chachapoyas. 2013 y 2014

4.2.2. CRITERIOS DE INCLUSIÓN Y EXCLUSIÓN

Criterios de Inclusión:

- Adultos mayores hospitalizados igual o mayor a 48 horas en el servicio de medicina durante el 2do trimestre del 2015.
- Adultos mayores que estuvieron lucidos y orientados.
- Adultos mayores que desearon participar de la investigación.

Criterios de Exclusión:

- Adultos mayores hospitalizados en el servicio de cirugía u otras áreas.
- Adultos mayores en estado de inconciencia.
- Adultos mayores con trastornos del sensorio.
- Pacientes inestables con enfermedades terminales

4.2.3. POBLACIÓN

Estuvo constituido por todos los adultos mayores hospitalizados en el servicio de Medicina del Hospital Regional Virgen de Fátima Chachapoyas, considerados de acuerdo a los criterios de inclusión y exclusión y el promedio esperado para el 2do trimestre del 2015.

Mês	Adultos Mayores
Abril	54
Mayo	54
Junio	54
Total	162

4.2.4. MUESTRA

Estuvo constituido por 67 adultos mayores esperados por cada mes, durante el segundo trimestre del 2015 hospitalizados en el servicio de Medicina del Hospital Regional Virgen de Fátima Chachapoyas, gracias a la fórmula para investigaciones sociales.

- **Fórmula:**

$$n = \frac{Z^2 pqN}{E^2(N - 1) + Z^2 pq}$$

$$N = 162, \quad Z = 95 \% = 1.96; \quad p = 0.5; \quad q = 0.5; \quad E = 0.05$$

Donde:

N: población

q: máximo error

Z: confiabilidad

E: nivel de significancia

p: margen de error

n: muestra

Remplazando se obtiene:

$$n = \frac{(1.96)^2 (0.5) (0.5) (162)}{(0.05)^2 (162 - 1) + (1.96)^2 (0.5) (0.5)}$$

$$n = \frac{(3.8416) (0.25) (162)}{(0.0025) (161) + (3.8416) (0.25)}$$

$$n = \frac{155.5}{0.4025 + 0.9604} = \frac{155.5}{1.3629} \rightarrow n = 114.09 \rightarrow n = 114$$

Reduciendo la muestra:

$$f = n / 1 + n / N$$

$$f = 114 / 1 + 114 / 162 = 67$$

- **Muestreo:**

Se utilizó el muestreo probabilístico aleatorio simple o método de la rifa, ya que este tipo de muestreo ofrece una alta precisión. También permitió obtener una visión representativa de la población.

- **Para hallar las unidades muestrales**

A través del método de la rifa, se enumeró a cada miembro de la población en estudio para que enseguida estas se coloquen en una bolsa y de esta manera sacar la primera unidad muestral y así sucesivamente hasta completar todas las unidades muestrales.

Mes	Población	Factor M / P	Muestra	Unidades muestrales
Abril	54	0.41	22	12, 23, 44, 52, 3, 8, 17, 2, 6, 50, 49, 4, 9, 14, 17, 34, 28, 25, 30, 1, 18, 22
Mayo	54	0.41	22	50, 19, 4, 9, 14, 17, 25, 30, 1, 18, 22, 34, 28, 12, 23, 44, 52, 3, 8, 17, 2, 35
Junio	54	0.41	22	13, 17, 34, 28, 25, 30, 1, 18, 22, 12, 23, 44, 52, 3, 8, 17, 2, 6, 50, 49, 4, 9,
Total	162	0.41	67	

4.3.MÉTODO, TÉCNICA E INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

4.3.1. **Método:** La Encuesta (Canales, 1994)

4.3.2. **Técnica:** Cuestionario (Canales, 1994)

4.3.3. **Instrumento:**

✓ **V1 = Para la primera variable: calidad de cuidados de enfermería.** Se utilizó el método de la encuesta y la técnica del cuestionario. Como instrumento se utilizó la escala de calidad de cuidados de enfermería adaptado por Remuzgo Anika; cuyos valores de validez y confiabilidad fueron: la validez $VC= 8.88178$ $VT= 1.6449$ y la confiabilidad $Rip=0.899785$. La escala estuvo destinada a evaluar la calidad de cuidados que brinda el profesional de enfermería. El instrumento constó de 30 ítems, y se evaluó 4 dimensiones del cuidado: calidez, oportuno, libre de riesgo y

continuo; con respuestas en función a la escala de Likert: 3=siempre, 2=casi siempre, 1=nunca.

Los mismos que estuvieron formulados de manera legible y comprensible, que pueden ser administrados en forma individual o colectiva. Esta escala brinda adecuados índices de consistencia interna y validez convergente. Su puntaje para esta variable es: Buena =71 a 90, Regular =51 a 70, Mala = 30 a 50.

- ✓ **V2 = Para la segunda variable: adaptación en el proceso de envejecimiento.** Se utilizó el método de la encuesta y la técnica del cuestionario. Se hizo uso de un instrumento ya validado denominado escala de evaluación de adaptación en el proceso de envejecimiento; cuyos valores de validez y confiabilidad fueron: la validez VC= 8.88178 VT= 1.6449 y la confiabilidad Rip=0.899785; el instrumento constó de 18 ítems con respuestas en la escala de Likert, y de tres dimensiones: física, psicológica y social. Esta encuesta contiene una serie de preguntas acerca del tema, con diferentes alternativas de respuesta como: DA = De acuerdo, I = Indeciso, ED = En desacuerdo; del mismo que se evalúa en 03 (tres) categorías: Favorable= 43-54, Medianamente favorable= 30 - 42, Desfavorable= 18 - 29.

4.3.4. PROCEDIMIENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

- Se seleccionó y elaboró el instrumento de medición teniendo en cuenta la operacionalización de variables.
- Se solicitó permiso a la Dirección del Servicio de Medicina del Hospital Regional Virgen de Fátima Chachapoyas.
- Se coordinó con la responsable del servicio de medicina del Hospital en estudio.
- Los Adultos mayores fueron previamente informados para realizar dicha encuesta.

- El instrumento se aplicó a los adultos mayores involucrados en la presente investigación, esta se realizó en forma personal por exigencias, fines y propiedad de la investigación.
- Como última etapa del proceso de recolección de datos se elaboró la tabulación de las mediciones obtenidas para su respectivo análisis estadístico.

4.4. ANÁLISIS E INTERPRETACIÓN DE DATOS

La información final fue procesada en el software SPSS versión 21, Microsoft Word y Excel. Para contrastar la hipótesis se sometió a la prueba estadística no paramétrica del Ji-cuadrado con un nivel de significancia de $\alpha = 0.05$ (95% de nivel de confianza y un 5% de margen de error). Se presentó en tablas simples, tablas de contingencia y en gráficos de barra.

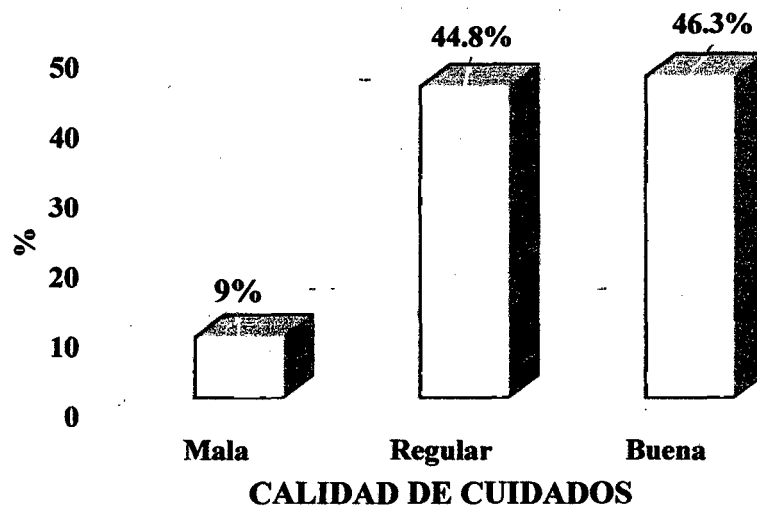
V. RESULTADOS

Tabla 01: Calidad de cuidados de enfermería desde la percepción del adulto mayor,
Hospital Regional Virgen de Fátima, Chachapoyas - 2015

CALIDAD DE CUIDADOS	Fi	%
Mala	6	9
Regular	30	44.8
Buena	31	46.3
Total	67	100

Fuente: Escala de calidad de cuidados de enfermería

Gráfico 01: Calidad de cuidados de enfermería desde la percepción del adulto mayor,
Hospital Regional Virgen de Fátima, Chachapoyas - 2015.



Fuente: Tabla 01

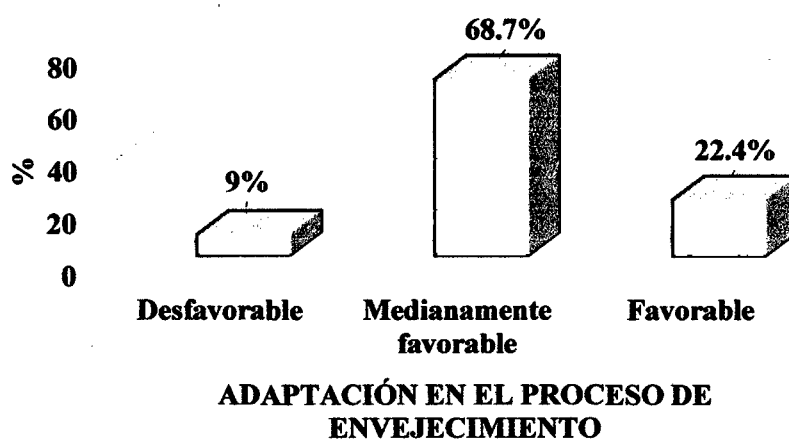
En la tabla y gráfico 01, se observa que del 100% (67) de los adultos mayores, el 46.3% (31) percibe una calidad de cuidados de enfermería buena, el 44.8% (30) regular, el 9% (6) mala.

Tabla 02: Adaptación en el proceso de envejecimiento desde la percepción del adulto mayor, Hospital Regional Virgen de Fátima, Chachapoyas – 2015.

ADAPTACIÓN EN EL PROCESO DE ENVEJECIMIENTO		
ENVEJECIMIENTO	fi	%
Desfavorable	6	9
Medianamente favorable	46	68.7
Favorable	15	22.4
Total	67	100

Fuente: Escala de evaluación de adaptación en el proceso de envejecimiento

Gráfico 02: Adaptación en el proceso de envejecimiento desde la percepción del adulto mayor, Hospital Regional Virgen de Fátima, Chachapoyas – 2015.



Fuente: Tabla 02

En la tabla y gráfico 02, se observa que del 100% (67) de los adultos mayores, el 68.7% (46) tiene una adaptación del proceso de envejecimiento medianamente favorable, el 22.4% (15) favorable y el 9% (6) desfavorable.

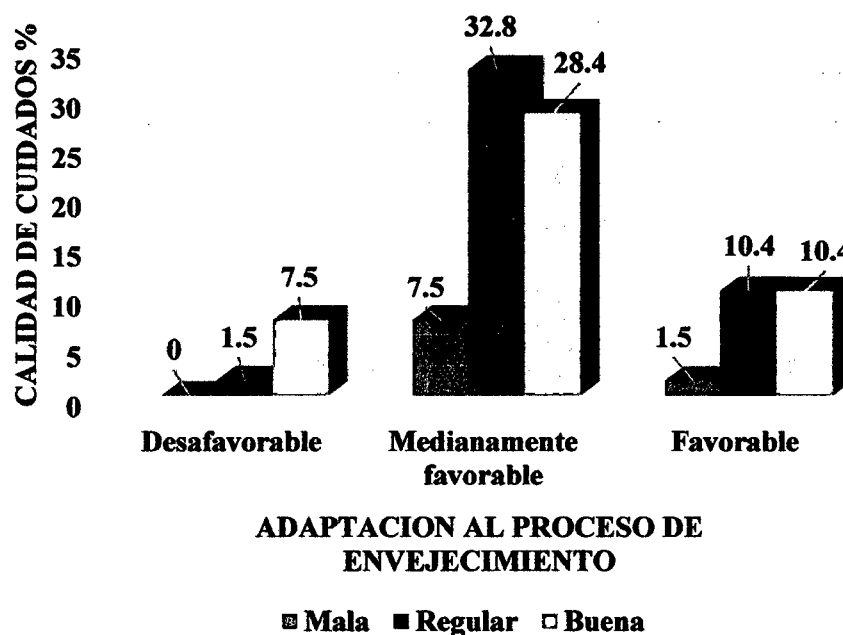
Tabla 03: Calidad de cuidados de enfermería y adaptación en el proceso de envejecimiento desde la percepción del adulto mayor, Hospital Regional Virgen de Fátima, Chachapoyas – 2015.

CALIDAD DE CUIDADOS	ADAPTACIÓN EN EL PROCESO DE ENVEJECIMIENTO						Total	
	Desfavorable		Medianamente favorable		Favorable		fi	%
	fi	%	fi	%	fi	%		
Mala	0	0	5	7.5	1	1.5	6	9
Regular	1	1.5	22	32.8	7	10.4	30	44.8
Buena	5	7.5	19	28.4	7	10.4	31	46.3
Total	6	9	46	68.7	15	22.4	67	100

Fuente: Tabla 01 y Tabla 02

$X^2 = 4.007$; $gl = 4$; $p = 0.405 > 0.05$ (no hay relación)

Gráfico 03: Calidad de cuidados de enfermería y adaptación en el proceso de envejecimiento desde la percepción del adulto mayor, Hospital Regional Virgen de Fátima, Chachapoyas – 2015.



En la tabla y gráfico 03, se observa que los adultos mayores que tienen una adaptación del proceso de envejecimiento medianamente favorable, el 32.8% tiene una percepción regular de la calidad de cuidados, el 28.4% una percepción buena y el 7.5% una percepción mala respectivamente. Mientras que los adultos mayores que tienen una adaptación del proceso de envejecimiento favorable, el 10.4% tiene una percepción regular y buena de la calidad de cuidados respectivamente y solo el 1.5% una percepción mala. Finalmente los adultos mayores que tienen una adaptación del proceso de envejecimiento desfavorable, el 1.5% tiene una percepción buena de la calidad de cuidados y sólo el 1.5% una percepción regular.

Para contrastar la hipótesis la siguiente tabla de contingencia se sometió a la prueba estadística no paramétrica de Ji cuadrado cuyo valor fue de ($X^2 = 4.007$; $G1 = 4$; $p = 0.405 > 0.05$) el mismo que indica que no existe una relación estadística entre la calidad de cuidados de enfermería y la adaptación en el proceso de envejecimiento, demostrando de esta manera la hipótesis nula, quiere decir que ambas variables son independiente entre sí.

VI. DISCUSIÓN

En la tabla y gráfico 01; se observa que del 100% de los adultos mayores, el 46.3% percibe una calidad de cuidados de enfermería buena, quiere decir que la información que brinda el personal de enfermería es oportuna, identifica precozmente los problemas, cumplen el horario de atención, consentimiento informado, preparan al paciente, explican los procedimientos, perciben una atención con calidez que lo realizan con respeto, amabilidad, interés a necesidades efectivas, tienen paciencia para escuchar y responder, el 44.8% percibe una calidad de cuidados de enfermería regular, el 9% mala.

Al respecto Tejada Cruz, Karla. (2012). Perú. En su estudio cuyo objetivo fue identificar los factores sociodemográficos del adulto mayor y la calidad de atención del cuidado de enfermería. Sus resultados indican que el nivel de la calidad de atención del cuidado del profesional de enfermería percibido por el paciente adulto mayor en el servicio de medicina, se caracteriza por ser de un 60% de nivel bajo con tendencia a un nivel medio de calidad, refieren que las enfermeras realizan su accionar en forma mecánica, solo consideran el aspecto procedimental, y devalúan los aspectos psicológicos y emocionales que son importantes para lograr una atención de calidad.

Remuzgo, A. (2001-2002). Perú. En su investigación cuyo objetivo fue: relacionar el nivel de satisfacción del adulto mayor respecto a los cuidados que recibe de las enfermeras (os) en el servicio de Geriatria del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen. Cuyos resultados evidencian, que: el nivel de satisfacción del adulto mayor es medio y con tendencia a un nivel de satisfacción bajo, respecto a los cuidados recibidos por la enfermera en el servicio de geriatria. Respecto a los cuidados con calidez el nivel de satisfacción es medio con tendencia a bajo nivel de satisfacción, lo mismo ocurre con los cuidados con calidad que brinda la enfermera en el servicio de geriatria.

Al comparar con la investigación se puede apreciar que los resultados del presente estudio no coinciden ya que la mayoría de adultos mayores perciben una calidad de cuidados buena, mientras que en el estudio de Tejada los adultos mayores perciben una calidad de cuidados de nivel bajo, y en la investigación de Remuzgo el nivel de satisfacción respecto a los cuidados es de un nivel medio a bajo, esto podría deberse a

que los estudios antes mencionados fueron realizados en muestras con diferentes características y contextos.

La calidad de cuidados es el conjunto de servicios diagnósticos y terapéuticos más adecuados para conseguir una atención sanitaria óptima, teniendo en cuenta todos los factores y conocimientos del paciente, logrando un resultado con el mínimo riesgo de efectos, y la máxima satisfacción del paciente. Además la calidad es un proceso que debe responder a las necesidades y expectativas de las personas, debe ser consistente y profesional, eficiente y productiva, con trato personalizado y no interrumpido, efectivo y mejorado continuamente, que impacte en el cliente y en el mercado. Es la propiedad o conjunto de propiedades inherentes a una cosa que permiten apreciarla como igual, mejor o peor que las restantes de su especie.

Los cuidados enfermeros son como un proceso interpersonal terapéutico, entre una persona que tiene necesidad de ayuda y una enfermería capaz de responder a la necesidad de ayuda, la utilización terapéutica de sus conocimientos y de su propia persona llevan a la enfermera a practicar el arte enfermero (Hildegarde, 2003, p. 458).

Cuidado es el proceso interactivo por el que la enfermera y el cliente se ayudan mutuamente para desarrollarse, actualizarse y transformarse hacia mayores niveles de bienestar. El cuidado es alcanzado por una conciencia e íntima apertura del yo al otro por una determinación sincera de compartir emociones, ideas técnicas y conocimientos (Planner, 2002, p. 354).

Cuidar es prestar una especial consideración a la dimensión psicológica, emocional y moral de la salud y la enfermedad... se trata de valorar a la persona en términos de humanidad centrándose en sus necesidades y en un cuidado comprensivo y sensible... satisfaciendo la necesidad humana de estima a través de la manifestación del compromiso y el interés por cuidar, destaca la necesidad de ofrecer un cuidado de enfermería de sentido holístico, el cual se basa en la satisfacción de sus necesidades humanas del paciente (Medina, 2003, p. 674 – 675).

Como se puede apreciar el cuidado está determinado en saber comprender a la persona en todas sus dimensiones, con la cual los pacientes se sientan satisfechos frente a los cuidados que le brinda el profesional de enfermería, como en el caso del presente

estudio que casi la mitad de los adultos mayores percibió una calidad de cuidados de buena a regular.

En la tabla y gráfico 02, se observa que del 100% de los adultos mayores, el 68.7% tiene una adaptación del proceso de envejecimiento medianamente favorable, quiere decir que tienen una adaptación física, psicológica y social de forma regular, los cambios en la apariencia, agudeza visual, agudeza auditiva, fuerza, capacidad sexual, capacidad para caminar, la memoria, el aprendizaje, seguridad, su integración física, su capacidad de interacción social y capacidad de desempeño laboral son medianamente favorables. Mientras que el 22.4% tienen una adaptación al proceso de envejecimiento favorable y el 9% desfavorable. Todo esto se ve influenciado por el ambiente social en donde viven y por el trato de los familiares.

Por otra parte se observa que el 59.3% de los adultos mayores de sexo masculino tienen una adaptación del proceso de envejecimiento medianamente favorable, mientras que el 25.9% favorable y el 14.8% desfavorable. De la misma forma ocurre con los adultos mayores de sexo femenino donde el 75% tiene una adaptación del proceso de envejecimiento de medianamente favorable y el 20% favorable. (Anexo 06).

En función a la edad, se observa que los adultos mayores de 81 a 90 años tienen una adaptación del proceso de envejecimiento medianamente favorable, el 11.1% desfavorable, mientras que los adultos de 71 a 80 años y de 60 a 79 años tienen una adaptación del proceso de envejecimiento prioritariamente de medianamente favorable a favorable respectivamente; siendo de menor proporción desfavorable. (Anexo 07).

Al respecto Ramos (2013) en su estudio cuyo objetivo fue determinar las actitudes hacia el proceso de envejecimiento con respecto a los cambios biológicos, psicológicos y sociales del personal de salud del Centro Materno Infantil Villa María del Triunfo. En donde se tiene como conclusiones, que las actitudes del personal de salud hacia el proceso de envejecimiento fue de rechazo leve.

Contrastando con el presente estudio se puede apreciar que los estudios son similares con la investigación de Ramos (2013), en dicho estudio se muestra que el rechazo de las personas al proceso de envejecimiento es leve o medianamente favorable, lo que nos indica que la persona acepta el proceso de envejecimiento; y en la presente

investigación vemos que existe mayormente una adaptación con más tendencia de medianamente favorable a favorable, esto quiere decir que la mayoría de los adultos mayores se adaptan al proceso de envejecimiento.

Envejecer no es un proceso ni singular ni simple; es parte integral del desarrollo biológico y de la secuencia de desarrollo del ciclo de vida que comienza desde la concepción y finaliza con la muerte. Debemos tener en cuenta que el proceso de envejecimiento no es simétrico en la especie ni en el individuo, es un proceso exterminador, progresivo, intrínseco y universal que con el tiempo ocurre en todo ser vivo a consecuencia de la interacción de la genética del individuo y su medio ambiente, quiere decir que el envejecimiento es un proceso de deterioro donde se suman todos los cambios que se dan con el tiempo en un organismo y que conducen a alteraciones funcionales y a la muerte. Estos cambios en el orden morfológico, psicológico, funcional y bioquímico se caracterizan por una pérdida progresiva en el tiempo de la capacidad de adaptación y la capacidad de reserva del organismo, que produce un aumento progresivo de la vulnerabilidad ante situaciones de estrés y finalmente la muerte.

Por lo tanto, se puede concluir que los resultados del presente estudio tienen similitudes características con las teorías existentes en la base teórica, una adaptación del proceso de envejecimiento de medianamente favorable a favorable, se debe a los cambios paulatinos propios de éste proceso durante una etapa de la vida y posteriormente se vá plasmando como un proceso de deterioro por la suma de déficit con el paso de los años.

En la tabla y gráfico 03, se observa que los adultos mayores que tienen una adaptación del proceso de envejecimiento medianamente favorable, el 32.8% tiene una percepción regular de la calidad de cuidados, el 28.4% una percepción buena y el 7.5% una percepción mala respectivamente. Mientras que los adultos mayores que tienen una adaptación del proceso de envejecimiento favorable, el 10.4% tiene una percepción regular y buena de la calidad de cuidados respectivamente y solo el 1.5% una percepción mala. Finalmente los adultos mayores que tienen una adaptación del proceso de envejecimiento desfavorable, el 1.5% tiene una percepción buena de la calidad de cuidados y sólo el 1.5% una percepción regular.

Para contrastar la hipótesis la siguiente tabla de contingencia se sometió a la prueba estadística no paramétrica de Ji cuadrado cuyo valor fue de ($X^2 = 4.007$; $G1 = 4$; $p = 0.405 > 0.05$) el mismo que indica que no existe una relación entre la calidad de cuidados de enfermería y la adaptación en el proceso de envejecimiento, demostrando de esta manera la hipótesis nula, quiere decir que ambas variables son independiente entre sí.

García Acosta, Cristian. (2013). Colombia; en su estudio cuyo objetivo fue caracterizar el nivel de satisfacción del usuario adulto mayor con respecto a la calidad en los cuidados que recibe del personal de enfermería y difundir el trato digno al usuario adulto mayor del Hospital Regional Verdi Cevallos Balda de la ciudad de Portoviejo. Sus resultados evidencian la calidad y calidez de los cuidados recibidos por el paciente adulto mayor de la enfermera en los subprocesos de clínica de varones y mujeres, se caracteriza por ser de un nivel de satisfacción alto en un 25%, de nivel medio 40%, de nivel bajo. 35%.

Girón M. et.al (2000). España; en su investigación cuyo objetivo fue: determinar la relación que existe entre la calidad del cuidado de enfermería en el adulto hospitalizado en las unidades clínicas de hospitalización del Hospital "Dr. Pablo Acosta Ortiz" Valencia. Los resultados evidencian que: a pesar del 40% de satisfacción del usuario, se obtuvo que no existe relación significativa entre el proceso de atención y los resultados en el cuidado al usuario.

Al comparar con la investigación se puede apreciar que los resultados del presente estudio se asemejan con la investigación de Girón M. et.al (2000) ya que el 32.8% percibe una calidad de cuidados regular y tiene una adaptación medianamente favorable en el proceso de envejecimiento, y a pesar de obtener estos resultados no existe una relación significativa entre la calidad de cuidados de enfermería y la adaptación en el proceso de envejecimiento.

Finalmente se determina que el buen trato es una instancia de comunicación y relación humana recíproca, considerándose como un encuentro que se relaciona con la manera en que se percibe de los demás y como se percibe así mismo. Cabe resaltar que los objetivos intrínsecos de los sistemas de salud son mejorar el nivel de salud de la población, responder de una manera más adecuada a las expectativas de sus usuarios,

disminuir la desigualdad en el trato y en los niveles de salud de la población y establecer mecanismos para evitar que la población a la que el sistema sirve sufra graves contingencias financieras debidas a los gastos generados por la atención a la salud. Estos aspectos se insertan en un marco teórico que busca evitar una relación asimétrica entre el usuario y el sistema dado que el desempeño del sistema en materia de atención a la salud es evaluado a través de los logros alcanzados con relación al estado de salud de la población, la evaluación del trato adecuado sirve para medir el desempeño del sistema en los aspectos no médicos de su relación con el usuario.

De todas estas premisas se debe tener mucho cuidado con no hacer lo contrario como por ejemplo el maltrato que significa un acto (único o reiterado) u omisión que causa daño o aflicción a una persona que se produce en el seno de cualquier relación donde exista una expectativa de confianza. Estos tipos de maltrato pueden ser: falta de atención, frialdad en el trato del personal de salud considerado como violentador por el paciente/usuario de los servicios hospitalarios, que se identifican con conductas poco empáticas e impersonales, trato inequitativo y falta de intimidad.

Se debe entender que el envejecimiento es un proceso natural que consiste en el deterioro progresivo del organismo; comienza antes del nacimiento y continúa durante todo el ciclo de vida. No obstante las personas no envejecen de la misma manera, y ya está bien documentado que la calidad de vida y el funcionamiento durante la vejez es el resultado a las acciones y omisiones que se desarrollan durante las diferentes etapas de la vida. Durante este periodo se contempla nuestros logros y podemos desarrollar integridad si se considera que hemos llevado una vida acertada. Si vemos nuestras vidas como improductivas, nos sentimos culpables por nuestras acciones pasadas, o consideramos que no logramos nuestras metas en la vida, nos sentimos descontentos con la vida, apareciendo la desesperación, que a menudo da lugar a depresión (MINSAs, 2004).

La declinación biológica se manifiesta por una creciente disminución de las capacidades sensoriales y motrices y de la fuerza física; las crecientes dificultades circulatorias, ocasionadas por el endurecimiento de las arterias; y en general, el progresivo deterioro del funcionamiento de los diversos órganos internos. Como consecuencia de la declinación biológica, y por factores ambientales, también se van deteriorando las funciones intelectuales (inteligencia, memoria, pensamiento, etc.)

Pero este deterioro es muy distinto en las diversas personas, dándose el caso de ancianos de avanzada edad que se conservan en excelente forma. Los rasgos de la personalidad y del carácter se van modificando y de acuerdo a esto los adultos mayores percibirán la calidad de cuidados de enfermería.

VII. CONCLUSIONES

1. Los adultos mayores del servicio de medicina del Hospital Regional Virgen de Fátima, perciben una calidad de cuidados de buena a regular.
2. Las tres cuartas partes de los adultos mayores del servicio de medicina del Hospital Regional Virgen de Fátima, tienen una adaptación del proceso de envejecimiento medianamente favorable
3. Los adultos mayores que tienen una adaptación del proceso de envejecimiento medianamente favorable a favorable tienen una percepción de regular a buena de la calidad de cuidados; mientras que los adultos mayores que tienen una adaptación del proceso de envejecimiento desfavorable tienen una percepción buena de la calidad de cuidados.
4. Según el estudio: no existe una relación estadística entre la calidad de cuidados de enfermería y la adaptación en el proceso de envejecimiento, demostrándose de ésta manera la hipótesis nula, quiere decir que ambas variables son independiente entre sí ($X^2 = 4.007$; $G1 = 4$; $p = 0.405 > 0.05$).
5. Los adultos mayores de sexo masculino perciben una calidad de cuidados de enfermería de buena a regular; mientras que los de sexo femenino percibe una calidad de cuidados de enfermería de regular a buena.
6. A mayor edad de los adultos mayores la percepción de la calidad de cuidados es buena, y a menor edad la percepción oscila de regular a mala.
7. Los adultos mayores de sexo masculino y femenino y de cualquier grupo étnico tienen una adaptación del proceso de envejecimiento de medianamente favorable a favorable.

VIII. RECOMENDACIONES

AL HOSPITAL REGIONAL VIRGEN DE FÁTIMA

Crear programas de promoción, prevención e intervención en salud integral: física y mental del adulto mayor para el fortalecimiento del vínculo emocional en las familias y de ésta manera exista una relación interpersonal favorable entre el profesional de enfermería y el adulto mayor.

Fomentar el liderazgo familiar equilibrado, que no sea pasivo ni agresivo, que asuma el control de responsabilidad hacia las relaciones interpersonales de los profesionales de la salud y el paciente, con roles, reglas y valores de ciudadanía y respeto al adulto mayor y a su familia.

Realizar programas y estrategias para capacitar y sensibilizar a los enfermeros (as) de dicha institución, en conjunto con los jefes de cada servicio, enfocandose en el servicio de medicina.

AL SERVICIO DE MEDICINA

Implementar programas para mejorar la autoconciencia, motivación, entusiasmo, perseverancia, empatía, la agilidad mental, etc. De esta manera puedan adquirir una capacidad de: sentir, entender, controlar y modificar estados anímicos propios y ajenos.

Asistir con más frecuencia a las capacitaciones que realice el Hospital Regional Virgen de Fátima para así prepararse para brindar un cuidado más holístico al paciente, capacitar al personal de su servicio especialmente en como brindar un cuidado humanizado al adulto mayor.

A LA ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

Realizar estudios de nivel más avanzado como los cuasi-experimentales, como por ejemplo: las causas de adaptación del proceso de envejecimiento desfavorable de los adultos mayores.

Brindar talleres secuenciales y sostenibles del proceso de envejecimiento integral, conectados, adaptables y flexibles para su posterior evaluación de efectividad de la mejoría de calidad de vida del adulto mayor.

Desarrollar estudios sobre calidad de cuidados de enfermería relacionado a otras variables y considerarlos como un eje transversal en las asignaturas de línea para así brindar un cuidado humanizado al paciente y se ayude a sensibilizar a los estudiantes de enfermería para mejorar su calidad de cuidados.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

LIBROS

- Ariza O. (2005). *“Satisfacción del Cuidado de Enfermería en el Paciente Cardíaco Facultad de Medicina Interna. Pontificia Universidad Javeriana. San Ignacio.*
- Canales E. (2005). *Metodología de la Investigación en ciencias de la salud.* Editorial: Inter americana. México.
- Donabedian A. (1989). *La calidad de la asistencia. ¿Cómo podría ser evaluada?.* Editorial: JANO. España
- Galindo G. (2008). *Bioética, Humanismo científico emergente.* Editorial: Gilberto Cely Galindo S.J. México
- Girón M. (2005). *Calidad del cuidado de enfermería en el adulto hospitalizado en las unidades clínicas de hospitalización del hospital.* Editorial: Interamericana. España.
- Iglesias E. (2004). *Atención de enfermería al adulto mayor.* Editorial: Interamericana. Madrid
- Medina R. (2003). *El arte del cuidado.* Editorial: interamericana. España.
- MINSA. (2004). *“Políticas saludables para adultos mayores en los municipios de Lima y Callao”.* Editorial: San Marcos. Lima - Perú
- Marriner T. (2003). *Modelos y teorías en Enfermería.* Editorial: Madrid. España.
- Leininger M, (2004). *“Enfermería Transcultural”.* Editorial: McGraw-Hill. España.
- Lolas S. (2001). *Bioética: el diálogo moral en las ciencias de la vida.* Editorial: Mediterráneo. Santiago de Chile.
- Potter P. (2003). *Fundamentos de Enfermería.* Editorial: Harcourt. España.
- Rogers M. (2000). *Modelos y teorías em Enfermería.* Editorial: Madrid. España

TESIS

- Arellano D. (2011). *Calidad de atención de enfermería, em el cuidado directo a los neonatos con síndrome de dificultad respiratoria tipo II en el servicio de neonatología, del hospital "Dr. Enrique Garces". 2011.* (Tesis Br. Escuela de Enfermería). Universidad Estatal de Bolívar. Colombia
- Ávila, A. Et. Al. (2008). *Calidad de los Cuidados de Enfermería y su relación con la satisfacción de las necesidades básicas del usuario.* (Tesis Br. escuela de enfermería). Caracas, Universidad Central de Venezuela.
- Moreno T. (2007). *Asignación de trabajo en enfermería y la calidad del cuidado al paciente. Valencia, Carabobo.* (Tesis Br. Escuela de enfermería). Universidad Central de Venezuela.
- Parra J. y Roselli L. (2004). *El adulto mayor y el cuidado humano ofrecido por el personal de enfermería en el servicio de medicina en la ciudad hospitalaria "Dr. Enrique Tejera". Valencia, Carabobo.* (Tesis Br. Facultad Ciencias de la Salud).
- Pongo O. (2009). *Percepción del paciente acerca de la calidad de atención que brinda la enfermera en el Servicio de Emergencia en el Hospital CCJ. EsSalud-Tumbes, 2008.* (Tesis para optar el título de especialista en emergencias y desastres). Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Perú
- Remuzgo A. (2006). *"Nivel de satisfacción del adulto mayor respecto a los cuidados que recibe de las Enfermeras (os), en el servicio de Geriatria del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen.* (Tesis Lic. Enfermería). Facultad de Medicina Humana, Escuela Académico Profesional de Enfermería. Universidad mayor de San Marcos. Perú
- Roa B. (1995). *Factores estresantes percibidos por el paciente en el período pre-operatorio: servicio de cirugía, Hospital Las Higueras de Talcahuano.* (Tesis para optar al grado de Magister en Enfermería). Departamento de Enfermería, Universidad de Concepción. Chile

- Romero L. (2008). *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*. (Tesis para optar el título profesional de Licenciada en Enfermería). Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Perú
- Tejada O. (2007). *Percepción que tiene el adulto mayor respecto a su proceso de envejecimiento en el albergue central Ignacia Rodulfo Vda. de Canevaro 2006*. (Tesis para optar el grado de licenciada en enfermeira). Universidad Nacional Mayor de San Marcos. Perú.
- Tovar S. (2003). *“Grado de satisfacción de las gestantes al recibir la atención Prenatal en el Hospital Nacional Daniel Alcides Carrión del Callao. Mayo-Diciembre”*. (Tesis Lic. Enfermería). Facultad de Medicina Humana, Escuela Académico Profesional de Enfermería. Universidad Mayor de San Marcos. Lima-Perú.

SITIOS EN RED

- Alberdi J. (2006). *Depresión*
<http://www.scamfyc.org/documentos/Depresion%20Fisterra.pdf>. Acceso 27/10/15
- Afanador P. (2009). *Indicadores de Cuidado* [http://encolombia.com/medicina/enfermeria/enfermeria 4101-indicadores.htm](http://encolombia.com/medicina/enfermeria/enfermeria%204101-indicadores.htm). Acceso el 08/10/15
- Castro M. (2009). *Satisfacción del usuario*. http://sisbib.unmsm.edu.pe/BVrevistas/situa/2004_n23/satisfaccion.htm. Acceso el 07/10/14.
- Cerda E. (2009). *El comportamiento en las etapas del desarrollo humano*. <http://www.monografias.com>. Acceso el 10/11/13
- Daza de Caballero R. (2009). *Dimensione del cuidado*. http://www.scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext. Acceso 08/08/13
- Dominguez A. (2013). *Adaptación en la sociedad*. <http://lasabuelasvuelan.forumfree.it>. Acceso 14/12/14

- Esquivel Z. (2011). *Proceso de incidència en políticas públicas, por una vejez digna y activa*. <http://www.ageco.org>. Acceso 09/07/14
- Hildegard P. (2012). *El cuidado*. <http://teoriasdeenfermeriauns.blogspot.pe>. Acceso el 23/09/13
- Jimenez Y. (2007). *Atención de enfermería al individuo, la mujer y la familia*. <http://yenisjimenez.weebly.com>. Acceso el 10/08/12
- Marisela A. (2007). *Valoración de las necesidades y expectativas que tienen los pacientes respecto a enfermería* <http://www.monografias.com/trabajos42/necesidades-pacientes/necesidades-pacientes.shtml>. Acceso el 15/09/09
- Miller R. (2012). *Cuidados de enfermería en adultos mayores*. <http://cuidadosdeenfermeriaenadultosm.weebly.com>. Acceso 22/09/14
- MINSA. (2005). *Lineamientos para la atención integral de las personas adultas mayores*. <http://adultos-mayores-derechos>. Acceso 13/10/14
- Muñoz A. (2002). *Etapas del desarrollo humanos: Erick Erickson* <http://www.cepvi.com/psicologia.shtml>. Acceso 27/10/11.
- Nola P. (2011). *Modelo de Promoción de la salud*. *BuenasTareas.com*. <http://www.buenastareas.com/ensayos/Nola-Pender-Modelo-De-Promocion-De/1381017.html>. Acceso 01/11/12
- Pozón E. (2014). *Sexo o género*. <http://www.laboraldecordoba.es>. Acceso 30/08/15
- Queralt M. (2013). *Envejecimiento de personas mayores*. <http://www.mapfre.es>. Acceso el 23/08/13
- Watson J. (2012). *El cuidado*. <http://teoriasdeenfermeriauns.blogspot.pe>. Acceso 14/09/13
- Wolfgang M. (2004). *Liderazgo y poder*. <http://repository.urosario.edu.com>. Acceso el 16/09/14

ANEXOS

ANEXO 01

UNIVERSIDAD NACIONAL TORIBIO RODRÍGUEZ DE MENDOZA DE AMAZONAS



CARRERA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



ESCALA DE EVALUACIÓN DE ADAPTACIÓN EN EL PROCESO DE ENVEJECIMIENTO

I. INTRODUCCIÓN

Estimado Señor (a) la siguiente escala formulario se realiza con fines de investigación cuya finalidad es conocer la percepción que tiene el adulto mayor sobre su proceso de envejecimiento; la siguiente encuesta es completamente anónima, el tiempo para el desarrollo de la encuesta será el que Ud. crea conveniente para lo cual debes responder honesta y sinceramente a los siguientes ítems.

II. INSTRUCCIONES:

Esta encuesta contiene una serie de preguntas acerca del tema, con diferentes alternativas de respuesta como:

DA = De acuerdo

I = Indeciso

ED = En desacuerdo

Lee cada una de las frases y marque con un aspa la alternativa que cree conveniente.

III. DATOS GENERALES

– Edad: Sexo: M = () F = ()

– Procedencia:

– Religión: Católico () Evangélico () Ateo () Otro: ()

– Estado civil:

Casado/a () Soltero/a () Conviviente () Viudo/a () Divorciado ()

– Grado de instrucción:

Nº	TEMS	DA	I	ED
	Dimensión física			
1	Le afecta la aparición de canas, arrugas o manchas.			
2	Le afecta no poder ver como antes.			

3	Considera que escucha bien para la edad que tiene			
4	Sufre porque ya no tiene las mismas fuerzas que antes.			
5	A su edad es normal que se tenga menos relaciones sexuales con la pareja.			
6	Se siente fastidiado por no poder caminar rápido.			
Dimensión Psicológica				
7	Considera que tiene buena memoria para su edad.			
8	Considera que a su edad aún puede aprender.			
9	Siente que puede pasear sólo sin que lo ayuden.			
10	Considera que el envejecimiento es una etapa en la cual se recibe mucho afecto.			
11	Aún puede valerse por sí mismo.			
12	Piensa que los adultos mayores son una carga para la familia y sociedad.			
Dimensión social				
13	Cree que el envejecer le aleja de su familia.			
14	Le gusta participar en eventos sociales que organiza la institución u otras instituciones.			
15	Considera que la amistad es sólo para la juventud.			
16	Considera que ahora tiene amigos más significativos que en su juventud.			
17	Suele experimentar que las etapas anteriores fueron mejores que la etapa que actualmente está viviendo.			
18	Considera que su edad es impedimento para trabajar.			

**TABLA DE CODIFICACIÓN DE LA ADAPTACIÓN EN EL PROCESO DE
ENVEJECIMIENTO**

DA = De acuerdo

I = Indeciso

ED = En desacuerdo

Nº	TEMS	VALOR	DA	I	ED
Dimensión física					
1	Le afecta la aparición de canas, arrugas o manchas.	(-)	1	2	3
2	Le afecta no poder ver como antes.	(-)	1	2	3
3	Considera que escucha bien para la edad que tiene	(+)	3	2	1
4	Sufre porque ya no tiene las mismas fuerzas que antes.	(-)	1	2	3
5	A su edad es normal que se tenga menos relaciones sexuales con la pareja.	(+)	3	2	1
6	Se siente fastidiado por no poder caminar rápido.	(-)	1	2	3
Dimensión Psicológica					
7	Considera que tiene buena memoria para su edad.	(+)	3	2	1
8	Considera que a su edad aún puede aprender.	(+)	3	2	1
9	Siente que puede pasear sólo sin que lo ayuden.	(+)	3	2	1
10	Considera que el envejecimiento es una etapa en la cual se recibe mucho afecto.	(+)	3	2	1
11	Aún puede valerse por si mismo.	(+)	3	2	1
12	Piensa que los adultos mayores son una carga para la familia y sociedad.	(-)	1	2	3
Dimensión social					
13	Cree que el envejecer le aleja de su familia.	(-)	1	2	3
14	Le gusta participar en eventos sociales que organiza la institución u otras instituciones.	(+)	3	2	1
15	Considera que la amistad es sólo para la juventud.	(-)	1	2	3
16	Considera que ahora tiene amigos más significativos que en su juventud.	(+)	3	2	1
17	Suele experimentar que las etapas anteriores fueron mejores que la etapa que actualmente está viviendo.	(-)	1	2	3
18	Considera que su edad es impedimento para trabajar.	(-)	1	2	3

ANEXO 02

UNIVERSIDAD NACIONAL TORIBIO RODRÍGUEZ DE MENDOZA DE AMAZONAS



CARRERA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA



ESCALA DE CALIDAD DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA

1. INTRODUCCIÓN

Estimado Señor (a) la siguiente escala formulario se realiza con fines de investigación cuya finalidad es conocer el tipo de calidad de cuidados que brinda el profesional de enfermería desde una percepción del adulto mayor; la siguiente encuesta es completamente anónima, el tiempo para el desarrollo de la encuesta será el que Ud. crea conveniente para lo cual debes responder honesta y sinceramente a los siguientes ítems.

2. INSTRUCCIONES:

Lea con atención y conteste a las preguntas marcando con un aspa "X" las alternativas que crea conveniente. La información que se registra en este formato será usado estrictamente para fines de estudio. Estos tienen cuatro posibles respuestas de las cuales Ud. responderá lo que crea conveniente sobre la base de las alternativas siguientes, que le mencionaré:

3 = **SIEMPRE:** Cuando esas actividades lo observa siempre.

2 = **CASI SIEMPRE:** Cuando esas actividades lo observa frecuentemente para satisfacer sus necesidades.

1 = **NUNCA:** Cuando nunca realiza esa actividad.

3. DATOS GENERALES

- Edad: Sexo: M=() F=()

= Procedencia:.....

- Religión: Católico () Evangélico () Ateo () Otro: ()

- Estado civil:

Casado/a () Soltero/a () Conviviente () Viudo/a () Divorciado ()

- Grado de instrucción

ASPECTOS A EVALUAR	1	2	3
CALIDEZ			
1. ¿La enfermera le preguntó cómo paso el turno anterior?			
2. ¿La enfermera le saludo por su nombre?			
3. ¿Cuándo la enfermera se le acercó le brindo un abrazo o una palmada en la espalda?			
4. ¿La enfermera se acercó con gestos amables (sonrisas suaves)?			
5. ¿El tono de voz de la enfermera fue adecuado?			
6. ¿La forma como le trató la enfermera le invitó a expresar lo que estaba sintiendo?			
7. ¿Sintió que la enfermera trató a todos los pacientes por igual?			
8. ¿Cuándo usted manifestó sus preocupaciones, la enfermera le escucho?			
9. ¿La enfermera comentó con usted cosas agradables?			
10. ¿La enfermera conversó con usted cuando realizaba los procedimientos?			
11. ¿la enfermera en su actuar le hizo sentir importante, como persona?			
12. ¿Cuándo usted participó en sus cuidados, sintió que era reconocido por la enfermera?			
OPORTUNO			
13. ¿Cuándo ingreso al servicio para hospitalizarse, la enfermera le brindó orientación a cerca del horario de visita, alimentación, reposo, medicación y normas hospitalarias?			
14. ¿Cuándo usted necesitó de la enfermera, ella acudió a atenderlo de inmediato?			
15. ¿La enfermera coordinó los cuidados de usted con los profesionales de la salud?			
16. ¿La enfermera le dio oportunidad para que usted expresara sus problemas?			
CONTINUO			
17. ¿Durante las 24 horas de día la enfermera estuvo dispuesta a atenderlo de acuerdo a sus requerimientos?			
18. ¿La enfermera le brindó el tratamiento en el horario establecido?			

19. ¿La enfermera le explicó el horario de trabajo rotativo, que tenían?			
20. ¿La enfermera le explicó como su enfermedad afectará su capacidad para realizar sus actividades diarias?			
LIBRE DE RIESGO			
21. ¿Durante la administración de su tratamiento le explicó en forma clara la enfermera sobre los beneficios y/o reacciones del medicamento en su organismo?			
22. ¿La enfermera buscó la participación de usted en sus cuidados?			
23. ¿La enfermera le brindó educación sobre los cuidados en el hogar, cuando salió de alta?			
24. ¿La enfermera mostró responsabilidad para la satisfacción de sus necesidades de: Higiene?			
25. ¿La enfermera mostró responsabilidad para la satisfacción de sus necesidades de: Alimentación?			
26. ¿La enfermera mostró responsabilidad para la satisfacción de sus necesidades de: Eliminación?			
27. ¿El lenguaje que utiliza la enfermera cuando le explicó fue comprensible?			
28. ¿Durante su estancia hospitalaria sufrió algún accidente?			
29. ¿La enfermera le brindó privacidad y confianza en todos los procedimientos que se le realizó cuando estuvo hospitalizada (o)?			
30. ¿Al brindarle orientaciones la enfermera, le dio tiempo a usted para que reitere la explicación?			

ANEXO 03

EVALUACIÓN DE LA VALIDEZ DE LOS INSTRUMENTOS DE MEDICIÓN

Para determinar la validez estadística de los instrumentos de medición, se realizó mediante el juicio de expertos, y a través de las pruebas estadísticas: Binomial para cada ítem (10) de la escala dicotómica y de la Z Gauss para la aceptación total del instrumento ($n = 50$), al 0.05 de significancia estadística.

A) PRUEBA BINOMIAL

1) Hipótesis estadísticas

$H_0: P = 50\%$ versus $H_a: P > 50\%$

Donde:

P es el porcentaje de respuestas de los jueces que consideran el ítem de la escala dicotómica como adecuado.

La Hipótesis alternativa (H_a) indica que si el ítem de la escala es adecuado (se acepta), entonces la opinión favorable de la mayoría de los expertos debe ser superior al 50%, ya que la calidad del ítem se categoriza como “adecuado” o “inadecuado”.

2) Nivel de significancia (α) y nivel de confianza (γ)

$\alpha = 0.05$ (5%); $(1 - \alpha) = \gamma = 0.95$ (95%)

3) Función de prueba

Si la hipótesis nula es verdadera, la variable X tiene distribución binomial con $n = 5$ y $P = 0.50$ (50%).

4) Regla de decisión

Se rechazará la hipótesis nula a favor de la hipótesis alterna si el valor

$P = P[X \geq x \text{ cuando } P = 0.05]$ es menor que $\alpha = 0,05$.

5) Valor calculado (VC)

$P = P[X \geq x \text{ cuando } P = 0.05] = \sum_{k=x}^5 C_5^k (0.5)^k (0.5)^{5-k}$

Decisión estadística

Para hacer la decisión estadística de cada ítem, se compara el valor P con el valor de $\alpha = 0.05$, de acuerdo a la regla de decisión (columna 6), asimismo la significación estadística de la decisión se tiene en la (columna 7) de la tabla.

ITEM EVAL.	JUECES EXPERTOS				P VALOR $\leq \alpha$	SIGNIFIC. ESTAD.
	ADECUADO		INADECUADO			
	N°	%	N°	%		
1	5	100	0	0	0.03125	*
2	5	100	0	0	0.03125	*
3	5	100	0	0	0.03125	*
4	5	100	0	0	0.03125	*
5	5	100	0	0	0.03125	*
6	5	100	0	0	0.03125	*
7	5	100	0	0	0.03125	*
8	5	100	0	0	0.03125	*
9	5	100	0	0	0.03125	*
10	5	100	0	0	0.03125	*
TOTAL	50	100	0	0	8.88178	

Fuente: Apreciación de los expertos

* : Significativa ($P < 0.05$)

** : Altamente significativa ($P < 0.01$)

6) Decisión estadística

Comparando el valor calculado ($VC = 8.88178$) con el valor teórico ($VT = 1.6449$) y en base a la regla de decisión, se acepta la hipótesis alternativa al 95% de confianza estadística.

- Entonces el $VC = 8.88178 > VT = 1.6449$

- Con este resultado, se acepta la validez del instrumento de medición.

ANEXO 04

EVALUACIÓN DE LA CONFIABILIDAD DE LOS INSTRUMENTO DE MEDICIÓN

La confiabilidad del instrumento de medición (ficha de encuesta) se establece a través de la fórmula de Split Halves.

Para hallar la máxima confiabilidad se utiliza la fórmula de Spearman Brown.

El Split Halves., se obtiene en base a las varianzas individuales de los reactivos y a la varianza de la puntuación total de la prueba de impares y pares. Este se calcula con la fórmula:

Formula: Split Halves

$$r_{ip} = \frac{n \Sigma IP - \Sigma I(\Sigma P)}{\sqrt{[(n \Sigma I^2 - (\Sigma I)^2)] [(n \Sigma p^2 - (\Sigma p)^2]}}$$

Luego de aplicar la fórmula se obtuvo: $r_{ip} = 0.81698$

Máximo valor calculado de la confiabilidad

$$R_{ip} = \frac{2 (r_{ip})}{1 + r_{ip}} = \text{Spearman Brown}$$

Aplicando la formula el valor de la confiabilidad del instrumento de medición es: $R_{ip} = 0.899785$

Obteniéndose de esta manera una fuerte confiabilidad.

ANEXO 05**TABLA 04:** Calidad de cuidados de enfermería según sexo desde la percepción del adulto mayor, Hospital Regional Virgen de Fátima, Chachapoyas – 2015.

Calidad de cuidados	SEXO				TOTAL	
	Masculino		Femenino			
	fi	%	fi	%	fi	%
Mala	3	11.1	3	7.5	6	9
Regular	9	33.3	21	52.5	30	44.8
Buena	15	55.6	16	40	31	46.3
TOTAL	27	100	40	100	67	100

Fuente: Escala de calidad de cuidados de Enfermería aplicado

ANEXO 06

TABLA 05: Calidad de cuidados de enfermería según edad desde la percepción del adulto mayor, Hospital Regional Virgen de Fátima, Chachapoyas – 2015.

Calidad de cuidados	EDAD						TOTAL	
	60 a 70 años		71 a 80 años		81 a 90 años		fi	%
	fi	%	fi	%	fi	%		
Mala	3	10.3	3	10.3	0	0	6	9
Regular	17	58.6	12	41.4	1	11.1	30	44.8
Buena	9	31	14	48.3	8	88.9	31	46.3
TOTAL	29	100	29	100	9	100	67	100

Fuente: Escala de calidad de cuidados de Enfermería aplicado

ANEXO 07

TABLA 06: Adaptación en el proceso de envejecimiento según sexo desde la percepción del adulto mayor, Hospital Regional Virgen de Fátima, Chachapoyas – 2015

Adaptación en el proceso de envejecimineto	SEXO					
	Masculino		Femenino		Total	
	fi	%	fi	%	fi	%
Desfavorable	4	14.8	2	5	6	9
Medianamente Favorable	16	59.3	30	75	46	68.7
Favorable	7	25.9	8	20	15	22.4
Total	27	100	40	100	67	100

Fuente: Escala de evaluación de Adaptación en el proceso de Envejecimiento

ANEXO 08

TABLA 07: Adaptación en el proceso de envejecimiento según edad desde la percepción del Adulto Mayor, Hospital Regional Virgen de Fátima, Chachapoyas – 2015

Adaptación en el proceso de envejecimiento	EDAD						Total	
	60 a 70 años		71 a 80 años		81 a 90 años		fi	%
	fi	%	fi	%	fi	%		
Desfavorable	2	6.9	3	10.3	1	11.1	6	9
Medianamente Favorable	17	58.6	21	72.4	8	88.9	46	68.7
Favorable	10	34.5	5	17.2	0	0	15	22.4
Total	29	100	29	100	9	100	67	100

Fuente: Escala de evaluación de Adaptación en el proceso de Envejecimiento