



UNIVERSIDAD CATÓLICA LOS ÁNGELES
CHIMBOTE

**PROGRAMA DE DOCTORADO EN CIENCIAS DE
ENFERMERÍA**

VIVENCIA DE LA ENFERMERA AL BRINDAR EL
CUIDADO AL ADULTO MAYOR DEPENDIENTE
HOSPITALIZADO

INFORME DE TESIS PARA OBTENER EL GRADO DE
DOCTORA EN CIENCIAS DE ENFERMERÍA

AUTOR: MG. ORFELINA ARPASI QUISPE

ASESORA: DRA. YOLANDA RODRÍGUEZ NÚÑEZ

LIMA- PERÚ

2016

JURADO DE TESIS:

PRESIDENTE: DR. FREDY HERNÁN POLO CAMPOS

SECRETARIA: DRA. MARÍA ELENA GAMARRA SÁNCHEZ

MIEMBRO: DRA. CARMEN LETICIA GORRITTI SIAPPO

ASESORA: DRA. YOLANDA RODRÍGUEZ NÚÑEZ

Dedicatoria

A mis hijos Diana, Tirsa, Jair y Danilo; y a Fico, mi esposo, por su amor y confianza en todo lo que me propongo. Su apoyo ha sido y es la fuerza que me guía a seguir adelante y cumplir mis metas.

A mis padres Santiago e Isabel, por su ayuda incondicional y por su fortaleza en los momentos difíciles.

Mi más sincero agradecimiento:

A mi asesora Dra. Yolanda Rodríguez Núñez, por su apoyo durante el desarrollo del presente trabajo como asesora y docente de la Universidad Católica los Ángeles de Chimbote.

A las enfermeras del Hospital San Isidro Labrador quienes formaron parte de las entrevistas, a través de quienes se concretó este sueño.

A las autoridades del Hospital II Clínica Geriátrica San Isidro Labrador que me permitieron realizar el presente trabajo de investigación.

A los profesores Edwin Sucapuca, Moisés Cotacallapa quienes colaboraron en la revisión de estilo del presente trabajo.

A Diana Quispe por su apoyo en el desarrollo con la norma Vancouver.

Especialmente a Dios por darme fuerza, sabiduría y perseverancia para realizar el presente trabajo de investigación.

RESUMEN

Introducción: Las enfermeras cuidan a los adultos mayores dependientes hospitalizados con pluripatologías, comorbilidades, síndromes geriátricos y múltiples problemas biológicos, psicológicos, económicos, sociales y funcionales. **Objetivo:** Analizar las vivencias de la enfermera al brindar cuidado al adulto mayor dependiente hospitalizado en el Hospital II CGSIL EsSalud **Metodología:** Estudio cualitativo, método historia de vida cuya recolección de datos se hizo mediante la entrevista abierta a profundidad a enfermeras que trabajan con adultos mayores dependientes hospitalizados. El trabajo se realizó en hospitalización de geriatría del Hospital II CGSIL. El proceso analítico empleado fue el análisis de contenido. **Resultados:** Las categorías obtenidas en el presente estudio son: iniciando el cuidado de enfermería, vivenciando el cuidado de enfermería, comprendiendo los sentimientos y emociones de la enfermera y trascendiendo en el cuidado de enfermería. La enfermera al brindar cuidados identifica problemas físicos, psicológicos, familiares, sociales y funcionales. Las enfermeras manifiestan que el cuidado al adulto mayor es un acto de amor a él y su familia, describen las características del cuidado, además, refieren que cuidar es atender a la llamada del otro con una dulce mirada, sonrisa, contacto afectuoso y tener una escucha activa. Supervisa el quehacer del adulto mayor por presentar múltiples riesgos; educando a la familia para un cuidado planificado y científicamente fundamentado en su hogar. **Consideraciones finales:** Para la enfermera, cuidar al adulto mayor dependiente hospitalizado, es una experiencia agradable, compasiva, con empatía, es un acto de dar amor, paz, tranquilidad, sin discriminación, con enfoque integral y humanístico, enfrentando situaciones adversas con los familiares del adulto mayor, la sociedad y los estamentos gubernamentales en la búsqueda de brindar un cuidado humanizado a este grupo vulnerable.

Palabras clave: Adulto mayor dependiente, enfermería, cuidado

RESUMO

Introdução: As enfermeiras cuidam de idosos dependentes, hospitalizados, com pluripatologias, comorbidades, síndromes geriátricas e múltiplos problemas biológicos, psicológicos, econômicos, sociais e funcionais. **Objetivo:** Analisar as experiências da enfermeira ao prestar cuidado ao idoso dependente internado no Hospital II CGSIL EsSalud. **Metodologia:** Estudo qualitativo, método história de vida. A coleta de dados foi feita por entrevista aberta em profundidade a enfermeiras que trabalham com idosos dependentes hospitalizados. O trabalho foi realizado na área de internação geriátrica do Hospital II CGSIL. O processo analítico foi o análise de conteúdo. **Resultados:** As categorias obtidas neste estudo são: começando o cuidado de enfermagem, experimentando o cuidado de enfermagem, compreendendo os sentimentos e emoções da enfermeira e transcendendo no cuidado de enfermagem. A enfermeira ao prestar cuidado identifica problemas físicos, psicológicos, familiares, sociais e funcionais. As enfermeiras afirmam que cuidar do idoso é um ato de amor para ele e para sua família, descrevem as características do cuidado. Além disso, dizem que o cuidado é atender a chamada do outro como doce olhar, sorriso, toque amoroso e ter uma escuta ativa. Supervisionam o trabalho do idoso que apresenta vários riscos, educando à família para um cuidado planejado e cientificamente fundamentando no seu lar. **Considerações finais:** Para a enfermeira cuidar ao idoso dependente hospitalizado é uma experiência agradável, compassiva, com empatia, é um ato de dar amor, paz, tranquilidade, sem discriminação, com uma abordagem abrangente e humanista, enfrentando condições adversas com os membros da família do idoso, a sociedade e os órgãos governamentais na busca de prestar cuidado humanizado a este grupo vulnerável.

Palavras-chave: Idoso dependente, enfermagem, cuidado.

ABSTRACT

Introduction: Nurses caring for dependent older adults hospitalized with multiple pathologies, scammers comorbidities, geriatric and multiple biological, psychological, economic, social and functional syndromes. **Objective:** To analyze the experiences of the nurse to provide care for the elderly dependent hospitalized in the Hospital II CGSIL-ESSALUD. **Methodology:** Qualitative study, life story method of data collection was done by open depth interview to nurses working with elderly patients hospitalized. The study was conducted at the Geriatric hospitalization area from the Hospital II CGSIL. The analytical process used was the analysis of content. **Results:** The categories obtained in this study are: starting nursing care, experiencing nursing care, understanding nurse feelings and emotions and transcending in nursing care. The nurse who provides care identifies physical, psychological, familiar, social and functional problems. Nurses report that caring for the elderly is an act of love for him and his family. They describe the characteristics of care. They also refer that caring is to attend to the call of other with a sweet look, smile, loving touch and have an active listening. They supervise the work of the elderly who presents multiple risks; educating the family for a planned and scientifically based on home care. **Final considerations:** For the nurse care of the elderly dependent hospitalized, is a nice, compassionate, experience empathy, is an act of giving love, peace, tranquility, without discrimination, comprehensive and humanistic approach, facing adverse with the relatives of the elderly, society and government bodies in seeking to provide a humanized care to this vulnerable group.

Keywords: Elderly dependent, nursing, care.

TABLA DE CONTENIDO

RESUMEN.....	v
RESUMO	vi
ABSTRACT.....	vii
ÍNDICE DE TABLAS.....	x
CAPÍTULO I.....	1
INTRODUCCIÓN	1
1.1 Problematización e importancia	1
1.2 Objeto de estudio	8
1.3 Pregunta orientadora:	8
1.4 Objetivos del estudio.....	8
1.5 Justificación y relevancia del estudio.	9
CAPÍTULO II	11
MARCO REFERENCIAL TEÓRICO - CONCEPTUAL	11
2.1 Contexto del objeto de estudio	11
2.2 Antecedentes del problema	21
2.3 Referencial Conceptual	27
2.3.1 Aspectos conceptuales.	27
2.3.2 Clasificación del adulto mayor	30
2.3.3 Características del adulto mayor	36
2.3.4 Concepciones del cuidado	55
2.3.5 El cuidado de enfermería al adulto mayor dependiente hospitalizado	65
2.4 Referencial Teórico.....	68
2.4.1 Teoría del cuidar de Torralba Francesc.....	68
2.4.2 Teoría del cuidado humano de Jean Watson	83
2.4.3 Teoría del cuidado de Simone Roach.....	101
CAPÍTULO III.....	108
METODOLOGÍA	108
3.1 El tipo de estudio	108
3.2 Método de investigación	110

3.3	Sujetos de investigación.....	116
3.4	Escenario de estudio	118
3.5	Procedimiento de Recolección de datos cualitativos:.....	120
3.5.1	Técnica de recolección de datos:	120
3.5.2	Instrumento de Recolección de Datos.....	122
3.6	Procesamiento de los datos:	123
3.7	Consideraciones éticas y de rigor científico.....	123
CAPÍTULO IV		126
RESULTADOS Y DISCUSIÓN.....		126
4.1	Presentación de resultados	126
4.2	Análisis y discusión de resultados.....	134
4.2.1	Categoría 1: Iniciando el cuidado al AMD con vocación.....	134
4.2.2	Categoría 2: Vivenciando el cuidado de enfermería al AMD.....	143
4.2.3	Categoría 3: Comprendiendo los sentimientos y emociones de la enfermera al brindar el cuidado al AMD	215
4.2.4	Categoría 4: Trascendiendo en el cuidado al AMD.....	226
CAPÍTULO V.....		229
CONSIDERACIONES FINALES		229
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS		237
ANEXOS.....		255

ÍNDICE DE TABLAS

Tabla 1.	Perfil o características de los entrevistados.	117
Tabla 2.	Saturación de citas de enfermeras entrevistadas de HIICGSIL.....	131
Tabla 3.	Resumen del estudio: Vivencias de la enfermera al brindar el cuidado al adulto mayor dependiente hospitalizado en el Hospital II CGSIL	254

CAPÍTULO I

INTRODUCCIÓN

1.1 Problematicación e importancia

El presente estudio representa parte de mis vivencias en el cuidado al adulto mayor dependiente (AMD) toda vez que trabajé muchos años brindando cuidado a este grupo de personas, acompañándolos en el día a día con o sin familia. Más del 40% de ellos son adultos mayores dependientes, de diferentes culturas y características, con o sin familia que los acompaña pues muchos de ellos son abandonados y otros muy queridos por su familia, los cuales son referidos de diferentes hospitales de EsSalud a nivel nacional, en busca de cuidado especializado, con énfasis en el cuidado de enfermería entre ellos sensibilidad, conocimiento, capacidad de escucha, empatía, mirada atenta, llamándoles por su nombre, etc. los que esperan un cuidado integral de parte de las enfermeras. Fue la primera experiencia en un hospital especializado cuidando un adulto mayor.

En mi experiencia como enfermera jefe tuve la oportunidad de observar enfermeras que brindan cuidados con mucha dedicación y entrega; demostrando ternura, empatía, con capacidad de escucha en aras de brindar un cuidado humanizado a la persona cuidada. La mayoría de las enfermeras brinda un cuidado integral, se entregan de lleno por las personas que cuidan, les dan un trato amable, conversan con ellos, sonríen, están pendientes de ellos y de su familia para capacitarlos y prepararlos para el alta de su ser queridos que se encuentran hospitalizados. Sin embargo, también se observa algunos descuidos de parte

de las enfermeras, lo cual llama la atención. En ocasiones, el trato que brindan las enfermeras a los pacientes no es amable, la comunicación es escasa o nula pues en la mayoría de los casos, la relación enfermera y adulto mayor solamente estaba destinada a la administración de medicamentos o realizar procedimientos; y los adultos mayores refieren tener muchas expectativas de las enfermeras.

Posteriormente tuve la oportunidad de brindar cuidado desde la gestión que me permitió clarificar el cuidado como enfermera al adulto mayor, permitiéndome conocer la realidad de este grupo vulnerable en un contexto político, sociodemográfico y epidemiológico, existiendo una brecha inmensa de cuidados a este grupo importante de la sociedad.

El adulto mayor, la familia y la enfermera conviven momentos de su existencia donde ambos se interrelacionan. El cuidado es brindado de manera formal por un profesional calificado que presenta características que varían en su forma, intensidad, orientación y por ende su entorno. Ante los cambios actuales se hace imperiosa la necesidad de búsqueda de enfermeras que brinden cuidado integral humanizado y personalizado(1). En ese sentido, es necesario entender el proceso del envejecimiento humano, el cual es un fenómeno universal inevitable y de gran trascendencia debido a las repercusiones sanitarias, económicas y sociales (2,3). Además, el “envejecimiento” se asocia al incremento de la proporción de personas de edad avanzada así como el aumento de la edad media de la población. Según reportes a nivel mundial, la población adulta

mayor está aumentando considerablemente debido al incremento de la expectativa de vida, disminución de tasas de natalidad y mortalidad, entre otros factores (2,4).

La Organización Mundial de la Salud (OMS), revela que en la Región de las Américas el adulto mayor representa el 12%. Para el año 2025 se espera que esta cifra sea cercana al 15%, llegando hacia el 2050, aproximadamente, al 24% de la población (5,7). En el Perú la población adulta mayor representa el 9,1% del total de la población, siendo la proyección estimada del 12.5% para el año 2025 (7,8). Ante esta situación, los requerimientos de los servicios sanitarios también se ven incrementados, tal como lo demuestran las estadísticas del Seguro Social de Salud (EsSalud), institución peruana que ha experimentado un progresivo aumento en la atención de las personas adultas mayores, llegando a un 13.4% del total de la población asegurada, los adultos mayores concentran la mayor demanda de atención, generando un 31.4% de las consultas externas, y de estos un 47.65% de usuarios son en estado de dependencia, un 26.4% de los egresos hospitalarios a nivel nacional y en 32.3% del total de egresos en Lima (9).

Es evidente que un mayor envejecimiento de la población asegurará una fuerte presión de la demanda en los servicios de salud en un mediano plazo. Aunque, envejecer es un proceso donde es necesario experimentar el cuidado en las diferentes etapas del ser humano, hoy en día vivimos tiempos de impiedad debido al abandono de niños, ancianos, pobres y excluidos. El cuidar está presente en los diversos pasajes de la vida, especialmente en la última jornada de vida (10).

Enfermeras como Watson (11); Leininger (12) en EE.UU y Waldow (13) en Brasil, señalan el cuidado del ser humano en su complejidad, como objeto epistemológico de la enfermería, comprendido como un cuidado que rompe con la fragmentación cuerpo/mente, normal/patológico; un cuidado integrador, humanizado, favorecedor de una vida mejor y más saludable. Para Waldow (14), es la más bella de las artes, reitera que no hay nada más bello, que ser capaz de facilitar la vida humana. La vida abriga el existir del ser como es constituido por el cuidado y al morir deja de existir. El cuidado es un acto de relación entre seres humanos, el estar con el otro es lo que da sentido a la vida humana. El cuidar siempre está presente en los diversos pasajes de la vida desde la gestación hasta los últimos pasajes de la vida del ser humano (15).

El cuidado humano es una actitud ética en la que los seres humanos perciben y reconocen los derechos unos de los otros. Las personas se relacionan en forma de promover el crecimiento y el bienestar de la otra. El cuidado humano es entendido como una forma de vivir. Cuidar es entendido como acto de asistir a alguien. El cuidar deja de ser un procedimiento, una intervención, pasa ser una relación donde la ayuda es el sentido de la calidad del otro ser, respetándolo, tocándolo de forma más efectiva (16).

Watson (11) refiere que el cuidado es un fenómeno impregnado de subjetividad que conduce a preocuparse por las experiencias de los demás. Permite regresar a las raíces y valores profesionales más profundos y que representa el arquetipo de la enfermera ideal. El cuidado deja constancia de la identidad profesional en un contexto donde los valores humanos son constantemente cuestionados y cambiados. Sostiene que este cuidado

contribuye a que tales valores estén presentes y la enfermería no sea concebida “solo como un trabajo”, más bien ofrece una fundamentación ética y filosófica para la enfermería de hoy y de mañana (17). Su enfoque humanístico, basado en los valores que incorpora su teoría, permite brindar apoyo a la enfermería y al cuidar humano en las instituciones geriátricas (18).

Leitón (19), refiere que los analistas y pensadores contemporáneos consideran que actualmente existe una crisis civilizacional de descuido, desatención y abandono, en una palabra la falta de cuidado, amenaza la esencia humana, es decir, esa realidad afecta a la vida humana en aquello que ella posee lo más fundamental “el cuidado”. Se menosprecia la tradición de solidaridad, se hace poco de los ideales de libertad y de dignidad para todos los seres humanos considerando a los niños y adultos mayores como grupos de mayor riesgo. Al respecto, Boff (10) afirma que el cuidado se constituye en la esencia humana, si no hay cuidado, hay descuido y todo lo que rodea al ser humano se daña, puede llegar a morir o vivir en condiciones precarias de vida. El cuidado como un modo de ser esencial, es una manera propia de estructurarse y darse a conocer, sin el cuidado se deja de ser humano. Si el ser humano no recibe cuidado desde el nacimiento hasta la muerte el ser humano se desestructura, pierde sentido y muerte. Los adultos mayores no están exentos de esta realidad, también vivencian el descuido y la desatención en sus vidas especialmente cuando se encuentran hospitalizados.

Cuidar es una situación que muchas personas experimentan, siendo para cada quien, una realidad distinta, el cuidado es brindado de manera formal por el profesional calificado

y de manera informal por la familia. El proceso del cuidar es la forma como se da el cuidado, proceso interactivo entre cuidadora y ser cuidado, donde la primera tiene un rol activo, pues devuelve acciones y comportamiento de cuidar; el segundo el ser cuidado tiene un rol más pasivo (15).

El presente problema de investigación surge tras la observación constante a las enfermeras mientras brindan su cuidado a adultos mayores, con pluripatologías, con o sin soporte familiar, cuidadores familiares con o sin conocimiento para ayudar a brindar el cuidado a los adultos mayores. Enfermeras encargadas de brindar el cuidado con el compromiso de brindar un cuidado humano, con o sin apoyo de la gestión, sin embargo la enfermera debe brindar el cuidado a pesar de las adversidades.

El cuidar al adulto mayor, refieren las enfermeras, representa un conjunto de aspectos positivos y negativos, a pesar que la enfermera está preparada para brindar el cuidado de calidad, empatía y entrega: en otras palabras, un cuidado positivo. Sin embargo, ella se encuentra con aspectos negativos que son propiamente institucionales, como la infraestructura donde se encuentra habitaciones bipersonales, que según refieren las enfermeras no ayuda a la vigilancia constante en la búsqueda del cuidado al adulto mayor. Así como, como se encuentran habitaciones con servicios higiénicos sin barandas para el desplazamiento de los pacientes, camas sin barandas, otros con barandas bajas o altas. También, refieren que existe déficit de personal, pues se pretende que una enfermera brinde cuidados de enfermería a 18 o 20 pacientes adultos mayores siendo estos frágiles

y dependientes, sin contemplar la complejidad del cuidado necesario para este grupo de adultos mayores.

Por otro lado, la institución no evidencia el cuidado de la enfermera como un cuidado humano o integral pues para las autoridades de la alta gerencia el cuidado de la enfermera es un modelo biomédico donde la enfermera solamente debe ejecutar indicaciones médicas donde la enfermera solo debe viabilizar órdenes terapéuticas, exámenes auxiliares, traslados de paciente ante las referencias o transferencias, citas, altas, administrar medicamentos, etc. En otras palabras la enfermera, debe ser meramente cumplidora de indicaciones médicas. Esta concepción errada de las autoridades es en desmedro de los cuidados que debe brindar la enfermera a los grupos vulnerables, en este caso los adultos mayores.

Por otro lado, la enfermera, además de buscar brindar un cuidado integral a los seres necesitados de cuidado como son los adultos mayores, por otro lado, se encuentra con adultos mayores sin cuidados de su familia, desvalidos, abandonados por la familia y en ese momento refieren las enfermeras que el cuidado profesional no es suficiente. Sin embargo, la enfermera al brindar sus cuidados demuestra que es profesional porque utiliza el método científico mientras brinda los cuidados al paciente adulto mayor, ella valora al paciente utilizando diferentes modelos científicos de enfermería arribando a los diagnósticos de enfermería para luego realizar el plan de cuidados para solucionar los problemas identificados planteando los objetivos e intervenciones seguidos de la ejecución de lo planificado y terminado con la evaluación de los objetivos planteados.

Por lo tanto, el presente trabajo de investigación pretende valorizar y visibilizar el cuidado realizado por la enfermera a través de sus vivencias, por lo tanto, ante todo lo expuesto anteriormente surge ahora la siguiente interrogante: ¿Cuáles son las vivencias de la enfermera al brindar el cuidado al adulto mayor dependiente?

1.2 Objeto de estudio

El presente estudio está orientado a identificar las vivencias de la enfermera al brindar el cuidado del adulto mayor dependiente hospitalizado.

1.3 Pregunta orientadora:

¿Cuáles son las vivencias de las enfermeras que brindan el cuidado del adulto mayor dependiente hospitalizado?

1.4 Objetivos del estudio

Objetivos

Analizar las vivencias de la enfermera al brindar cuidado al adulto mayor dependiente hospitalizado en el Hospital II CGSIL de ESSALUD.

Caracterizar las vivencias de la enfermera al brindar cuidado al adulto mayor dependiente hospitalizado en el HIICGSIL de ESSALUD.

Analizar el cotidiano de la enfermera al brindar cuidado al adulto mayor dependiente hospitalizado en el HIICGSIL de ESSALUD.

1.5 Justificación y relevancia del estudio.

El presente trabajo de investigación se ve enmarcado en los lineamientos de política de salud 2007-2020, y en el Plan Nacional para las Persona Adultas Mayores 2013 -2017 del Ministerio de la Mujer y Poblaciones vulnerables - Dirección de personas adultas mayores – DIPAM - Perú, cuyo objetivo general es mejorar la calidad de vida de las personas adultas mayores mediante la satisfacción integral de las necesidades, su participación activa y la promoción de sus derechos, desarrollando intervenciones articuladas entre los distintos niveles del estado y la sociedad civil (6). El presente trabajo se justifica por las siguientes razones:

Refleja las vivencias de la enfermera del cuidado al adulto mayor dependiente hospitalizado, pues la enfermera es el ser que cuida a los adultos mayores dependientes con y sin soporte familiar. Servirá para la enfermera como instrumento de cuidado a los adultos mayores en forma humanizada, que conlleva a la mejora de los procesos en el quehacer diario de la enfermera; pues permitirá realizar una propuesta teórica práctica de la vivencia de la enfermera ante las autoridades de la institución y coadyuvará al cumplimiento de los objetivos estratégicos de la institución. Un estudio de esta naturaleza ayuda a comprender el cuidado enfermero, permitiendo identificar y construir la esencia de enfermería que es el cuidar/cuidado desde un enfoque integral que servirá como base de otros estudios de investigación.

Existen escasos trabajos relativos a las vivencias de la enfermera al brindar el cuidado al adulto mayor dependiente en el ámbito hospitalario bajo la perspectiva

cualitativa, por lo tanto, será un material valioso para la investigación porque incrementará el conocimiento científico de la enfermera, por su relevancia teórica pues cuenta con un marco teórico amplio y detallado en relación al cuidado de enfermería a los adultos mayores.

En la docencia será un modelo para guiar a las alumnas de enfermería pues ayudará a cada uno de los docentes y ser un ejemplo para la nueva generación en el cuidado del adulto mayor.

La relevancia social es importante para el presente trabajo porque beneficia a los adultos mayores, pues el resultado final se evidencia en la enfermera, pues mejora el proceso del cuidado al adulto mayor y su familia mejorando su calidad de vida y como impacto final es la satisfacción del asegurado, logrando un impacto en la atención de los asegurados, así como, disminuye las quejas de los usuarios.

Por último, el presente trabajo promueve la visibilidad de la enfermera ante los estamentos gubernamentales y políticos promoviendo propuestas políticas de cuidado humanizado / integral a favor del cuidado realizado por la enfermera al adulto mayor dependiente.

CAPÍTULO II

MARCO REFERENCIAL TEÓRICO - CONCEPTUAL

2.1 Contexto del objeto de estudio

Para brindar el cuidado la enfermera debe tener en cuenta el contexto del adulto mayor, pues es un ser especial que se vio mellada en su proceso del envejecimiento que en algunos casos fue saludable y en la mayoría de los casos un envejecimiento rodeado de problemas que se presentaron por su contexto político, cultural y social de acuerdo a los cambios o envejecimiento poblacional, tanto en contexto sociodemográfico como epidemiológico. Las enfermeras están obligadas a conocer las características del envejecimiento tanto en el aspecto físico, mental-emocional, social y espiritual.

Contexto socio demográfico del envejecimiento

Se puede definir el envejecimiento 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 finalmente a la muerte (20). Así mismo, Millán (21) refiere, que el envejecimiento podría definirse como la serie de modificaciones morfológicas, psicológicas, funcionales y bioquímicas que el paso del tiempo origina sobre los seres vivos, se considera que es un proceso biológico, que comienza una vez alcanzada la madurez, afecta todos los niveles de organización biológica, desde las moléculas a los sistemas fisiológicos, que inducen a que la persona tenga una mayor predisposición a

desarrollar ciertas enfermedades y como consecuencia final presente un mayor riesgo de muerte.

El estado funcional en las diferentes edades es la resultante de la interacción de los elementos biológicos, psicológicos, así como sociales y que constituye probablemente el reflejo más fiel de la integridad del individuo a lo largo del proceso de envejecimiento cronológico. El adulto mayor experimenta una serie de cambios, de esta manera algunos órganos envejecen más rápido que otros, por ejemplo, las investigaciones han determinado que la mente es la última en envejecer, o la que lo hace más lentamente, siempre que se le mantenga en permanente ejercitación (5).

La OPS y la OMS (22) definen el envejecimiento como es el proceso fisiológico que comienza en la concepción y ocasiona cambios característicos de la especie durante todo el ciclo de la vida. Desde luego, en los últimos años de vida estos cambios producen una limitación de la adaptabilidad del organismo en relación a su medio. La definición más completa del envejecimiento considero que es un proceso universal, continuo, irreversible, dinámico, progresivo, declinante, individual, e inevitable que se asocia al paso del tiempo, tornando al individuo más vulnerable al medio, así como merma su capacidad de adaptación del ser humano. Los ritmos a los que esos cambios se producen en los diversos órganos de un mismo individuo o en los distintos individuos no son iguales.

Las cifras indicadas por la OMS (23), muestra que las personas mayores conforman un grupo cada vez más numeroso en la población de todos los países. Consiguientemente, el envejecimiento humano es un fenómeno universal inevitable y de gran trascendencia

debido a las repercusiones sanitarias, económicas y sociales. Según los reportes a nivel mundial, la población adulta mayor está aumentando considerablemente debido al incremento de la expectativa de vida, disminución de tasas de natalidad y mortalidad, entre otros factores. El Ministerio de Salud (MINSA) del Perú, presenta el programa de atención integral de salud donde considera al adulto mayor desde los 60 años a más (7,24).

La OMS (22,25) reitera que los adultos mayores cada vez son más, hasta el año 2007 la población mayor a nivel mundial fue de 10.3% y en la región de las Américas del 12%. Asimismo en Europa, el 20% de la población sobrepasa los 70 años; se calcula que para las próximas dos décadas estas cifras se duplicarán. En ese sentido, en América Latina, los países andinos como Perú, Bolivia, Colombia, Ecuador y Venezuela también se verán afectados por el envejecimiento. Por otro lado, la División de Población de la CEPAL (26), añade que el aumento de la proporción de personas mayores en los países de la región de América Latina y el Caribe es cada vez más significativo, entre 1975 y 2000 el porcentaje de la población adulta mayor pasó de un 6,5% a un 8,2% llegando a 43 millones de personas; para el año 2025 se espera que esta cifra sea cercana al 15% lo que representa 100,5 millones lo que sin duda hará que este grupo adquiera una mayor notoriedad en la población, hacia el 2050 las personas de este grupo representarán aproximadamente el 24% de la población lo que podría llegar a los 183,7 millones.

En el Perú, datos del Censo 2007 indican que la población peruana adulta mayor asciende a 2 millones 495 mil 643 en términos porcentuales representa el 9,1% y se estima

que para el 2020, el 11% de peruanos serán adultos mayores siendo alrededor de 3 millones 600 mil y para el 2025 será más de 4 millones 470 mil (27).

El "envejecimiento" se asocia al incremento de la proporción de personas de edad avanzada y como el aumento de la edad media de la población, es consecuencia de diversos factores directos, como la disminución de la mortalidad y el aumento de la esperanza de vida, e indirectos, como la natalidad, la estructura por edades o las migraciones (2). Según el CEPAL (26), se espera que la tasa de crecimiento de la población de 60 años y más aumente hacia el 2025, estabilizándose para el periodo 2025 al 2050 en un 2,4%. El descenso de la mortalidad y la fecundidad es la primera causa de envejecimiento en la región, la natalidad tiene una importante repercusión en la pirámide demográfica, ya que representa la capacidad que tiene una población de regenerarse a sí misma, lo que afecta obviamente, al índice del envejecimiento.

Este indicador expresa la frecuencia anual de nacimientos vivos que ocurren en el ámbito geográfico del país, asimismo la natalidad se expresa en tasa bruta de natalidad y en la tasa general de fecundidad. En el Perú la natalidad en el quinquenio 2000 - 2005 fue de 22.6 nacimientos por cada mil habitantes, en los años 2010 al 2015 es de 19,4 por cada mil habitantes y proyectándose que esta disminuirá a 16.6 durante el quinquenio del 2020 - 2025. En 1986 la fecundidad de una mujer en edad fértil era de 4.1 hijos, en el 2000 era 2.9 hijos y en el 2006 una mujer esperaba tener 2.6 hijos y en el 2010 al 2015 es de 2,4 según la última cifra (28).

La mortalidad representa el segundo fenómeno que afecta el envejecimiento de una población. La probabilidad de morir no es la misma a lo largo de la vida pues la relación entre edad y mortalidad es muy clara, en el Perú la tasa bruta de mortalidad expresa la frecuencia anual de muertes que se producen en el ámbito geográfico del país. Para los años 2000 - 2005 se estimó en 6.2 muertes por 1000 habitantes. Para el 2010 al 2015 se estimó en 5,5 muertes por 1000 habitantes. Debe destacarse también los importantes cambios ocurridos en los perfiles de mortalidad, cuya principal característica es la disminución de muertes por enfermedades transmisibles y un notable incremento de las muertes por tumores malignos y causas externas (28).

El incremento de la esperanza de vida al nacer, la esperanza de vida al nacer es un índice que muestra el número de años que de manera estadística vivirá probablemente un individuo de una población que nace en un momento determinado dependiendo esta de las condiciones de bienestar en la sociedad. En efecto, los avances socio-sanitarios, en especial los de la medicina preventiva, así como, la aparición de los antibióticos junto con los grandes progresos en la nutrición, han logrado que la esperanza de vida al nacer, que era de 50 años a principios de siglo, sea en los países desarrollados de 75 años en la actualidad (2).

La expectativa de vida se ha incrementado considerablemente en los últimos años. En la década de los 80, los peruanos vivían en promedio hasta los 65 años, en la actualidad, la esperanza de vida al nacer presenta un significativo incremento a 74 años en promedio nacional (28). El aumento del indicador de esperanza de vida al nacer, sugiere una mejoría

de las condiciones de vida y salud de la población. En los últimos veinte años, el Perú ha experimentado un aumento de seis años en el promedio de vida de la población. Los peruanos nacidos en el año 2002, tenían una esperanza de vida de 70 años. Por sexo, las mujeres tienen 72 años de expectativa de vida, nítidamente más elevada que la correspondiente a los hombres, quienes solamente tienen una esperanza de 67 años. Los nacidos en zonas urbanas durante el año 2002, vivirían hasta 72 años, mientras que los nacidos en zonas rurales solo vivirían hasta los 65 años. Del 2010 al 2015 se espera que la esperanza de vida al nacer sea de 74 años (24,28).

Contexto político legal en relación al envejecimiento en América Latina y el Caribe.

Los eventos más importantes después de la II Asamblea Mundial del envejecimiento referidos a la primera y segunda Conferencia Regional Intergubernamental sobre el envejecimiento (26), las políticas y eventos más importantes en América latina y el Caribe en relación al envejecimiento fueron como sigue:

1997: Declaración de Montevideo sobre políticas de protección integral al envejecimiento y la vejez saludable.

1998: Foro Andino sobre políticas para adultas y adultos mayores, los estados miembros conformaron comités intersectoriales con la participación de la sociedad civil, para la concertación de políticas, planes y programas tendientes a mejorar las condiciones de vida de las adultas y adultos mayores.

2002: Declaración de Toronto, que considera relevante la prevención global del maltrato de los adultos mayores.

2003: Santiago de Chile: Primera Conferencia Regional Intergubernamental sobre envejecimiento “Hacia una estrategia de implementación para América Latina y el Caribe del Plan de acción de Madrid sobre el envejecimiento.

2007: Brasilia: Segunda Conferencia Regional Intergubernamental sobre envejecimiento en América latina y el Caribe: Hacia una sociedad para todas las edades de protección social basada en derechos. Se adopta la Declaración de Brasilia.

Contexto político legal en relación al envejecimiento en el Perú.

Leyton (19) presenta un resumen del marco político legal del envejecimiento del Perú, quien refiere que durante el periodo de implementación del Plan Internacional se ha dado leyes nacionales, políticas y otras medidas, los que se detallan:

2000: Lineamientos de Política para las personas mayores: DS N° 010-2000-PROMUDEH, primera medida a favor de los adultos mayores. Objetivo: Guiar y orientar la implementación de los programas y proyectos referidos a las personas adultas mayores con el fin de que el proceso del envejecimiento se desarrolle en condiciones favorables inherentes a la dignidad humana.

2003: Ley Orgánica de Municipalidades N° 27992. Reconoce la importancia de promover programas y de integrarlos en los diferentes espacios de participación ciudadana.

2003: La salud integral: Compromiso de todos. “El Modelo de Atención Integral de salud” 2002 – 2012. RM N° 729-2003SA/DM. Objetivo de priorizar y consolidar las acciones de atención integral con énfasis en la promoción y prevención, cuidado de la salud, disminuyendo los riesgos y daños de las personas en especial los niños, adultos mayores y discapacitados.

2004: Red Nacional de Personas Adultas mayores. RM N° 513-2004-MIMDES. Responsables del cumplimiento del Plan Nacional en todo el País.

2004: Políticas Saludables para los Adultos Mayores en los Municipios. Ministerio de Salud. MIMDES, Red de Municipios y Comunidades Saludables. OPS. Lima – Perú. Crear un entorno de apoyo que permita a las personas llevar una vida saludable. Los lineamientos de políticas sugeridos son: Empleo y protección social, Participación e integración social, Educación y ciudadanía, Entornos Saludables, Estilos de vida saludables, Cuidados de la salud.

2005: Lineamientos de Política para la Prevención del maltrato y Defensa de los Derechos de las Personas Adultas Mayores. RM N° 156-2005-MIMDES. Creación de un entorno social favorable para las personas mayores, potencien su desarrollo y favorezca el ejercicio de sus derechos.

2005: Lineamientos para la atención integral de salud de las Personas Adultas Mayores. RM N° 941-2005/MINSA. Mejorar y mantener las condiciones de salud comprende 8 lineamientos: Gestión y Rectoría. Organización de los Servicios. Desarrollo de los recursos humanos. Sistema de información. Supervisión, monitoreo y evaluación. Información, educación y comunicación. Investigación y coordinación intersectorial y comunal para la atención integral.

2005: Plan Nacional de Derechos Humanos 2006-2010. DS N° 017-2005-Ministerio de Justicia. Cumplimiento de las obligaciones internacionales del Estado Peruano en materia de derechos de las personas adultas Mayores.

2006: Plan Nacional para las Personas Adultas mayores 2006 – 2010. DS N° 006-MIMDES. Mejorar el bienestar a través de la cobertura de calidad de los servicios de salud, asistencia alimentaria y generación de oportunidades. Promover la solidaridad intergeneracional. Incrementar los niveles de participación social y elevar el nivel educativo y promover una imagen positiva de la vejez en la sociedad. Las políticas están dirigidas a los aspectos de: Envejecimiento saludable. Empleo, previsión y seguridad social. Participación e integración social. Educación conciencia y cultura sobre el envejecimiento y la vejez (6)

2006: Ley de las Personas Adultas Mayores Perú 2006. Ley N° 28803. La Ley designa al Ministerio de la Mujer y Desarrollo social MIMDES, como institución rectora de la política nacional sobre los adultos mayores. MIMDES como institución rectora de la política nacional sobre los adultos mayores. Dar un marco normativo que garantice los

mecanismos legales para el ejercicio pleno de los derechos para mejorar su calidad de vida y que se integren plenamente al desarrollo social, económico, político y cultural, contribuyendo al respecto de su dignidad (29).

2006: Ley de 28803 Centros Integrales para adultos mayores (CIAM). Establece la creación de los Centros Integrales para Adultos mayores – CIAM en todos los distritos del País (29).

2006: Ley 28735. Atención de las personas con discapacidad, mujeres embarazadas y Adultos Mayores en los aeropuertos, aeródromos, terminales terrestres, ferroviarios, marítimos y fluviales y medios de transporte. Ley 28683 la Ley que modifica la ley 27408, de atención preferente. Garantizar el respeto a los principios de igualdad de derechos, de movimiento, de elección, y el derecho de desenvolverse con el mayor grado de autonomía e independencia posible; como a la seguridad en su traslado y movilización, Ley que modifica la ley N° 27408, establece la atención preferente a las mujeres embarazadas, niños niñas, los adultos mayores, en lugares de atención al público.

2007: Resolución Ministerial N° 613-2007- MIMDES. Recomendaciones para el funcionamiento, en las Municipalidades Provinciales y distritales, en los Centros Integrales de atención al Adulto mayor – CIAM Creados por la Ley 28803.

2011 Plan nacional para las personas adultas mayores 2013 al 2017, presenta el plan a ejecutas las diferentes instituciones que trabaja en beneficio al adulto mayor, cuyo objetivo principal es: Mejorar la calidad de vida de las personas adultas mayores mediante

la satisfacción integral de sus necesidades, su participación activa y la promoción de sus derechos desarrollando intervenciones articuladas entre los distintos niveles del estado y de la sociedad civil.

2013 Ley de las personas adultas mayores Ley N° 28803, donde presenta definición, Derechos de la persona adulta mayor, deberes del estado, deber de la familia, órgano rector es el viceministerio de la mujer, beneficios, convenios, centros integrales de la persona adulta mayor, atención integral en materia de salud, programas de capacitación, actividades recreativas y deportivas, obras de desarrollo urbano entre otros.

A pesar que exista disposición política a favor del adulto mayor muy poco se hace por y para ellos pues aún son la población excluida del Perú, sin embargo, el contexto político legal es un aspecto muy importante pues redundará en el envejecimiento exitoso de la persona y de la población.

2.2 Antecedentes del problema

Dentro de los antecedentes del problema de investigación se encontraron muy pocos trabajos nacionales e internacionales, los cuales se presentan a continuación:

Coutinho, Popim, Carrega y Spiri (30) en el estudio *“Integralidad del cuidado con el anciano en la estrategia de salud de la familia: visión del equipo”*, realizado en Río de Janeiro Brasil, el estudio describe cómo se está llevando a cabo el cuidado de ancianos en la Unidad de Salud de la Familia, según la opinión de los profesionales de salud. Estudio cualitativo con análisis social fenomenológica de Alfred Schutz. Trabajo donde se

entrevistaron a 07 profesionales, el análisis evidenció: que el cuidado guiado por los programas de salud, en detrimento de la atención integral y la clínica ampliada, y la visión de las necesidades y perspectivas de la atención integral. El estudio pone de manifiesto la necesidad de avanzar en el cuidado de ancianos. Los profesionales reconocen el envejecimiento y la necesidad de cambio, manifestando que la educación de los trabajadores es punto de partida para el cambio. Donde, además es necesario que los administradores y el Estado organicen una red de atención que incluya a las personas mayores, con ofertas de servicios de acuerdo a la demanda presentada.

Daza y Medina (31) en el trabajo *“Significado del cuidado de enfermería desde la perspectiva de los profesionales de una institución hospitalaria de tercer nivel en Santafé de Bogotá Colombia”*, realizado en el año 2005, describe e interpreta el significado sobre el cuidado de Enfermería, que tienen los profesionales de una institución de tercer nivel de atención. Estudio de método cualitativo de tipo fenomenológico, con una unidad de análisis de 75 profesionales voluntarios. Del estudio se dedujeron las categorías deductivas ¿Qué es Enfermería? ¿Qué es cuidado de Enfermería? ¿Y cómo se aborda el cuidado? Conclusiones: Los profesionales asumen la enfermería, como profesión exige una formación basada en conocimientos y habilidades técnico–científicas. No se encuentra un concepto único de cuidado. Una tendencia está orientada hacia la búsqueda de bienestar y otra hacia la resolución de problemas. El cuidado se centra en el proceso de enfermería.

Parrado y Caro (32) en el estudio titulado *“Significado, un conocimiento para la práctica de enfermería”*, realizado en el año 2008, donde el desafío para el cuidado de enfermería del presente siglo es el rescate de la unidad del ser a través del proceso de investigación relacionado con la capacidad de las enfermeras de interrogarse, establecer la naturaleza de los fenómenos y los valores relacionados. Este reto se centra en gran medida en el conocimiento y comprensión de la esencia de las experiencias en los fenómenos tanto de salud como de enfermedad en la cotidianidad de los seres humanos; donde la epistemología como ciencia del desarrollo del conocimiento proporciona herramientas para abordar el significado o significados, entendido este como uno de los conceptos del dominio de la práctica de enfermería. El significado se puede establecer desde diferentes áreas del saber; entre otras, la filosofía con enfoques metodológicos como la fenomenología y la hermenéutica, al igual que la lingüística, la pedagogía, la psicología social y la etnografía. Estas diversas formas de concebir el conocimiento conllevan abordajes distintos que dan soporte a la práctica. La enfermera en el proceso de dar cuidado, debe trascender de la noción exclusivamente lingüística del significado hacia el rescate de la unidad del ser, considerando el lenguaje como un elemento necesario, pero no exclusivo, para comprender e interpretar en las narrativas la experiencia y los significados que se atribuyen.

Abades (18), en el trabajo realizado en el año 2007 sobre los *“los cuidados enfermeros en los centros geriátricos según el modelo de Watson”*, el objetivo de este estudio describe y analiza los cuidados enfermeros adoptados en las instituciones geriátricas, basándose para ello en los "factores del cuidado" de la teoría de Jean Watson.

El estudio se aborda desde la perspectiva teórica fenomenológica, paradigma interpretativista. Como método de generación de información se utiliza el análisis del discurso de la "Entrevista en profundidad" realizado a las enfermeras sobre el concepto de cuidar en los centros geriátricos. El estudio es de gran utilidad para los profesionales del ámbito geriátrico, dado que permite conocer los problemas que surgen a la hora de adoptar el modelo de Watson en la atención geriátrica.

Waldow (33), en el trabajo "*Cuidado integral: Cuidando de si, del otro y del todo*". Enfoca el cuidado utilizando dos itinerarios filosóficos: el fenomenológico y el holístico. Habla del cuidar de sí como un requisito para cuidar del otro, dando énfasis en el cuidar con el otro. El ser que cuida teniendo el cuidar como su esencialidad en ser profesional, es un ser existencial, conforme a la filosofía heideggeriana, concluye que la vulnerabilidad es la condición que convoca el cuidar. El cuidar de sí es una precondition para cuidar el otro, en una manera singular que se denomina cuidar con, o sea, con la participación del otro ser. El cuidado profesional en la perspectiva del texto incluye que él, el ser que cuida, teniendo el cuidar como su esencialidad en ser profesional es un ser existencial, un ser ahí en el mundo con los otros y que está capacitado para cuidar con responsabilidad, respeto, involucramiento, o sea, en una actitud ética.

Waldow (14), en el trabajo "*Actualización de cuidado*". Estudio que tiene como objetivo promover una serie de ideas sobre el cuidado, a fin de contribuir a la reflexión sobre la práctica de la atención en los escenarios de enfermería. Se trata de un resumen de los aspectos que subyacen en la naturaleza y la comprensión de la atención desde una

perspectiva filosófica y propone definiciones de cuidado humano, cuidado de enfermería, relaciones de cuidado, entre otros.

Fernández (34), en su estudio titulado “*Cuidado de la vida y ser saludable desde la perspectiva de los propios actores*”. Sus objetivos son: Generar una teoría emergente sobre el significado de envejecer de las enfermeras en los escenarios de su práctica. Construir un modelo teórico para la promoción del autocuidado de la salud y la vida de aquel que envejece a partir del significado de envejecer de las enfermeras en los escenarios de su práctica. El método utilizado fue el de Spilgerberg. Utiliza la entrevista a profundidad no estructurada, los informantes claves del estudio fueron cuatro (4) enfermeros y tres (3) informantes externos, seleccionados en las unidades de hospitalización tres hospitales públicos de la ciudad de Valencia del estado de Carabobo. La validación de la información se realiza a través de la triangulación de los datos obtenidos de los sujetos de estudio, emergiendo cuatro (4) categorías: Interpretando el proceso de envejecimiento humano, vivenciando el cuidado humano del adulto mayor, comprendiendo los sentimientos y emociones de la enfermera (o) e identificando la tipología de los valores de la experiencia cuidadora. El estudio cierra con la construcción de un modelo de promoción de autocuidado de la salud y la vida del envejeciente para mantener una calidad de vida en su contexto social. De esta investigación surge el modelo de promoción de autocuidado de la salud y la vida para el envejeciente (MOPASVE). Estudio que sirve de referencia para el presente estudio.

Ojeda (35). En el trabajo titulado *“Vivencia de los enfermeros en el cuidado del adulto mayor moribundo hospitalizado-una perspectiva fenomenológica”*. Tesis de doctorado presentado en la escuela de enfermería de Ribeirão Preto, Universidad de São Paulo. A través de la pregunta ¿Qué significa para enfermería el cuidado al adulto mayor terminal en su encuentro con la muerte en el mundo hospitalario?. Se trata de un estudio cualitativo. La investigación fue desarrollada con enfermeros que trabajan en hospitales públicos en la ciudad de Celaya Guanajuato, la recolección de datos fue realizada por medio de 12 entrevistas, conducidas por un abordaje fenomenológico. Durante la investigación, refiere que se comprendió la vivencia del cuidado del paciente como profesionales de enfermería, implica varios aspectos como las particularidades de la persona a la cual se cuida, sus características físicas, emocionales, sociales y espirituales. Describe que aún en el momento de ayudar al paciente a morir, en muchas ocasiones se busca realizar en una forma de retrasar la muerte, como un impulso para conservar la vida de aquel que está muriendo. Ese cuidado es proporcionado en un mundo concreto y es un desafío manifestado por los enfermeros, favorecer el respeto a las decisiones del paciente y de su familia. También las políticas de las instituciones de salud pública necesitan ser revisadas para que el familiar pueda permanecer cercano al adulto mayor moribundo, pues es su derecho morir en compañía de los suyos, y esto forma parte de tener una muerte digna.

También, Jarra, Jana y García (36), en la investigación *“Algunos aspectos esenciales del pensamiento de Jean Watson y su teoría de cuidados transpersonales”* realiza una síntesis del pensamiento de Jean Watson a partir de dos perspectivas

fundamentales a saber: su filosofía de cuidados y su teoría de cuidados transpersonales. El análisis se centra, por una parte en los fundamentos filosóficos del cuidado que derivan del existencialismo y de la teoría de la alteridad levinasiana y, donde los 10 factores del cuidado que caracterizan su teoría, recata aspectos de la utilización de su teoría de cuidados en diferentes contextos de enfermería. Las autoras del artículo valoran el significado y trascendencia de cada uno de ellos para la disciplina y la oportunidad que supone aplicarlos en la praxis del trabajo cotidiano y en el desarrollo de la vida diaria.

2.3 Referencial Conceptual

2.3.1 Aspectos conceptuales.

Considerando el objeto de estudio, vivencias de la enfermera al brindar el cuidado del adulto mayor dependiente hospitalizado, los conceptos teóricos son:

Envejecimiento. Cuando se habla de envejecimiento Fernández (34), refiere que el envejecimiento es un proceso natural de cambios biológicos, psicoafectivos y sociales, que se inicia con el nacimiento y continua a lo largo de la vida. Por lo que se necesita de un cuidado humanizado en las instituciones de salud, en la familia y comunidad, para mantener un estilo de vida saludable.

La Organización Mundial de la Salud (23), presenta la definición más completa del envejecimiento como un proceso universal, continuo, irreversible, dinámico, progresivo, declinante, individual, e inevitable que se asocia al paso del tiempo, tornando al individuo más vulnerable al medio y merma su capacidad de adaptación del ser humano, donde los

ritmos en los que esos cambios se producen en los diversos órganos de un mismo individuo o en los distintos individuos no son iguales. Así mismo, el CEPAL (26) refiere que el envejecimiento se define 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. Desde una perspectiva demográfica, el envejecimiento de la población puede definirse como el proceso de cambios en la estructura por edad y sexo con una doble dimensión, diferenciable por sus causas y por sus efectos Naturalmente, en el transcurso de la vida se puede experimentar el envejecimiento y solamente cada ser humano podrá experimentar su propio proceso de envejecimiento. Por otro lado, el proceso del envejecimiento se ve influenciado por determinantes del envejecimiento (37).

Adulto mayor. Es la persona mayor de 60 años, de características diversas y que evidentemente no es homogénea en absoluto. Personas con edades similares, presentan características de salud totalmente diferentes. Consecuentemente hay que diferenciar los distintos perfiles de personas mayores (38). Este término o nombre reciben las personas que pertenecen al último grupo etario de la vida del ser humano.

Según el acuerdo de Kiev la Organización Mundial de la Salud (OMS) (23), considera adultos mayores a los de más de 60 años para los que viven en los países en vías de desarrollo y de 65 años a los que viven en países desarrollados, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) (25,39), ajustó la edad de 65 años y más para considerarlo adulto mayor, por otro lado, para hacer el análisis de la población por estructura de edad en el Perú el Ministerio de Salud presenta un esquema donde señala como uno de sus

lineamientos fundamentales de la implementación de un Modelo de Atención Integral (MAIS), donde considera al adulto mayor desde los 60 años a más. Por lo tanto, el término adulto mayor es un término que se da a quienes pertenecen al grupo etario que comprende personas que tienen más de 60 años de edad. Teniendo en cuenta que no hay otro criterio de inclusión, cabe recalcar que para este trabajo se considera a los adultos mayores, a todas aquellas personas que alcanzaron este rango de edad (24).

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. Por lo general este grupo ha dejado de trabajar, o bien se han jubilado 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 (40).

Esta situación hace que las personas muchas veces sean consideradas como un estorbo para sus familias, por lo que un problema creciente en la sociedad actual es el abandono. Como vemos, se trata de un grupo de personas que son fuertemente discriminados, ya que se comete el error de considerarlos como inoperantes o incapaces, enfermos o simplemente viejos que no pueden cumplir con las tareas más básicas (2).

Los gobiernos y los municipios actualmente dan énfasis en presentar nuevas propuestas de trabajo y políticas en beneficio de este grupo también llamado vulnerable aunque con muy pocos resultados (6,41), estas políticas se preocupan en forma especial de los adultos mayores, otorgándoles beneficios especiales en relación a los servicios

sociales y de salud, contando además con actividades especiales creadas especialmente para mantener a esta población activa siendo integrada en la familia y la sociedad, estas acciones de políticas públicas permite que la población adulta mayor aunque en escasa cantidad pues muy pocos son los beneficiados, permite que siga siendo personas perfectamente sanas y activas, llenas de vitalidad que disfrutan de la tranquilidad de haber cumplido con todos los sus proyectos de vida, pudiendo disfrutar de la familia, los nietos y los triunfos acumulados durante la vida (42).

2.3.2 Clasificación del adulto mayor

El Ministerio de Salud de Perú (24), ha señalado, como uno de sus lineamientos fundamentales la implementación de un Modelo de Atención integral, donde supone, en términos generales, priorizar y consolidar las acciones de atención integral con énfasis en la promoción y prevención cuidando la salud, disminuyendo los riesgos y daños de las personas en especial de los niños, mujeres, adultos mayores y discapacitados y clasifica al adulto mayor en tres grupos: Adulto mayor autovalente o independiente, adulto mayor frágil y Adulto mayor dependiente o postrado.

Por otro lado, Espinoza, Muñoz, Portillo (43), indican que la visión dinámica exige la atención a un grupo de población amplio, heterogéneo y continuamente cambiante, una necesidad de ajuste de la actuación en los diferentes niveles de atención y la orientación hacia la funcionalidad y la calidad de vida de las personas mayores y a su propia autopercepción de salud y expectativas.

En este continuo se define las tres situaciones relevantes, en función de la intervención que determinan teniendo en cuenta al programa de atención integral de salud del adulto mayor que está dirigido a la población de 60 años o más, clasificación que se adapta al presente estudio y se divide en los siguientes subgrupos, tal como se presenta:

Adulto mayor autovalente o independiente: los que son capaces de realizar las actividades básicas de su vida diaria y las actividades funcionales requeridas para su autocuidado. Para Espinoza, Muñoz, Portillo (43) llamada también persona autónoma que incluye a las personas mayores de 60 años, sanos y afectos de enfermedades agudas o crónicas no potencialmente incapacitantes. La interacción fundamental en este grupo será preventiva y promocional.

Adulto mayor frágil: los que tienen algún tipo de disminución del estado de reserva fisiológica asociada con un aumento de la susceptibilidad a discapacitarse. Conserva su independencia precariamente y tiene alto riesgo de entrar a una situación de dependencia. Generalmente es una persona que, aun teniendo una o dos enfermedades de base, puede valerse por sí misma gracias a que conserva un correcto equilibrio con su entorno social, familia y sí mismo. Es independiente en el desarrollo de sus tareas básicas pero en el desarrollo de tareas instrumentales más complejas, por ejemplo, conducir un coche por un periodo prologado, puede necesitar ayuda. La principal característica en este perfil es el riesgo a volverse dependiente o tener una situación continuada de discapacidad. Tiene alto riesgo de generar síndromes geriátricos.

Adulto mayor frágil es aquel que cumple 2 ó más de las siguientes condiciones: 80 años o más, dependencia Parcial o total, deterioro cognitivo, manifestaciones depresivas, problema social, caídas, pluripatología, enfermedad terminal por neoplasia, enfermedad crónica que condiciona discapacidad, polifarmacia, índice de masa corporal menor de 20 y hospitalización (24).

Para Espinoza, Muñoz, Portillo (43) también llamada persona mayor frágil o de alto riesgo de dependencia: Indica situación de riesgo de dependencia pero, sin padecerla aún, siendo potencialmente reversible o pudiendo mantener la autonomía mediante la intervención específica, personas con algún proceso agudo sin generar algún grado de dependencia, esta situación está determinada por la presencia de al menos uno de los siguientes criterios: a) Criterios demográficos: Tener más de 80 años. b) Criterios clínicos, presentar situaciones clínicas con alta probabilidad de producir pérdida funcional. c) Criterios sociales: Vivir solo, viudez reciente, bajo nivel socioeconómico, cambios frecuentes de domicilio, institucionalización, aislamiento social, falta de apoyo social, problemas en la vivienda, etc. d) Criterios sanitarios: Ingreso hospitalario reciente, polimedicación (4 o más fármacos).

Adulto mayor dependiente: Son aquellas personas que tienen una pérdida sustancial del estado de reserva fisiológico, asociada a una restricción o ausencia física/funcional que limita o impide el desempeño de las actividades de la vida diaria. (24). También llamada persona mayor dependiente: Se refiere a la situación de pacientes con pérdida funcional importante en las actividades instrumentadas de la vida diaria, incapacitados en

sus domicilios, situaciones terminales, ingresos hospitalarios y descompensaciones clínicas frecuentes, en los que hay escasa posibilidad de revertir su estado funcional. Este grupo sería objeto de los programas de atención domiciliaria e inmovilizaciones. Intervenciones que están orientadas a la rehabilitación y la prevención de complicaciones, así como la atención familiar y la continuidad asistencial hasta el fallecimiento del paciente (43).

Para identificar al adulto mayor dependiente es necesaria la evaluación de la capacidad física donde es decisivo tener en cuenta aspectos como la movilidad o la fuerza y, en relación a ello la capacidad del sujeto para poder llevar a cabo actividades básicas de vida diaria (ABVD) o actividades instrumentales de vida diaria (AIVD)(21). Aimar (44) refiere que el déficit de autocuidado está relacionado a factores como debilidad muscular y deterioro musculoesquelético, lo que condiciona que requieran ayudas mínimas o acompañamiento. La edad no es un factor condicionante a la limitación. Respecto al sexo, las mujeres cuanto más jóvenes más dependientes en las ABVD en relación a los hombres. A medida que los años aumentan los hombres van presentando más limitaciones y dependencia, hasta duplicar el porcentaje de varones con niveles escasos de independencia respecto a las mujeres. Para la dependencia total, los factores que aparecen son relacionados con el deterioro de las capacidades y potencialidades de los adultos mayores por enfermedades crónicas y por postración (45).

El adulto mayor dependiente va acompañado de la pluralidad de patologías y las consecuencias organizativas y económicas que tiene para los sistemas sanitarios, hay cada

vez más adultos mayores con patologías crónicas debido a la forma de enfermar, a los hábitos tóxicos, al envejecimiento de la población, entre otros factores. La atención de las enfermedades crónicas por sus características permanentes, irreversibles, incapacitantes y prevenibles, los cuales requieren un contacto prolongado y regular con el sistema de salud que garantice una atención proactiva, apropiada y segura, que potencie la continuidad asistencial a través de la coordinación estructurada de la atención sanitaria existente, de recursos sociales y de la comunidad. Consiguientemente, es necesario impulsar la educación sanitaria del paciente y de su cuidador, así como incorporar nuevas tecnologías para garantizar el cuidado, asegurando nuevos resultados y calidad de vida (24).

La persona con enfermedad crónica, es en la mayoría de los casos dependiente que, a la vez consume un gran porcentaje de los recursos sanitarios, demanda muchos cuidados y presenta un nivel de exigencia y expectativas cada vez más alto, requiriendo un seguimiento muy longitudinal en atención primaria. Existe una falta de coordinación entre niveles de atención sanitaria y social es uno de los principales condicionantes de la influencia en la provisión, desarrollo y gestión de los recursos disponibles. Las personas con condiciones de salud de carácter crónico y limitaciones de actividad, son las que encuentran más dificultades para acceder y circular a través del sistema ya que no existe un adecuado ajuste entre sus necesidades y la atención que reciben (37).

Es precisamente la población de mayor edad y con limitación funcional la que genera mayor demanda de atención en los diferentes ámbitos asistenciales y utilizan un mayor recurso sanitario y social. El abordaje de la cronicidad requiere fomentar el trabajo

en equipo, interdisciplinarios, formados por los diferentes profesionales de los servicios sanitarios y sociales implicados en la atención de los pacientes, que garanticen la continuidad en los cuidados con la máxima participación del adulto mayor enfermo y su entorno (46).

Las enfermedades y hospitalizaciones representan en la mayoría de las ocasiones una experiencia importante en las personas, por la alteración de los patrones que rigen la vida diaria y del marco de relaciones en el que desarrollan su quehacer cotidiano. El proceso de la enfermedad afecta no solo a la persona enferma, sino que se extiende al ámbito de las relaciones familiares, principalmente, e incluso al entorno social más próximo de las personas (23). En relación a las causas de hospitalización en adultos mayores, la primera causa son las infecciones: neumonía, infección del tracto urinario y sepsis y accidente cerebrovascular. Estos diagnósticos médicos están fuertemente asociados a la dependencia del paciente adulto mayor por el impacto que tienen estas dos enfermedades en el estado general y en la movilidad de este grupo etario (47).

Las personas de las unidades de cuidados intensivos pertenecen cada vez más al grupo del adulto mayor, luego de ser sometidos a evaluación, todos son dependientes de cuidados; por tanto, es imprescindible dar un paso adelante y mejorar no solo la sobrevivencia sino también la calidad de esa sobrevivencia. Las consecuencias de estos cambios ya se han hecho sentir en los sistemas de salud en muchos países, debido a que la atención médica del anciano enfermo implica cambios estructurales en los mismos para revertir las tendencias hacia la discriminación habitual en este grupo etario. La solución a estos

problemas debe comenzar con la inclusión de personas mayores en los estudios clínicos que evalúan la efectividad de nuevos procedimientos o medicamentos (20).

2.3.3 Características del adulto mayor

El adulto mayor, con el paso del tiempo, presenta diversos cambios los que se evidencian en el proceso del envejecimiento. El envejecimiento se debe en gran parte, a las características genéticas; sin embargo, también se ve influenciado por el medio ambiente, la adaptación en su diario vivir y por el estilo de vida de cada persona, dándole el carácter de singularidad, heterogeneidad y una personalísima forma de envejecer. Para mejor comprensión se manifiesta los cambios por dimensiones, sin dejar de lado que el adulto mayor es un ser único, total y complejo (48), en suma, un ser complejo e indivisible es un adulto mayor integral con características biológicas, psicológicas, sociales, espirituales y funcionales.

Los cambios que implica el envejecimiento, tal como menciona Millán (21) son: 1) Fisiológicos, cambios somáticos o vejez biológica, descenso de las facultades físicas, 2) Psicológicos, cambios como jubilación, la que debe planearse de antemano y no llegar a ella para no tener nada que hacer, disminución de recursos económicos, pérdidas progresivas de los seres queridos, alteraciones psicológicas de la inteligencia y personalidad, 3) Sociales, familia multigeneracional, en las familias pequeñas hay padres e hijos siendo el padre quien mantiene el hogar y quien decide en él pero en familias con tres generaciones es el hijo quien hace de jefe de la casa y el padre pierde sus antiguos roles, viudez existen más viudas que viudos esto porque la mujer vive en promedio más

que el hombre, migración, menor actividad económica de los ancianos, 4) Espirituales, se aferran a las iglesias y la creencia en Dios como un ser superior (49).

Las características del envejecimiento, se manifiesta durante el proceso del envejecimiento y se evidencia durante el transcurso de la vida, los que se desarrollan a continuación:

Características fisiológicas del envejecimiento

La función fisiológica de muchos órganos y sistemas tiende a declinar con la edad, el envejecimiento biológico es diferencial, es decir, de órganos y de funciones. Los cambios fisiológicos asociados a la edad no suele tener significado clínico cuando el organismo está en reposo, pero es importante ante situaciones de estrés, como ejercicio, enfermedad o administración de fármacos. Existe una alteración en los sistemas homeostáticos asociada al envejecimiento, ejemplo el adulto mayor es más lento y le cuesta más volver al punto inicial. Los rangos de referencia de pruebas utilizadas en la práctica clínica, como pruebas de función respiratoria, estudios cardiológicos o pruebas de laboratorio, pueden estar alterados en relación con los cambios fisiológicos. Algunos sistemas comienzan a envejecer incluso a los 30 años, mientras que otros procesos de envejecimiento no son comunes hasta mucho después. Aunque hay cambios que se presentan típicamente con el envejecimiento, ocurren a diferentes tasas y en diferentes grados (20,21).

El sistema cardiovascular: El tamaño del corazón apenas sufre modificaciones, se produce un enlentecimiento del llenado diastólico precoz, existe un incremento de las resistencias periféricas debido a las alteraciones morfológicas en el sistema vascular y a un aumento del tono vascular, se produce un aumento de la amplitud de la onda del pulso en relación con la rigidez de la aorta y grandes arterias periféricas (50).

El sistema respiratorio: Existen cambios en la pared torácica y los pulmones, existe una reducción progresiva de la distensibilidad de la pared torácica por causas estructurales que reducen la motilidad costal, a nivel muscular hay una reducción de 50% de la fuerza inspiratoria y espiratoria máxima. En el pulmón hay pérdida de elasticidad, incremento de compliance alveolar, colapso de vía aérea pequeña, ventilación alveolar desigual y atrapamiento aéreo, además de alteración V/Q con reducción de la tensión de O₂ (0,3 a 0,4 mmHg/ año). La PCO₂ se mantiene inalterada porque la producción de CO₂, es decir, el metabolismo celular, disminuye y hay balance entre la producción disminuida y la dificultad para eliminar el CO₂. La Capacidad Vital Forzada se reduce en 14 a 30 ml/año, el control ventilatorio disminuye; la respuesta a la hipoxia y a la hipercapnea también se reduce, por declinación en la función de los quimiorreceptores. Hay una disminución de la respuesta a la hipoxia e hipercapnia, probablemente a causa de una disminución en la respuesta de los vasos receptores centrales y periféricos (4,21,50).

El sistema nervioso central: La función intelectual se estabiliza alrededor de los 20 a 30 años y en los mayores de 85 años hay hasta 25% de cuadros demenciales, lo que pone a la persona en alto riesgo de enfermedad delirante durante su internación; el estrés de la

hospitalización en la unidad de cuidados intensivos (UCI) también puede provocar delirio en ausencia de déficit, es decir, no todo anciano enfermo se agita o tiene un deterioro cognitivo, en la mayoría de los casos el delirio está relacionado con la mortalidad hasta un año post egreso de UCI. A nivel sensorial, disminuye la agudeza visual, se reduce la agudeza auditiva y la discriminación de frecuencias; se altera la discriminación táctil y la sensación vibratoria, y disminuye la percepción olfatoria. Esta alteración de los sentidos favorece la desorientación y la aparición de un curso delirante. En cuanto a función hipotalámica, el centro de la saciedad está hipersensible, por lo que el paciente rápidamente entra en anorexia; la regulación de la sed no es óptima y la respuesta a la hiperosmolaridad no funciona bien; la temperatura corporal no se regula adecuadamente, con lo que declina la capacidad de generar y conservar calor y en cuadros comórbidos puede enmascarar una respuesta febril. Trascendentes son los cambios en la percepción del dolor, lo cual se relaciona con infartos silentes e incluso con perforaciones de úlceras, prácticamente sin dolor (2,51).

Sistema renal y urinario: Se produce una disminución de la función renal con caída del clearance de creatinina en 0,75 ml/año, sobre los 40 años, en relación con la esclerosis nefronal, que llega a 40% a los 85 años, los nefrones restantes se hipertrofian, para hiperfiltrar. El flujo sanguíneo renal cae en 50%, la función tubular también decrece y esto pone al paciente en riesgo de deshidratación, por reducción de la actividad de renina-angiotensina y menor respuesta a ADH. Pueden presentarse sobrecargas de volumen en este entorno de reducción de la filtración glomerular y disfunción tubular (21). Con la edad aumenta la patología obstructiva por hiperplasia de la próstata. En la vejiga aumenta

el tejido colágeno, se reduce la distensibilidad, hay hiperactividad del detrusor e incontinencia (4). La contractilidad vesical y la capacidad para posponer la micción disminuyen con la edad, hay una mayor prevalencia de contracciones involuntarias, el residuo posmiccional se incrementa, la aparición de nicturia es frecuente y hay mayor incidencia de incontinencia urinaria e infecciones del tracto urinario (51).

Sistema gastrointestinal: Es el asiento habitual de molestias, suele haber vaciamiento gástrico lento, la atonía gástrica en pacientes críticos, no es rara, la absorción intestinal de macro y micro nutrientes generalmente no se altera, pero en cuanto al calcio, puede haber reducción de 1,25 de la vitamina D, la proliferación bacteriana podría afectar a un porcentaje no despreciable de los adultos mayores y explicar algunos cuadros de malabsorción, disminuye el número de hepatocitos, a los 80 años el flujo sanguíneo hepático se reduce en 40% y por eso se reduce la excreción de algunos medicamentos de excreción de predominio hepático, por medio del sistema microsomal, y habrá que ajustarlos (21). Existe lentitud en el vaciamiento intestinal provocando el estreñimiento crónico en el adulto mayor. A nivel del esfínter anal hay disminución de la elasticidad de las fibras lo que puede derivar en incontinencia fecal (51).

Sistema músculo esquelético, Piel y faneras: Por su extensión la piel es el órgano más susceptible de recibir daño ambiental a través de los años, la Sociedad Española de Geriatria y Gerontología SEGG (4), refiere que el envejecimiento va a producir un descenso de la masa corporal magra, sobre todo en el músculo esquelético. Dicha pérdida no es lineal y se acelera con la edad. De forma paralela se incrementa la masa grasa. Este

proceso se conoce como sarcopenia. En los jóvenes el 30% del peso corporal corresponde a músculo, el 20% a tejido adiposo y el 10% al hueso. A los 75 años el 15% del peso corporal corresponde al músculo, el 40% al tejido adiposo y el 8% al hueso. La sarcopenia se produce por una disminución en cuantía de las fibras musculares tipo II, de contracción más rápida, que están relacionadas con contracciones potentes y súbitas. La disminución de la fuerza muscular puede deberse a una pérdida de unidades motoras y fibras musculares.

Disminución de estatura por pérdida de líquido en los discos intervertebrales y del contenido mineral de las vértebras. Aparición de espolones óseos en las vértebras. Los huesos se vuelven más porosos y con mayor incidencia de osteoporosis y, por lo tanto, mayor riesgo de fracturas. Mayor frecuencia de problemas inflamatorios en las articulaciones con deformidades de las mismas. Tendencia a la flexión de las rodillas y caderas. Incremento de presentación de problemas músculo esqueléticos inflamatorios y aparición de problemas o lesiones en la dermis, epidermis, músculo, etc. La piel se hace más delgada, más seca y transparente, se vuelve menos elástica, arrugada y de tinte amarillento. La dermis pierde parte de su contenido colágeno produciéndose arrugas. El tejido conectivo disminuye su contenido de colágeno y los fibroblastos reducen su recambio. Por pérdida del soporte elástico, los traumatismos pueden provocar la ruptura de vasos capilares apareciendo trasvasación de sangre, con menor degradación. A los 90 años el 70% de los adultos mayores presentan púrpura senil. Se presenta insuficiencia venosa especialmente en las extremidades inferiores, lo que aumenta el riesgo de úlceras, estasis, várices, edemas e inflamaciones (21,23).

Características psicológicas del envejecimiento

Estas modificaciones no sobrevienen espontáneamente sino son el resultado de acontecimientos vitales como el duelo por pérdidas progresivas de los seres queridos, y la jubilación los que debe planearse de antemano y no llegar a esta etapa sin tener preparado nada, asimismo existe disminución de recursos económicos producto de la jubilación y como consecuencia alteraciones psicológicas de la inteligencia y personalidad. Es importante buscar estados depresivos siendo más frecuentes en esta edad. Ciertamente, en los cambios psicológicos hay diferencia entre jóvenes y viejos en dos esferas: la cognoscitiva, que afecta la manera de pensar y las capacidades, y la psicoafectiva sobre la personalidad y el afecto, ellos se relacionan con la manera que el individuo, enfrentado a la realidad de su envejecimiento, tiene de percibirse a sí mismo (52,53). A continuación se detalla algunos cambios psicológicos:

Pérdida de autoestima. La manera de percibirse es lo que permite la propia evaluación, proceso psíquico conocido como autoestima, que puede ser positiva o negativa, en alza o en baja, la autoestima depende de la manera que cada uno tiene de enfrentar la vida, valorarse a sí mismo y valorar a los demás, y de ella depende en gran medida la manera más o menos airosa y exitosa que cada uno practica para enfrentarse a los conflictos y dificultades de la vida. El hombre o mujer actual, enfrentado a la realidad del envejecimiento en medio de una sociedad es probable que viva la etapa de su jubilación y retiro como una situación de pérdida y minusvalía, como una especie de marginación social, es fácil que se sienta a sí mismo como alguien que ya no cuenta mucho para los

demás porque percibe que los demás no cuentan con él a nivel familiar, que es el lugar donde aún podría sentirse tomado en cuenta. La nueva realidad de la familia nuclear permite que el adulto mayor, más conocido como el “abuelo” vaya poco a poco sintiendo o percibiendo que tampoco en ese ámbito su presencia sea tan necesaria, no es raro, por lo tanto, que algunos adultos mayores sufran la experiencia de vivir su autoestima en serio menoscabo (20).

Pérdida del significado o sentido de la vida. El vacío existencial es la neurosis masiva, que se produce cuando el propio ser, la propia existencia, carece de significado. Una vivencia tal acerca del propio Yo, puede desencadenar una serie de síntomas depresivos, pues bien, es posible que el adulto mayor caiga en ese tipo de depresión a causa de que su vida, tal como es percibida por el propio protagonista, carece de significado, sin embargo, esta experiencia negativa de sí mismo, no se aprecia en personas mayores más intelectuales o que permanezcan mentalmente activas, ellos son capaces de enfrentarse a la muerte con mayor serenidad que aquellos otros cuya vida carece de sentido según su propia percepción (21).

Pérdida de la facilidad de adaptación. Al llegar a una edad mayor, la persona va viendo cómo los ambientes van cambiando para ella y cómo otros le son lejanos o por lo menos le ofrecen menos interés, en realidad esto ha pasado siempre y en cada una de las etapas del individuo nunca los intereses han sido ni serán los mismos para todos o la mayoría de los adultos mayores, el problema se agudiza con el transcurrir del tiempo y agravado por la marginación social (2). Por eso, el adulto mayor se encuentra sin las

herramientas que le permitan un trabajo de adaptación, son las motivaciones o refuerzos sociales, al carecer de dichas herramientas le es difícil adquirir hábitos nuevos, y por lo tanto, adaptarse a las nuevas circunstancias, así, puede aparecer como persona algo rígido, "chapada a la antigua", aferrada a su sola experiencia tan importante para él o ella, pero que siente que la sociedad no se la valora en la forma que la persona mayor considera que sería lo justo. La agresividad y fácil irritabilidad ya sea verbal o gestual que muestran algunas personas mayores, podría estar relacionada con este sentimiento de la propia difícil adaptación, sentimiento que se ve agravado por la pérdida de autonomía económica sufrida por muchos adultos mayores (21).

Modificación de las funciones cognitivas del adulto mayor. Existe modificación de las funciones cognitivas: Inteligencia, memoria, resolución de problemas, creatividad conservada, tiempo de reacción a estímulos. Los que se desarrollan:

Inteligencia, La edad no modifica de forma apreciable la utilización de las facultades mentales, hay una serie de condicionantes: educación, cultura, antecedentes personales, conocimientos y entrenamiento, la inteligencia en el adulto mayor se caracteriza por la estabilidad, integración de habilidades cognitivas. En la simplificación de respuestas cognitivas se reemplaza "EL SABER", por la motivación (20,21).

Memoria, Memoria sensorial de recogida de datos, memoria inmediata de corto plazo, memoria de fijación a largo plazo y memoria a corto plazo, el factor que influye para tener o no tener memoria es el interés, existe dificultad en el análisis de datos, síntesis y comparación, dificultad de evocación de sucesos recientes. La memoria a largo plazo en

el anciano se incrementa por la importancia de los sucesos del pasado, la creatividad es conservada y depende de su experiencia, motivación, su entorno, su salud, del estilo de vida y de la energía. Necesita tiempo de reacción a estímulos y disminuye sus reflejos, existe dificultad de transformar los estímulos verbales en imágenes mentales, además, existe enlentecimiento de la respuesta ante los estímulos, es decir, es más lento el hombre que la mujer (2,51).

Resolución de problemas y creatividad. Existe disminución para utilizar estrategias nuevas, el pensamiento es más concreto que abstracto, mayor prudencia en la toma de decisiones, mayor rigidez en la organización del pensamiento, disminución en la discriminación de información, tendencia a mantener sus hábitos o estrategias poco pertinente y existe repetición de los hechos (54).

Características sociales del envejecimiento

Una de las características del envejecimiento esencial del ser humano, es la de ser un ser social (20), es así que los aspectos sociales determinantes de la salud de las personas adultas mayores son parte integral de la valoración geriátrica integral, durante los últimos años se ha logrado un consenso internacional sobre algunos de los factores sociales determinantes en la salud de las personas adultas mayores, estos incluyen factores demográficos, situación socioeconómica, factores psicosociales como adaptabilidad y estrés, además del capital social del individuo. La evidencia de la relación entre estos factores y el estado de salud de las personas adultas mayores es amplia, comprenden los papeles que han de desempeñarse en la sociedad. Existe cambios en la concepción de la

vida y la muerte, ellos saben que se tienen que morir pero no saben cuándo. Lo que se acepta es el hecho de morir cuando uno es viejo, pero no se acepta el morirse joven. Socialmente, la muerte del anciano está aceptada, la de un joven no se acepta. Los adultos mayores se aferran a la vida como sea y esto está ligado a la afirmación de sus creencias y valores. Es un ser que necesita dar y recibir afecto pues con el transcurrir del tiempo se enfrenta a pérdidas afectivas, soledad y adaptación a nuevas situaciones (50,54).

Edad y sexo. Las pérdidas funcionales tendrán una fuerte correlación con la edad de la persona, aumentando significativamente en la población de 75 años y más, es necesario entender las enfermedades relacionadas con la edad y estudiar las intervenciones que logran posponer las manifestaciones clínicas de enfermedades comunes del adulto mayor. En todos los indicadores de salud, excepto mortalidad, las mujeres adultas mayores presentan indicadores de salud más pobres que los hombres de la misma edad. Las mujeres mayores muestran prevalencia más alta de enfermedades crónicas y las pérdidas funcionales son más frecuentemente que los hombres, que su salud no es buena, es importante destacar que muchos estudios han encontrado que el ser mujer es uno de los factores de riesgo más importante para la aparición de síntomas depresivos (54,55).

Grado de instrucción. El grado de instrucción se encuentra relacionado con la autopercepción de salud de la persona adulta mayor, también se encuentra asociado con la mortalidad y con el deterioro cognitivo y demencias, en algunos estudios hay indicación de que el nivel de educación deja de ser un factor determinante en salud cuando existe un sistema con acceso universal a los servicios de salud, sin embargo, algunos estudios

encuentran alta correlación entre el nivel funcional de la población adulta mayor con el nivel educacional de la población (4).

Integración social. Es la pertenencia a un grupo o asociaciones, la sociedad marca a los ancianos en grupos determinados, dándoles un rol como grupo social, pasan de ser un grupo activo al no activo, hay un cambio de rol, se pierde la identificación social que ha tenido toda la vida, hay un cese de la actividad laboral pues ahora se enfrenta ante la jubilación que es un cese obligatorio de la actividad laboral y la percepción por el hecho de una remuneración o pensión, constituye un acontecimiento en la vida, cuyas consecuencias pueden ser desfavorables para la salud física y mental de los individuos, algunos estudios indican que hay una relación de protección entre el vivir en pareja, los síntomas depresivos y el nivel de funcionalidad del individuo. Sin embargo, también se ha encontrado que el vivir en pareja es un factor protector, más frecuente en el caso de los hombres que en el de las mujeres mayores, los contactos positivos ayudan a los adultos mayores a enfrentar su nueva realidad, la persona mayor considera su red social, como protector de salud y bienestar (40).

El rol del apoyo social o de la actividad social de la persona adulta mayor se considera tan importante en algunos estudios como el nivel de actividad física del individuo en la promoción de un envejecimiento saludable y activo, teniendo como indicadores para medir el apoyo social del individuo: tamaño de la red social y el estado civil (26,54).

El adulto mayor necesita ser parte de algo o alguien, se aferra a las redes familiares y sociales. La participación social es definitivamente un factor protector de la salud y como medida de integración social se entiende, los vínculos sociales que mantiene la persona adulta mayor, ya sea por medio de redes sociales, participación en grupos de voluntariados o participación en organizaciones laborales, clubes, iglesias, etc. (4).

Estrés social. Como indicadores de estrés social se utilizan dos variables; la primera se relaciona con el hecho de no contar con suficiente dinero para cubrir las necesidades básicas de la vida diaria y la otra está relacionada con el sentido de duelo por la muerte de un ser querido o la pérdida de un rol social importante para el individuo. Existe una relación entre la auto-percepción de salud y el nivel de estrés económico que percibe la persona mayor, también se considera que el duelo o el estrés relacionado a pérdidas sociales son factores, que combinados con otros factores demográficos, tienen una relación importante con la salud física y mental, no existe una tipología de problemas de estrés relacionados con la salud de las personas adultas mayores. Sin embargo, se podrían incluir dentro de la evaluación social del individuo otros cambios por los cuales puede estar atravesando la persona adulta mayor, estos son, jubilación o falta de empleo, cambios en la salud y pérdida de autonomía, cambios en la vida familiar: viudez, separación de hijos y nietos, etc., cambios en relocalización y maltrato o violencia doméstica o exclusión familiar (54).

La sociedad asigna a cada grupo de edad un rol específico, por ende también asigna su rol al adulto mayor. García (20) refiere que dentro de las características sociales que

ejerce entre si el individuo y la sociedad incluye la salud, el trabajo, la familia, la economía, la cultura y aspectos jurídicos; coincidiendo con otros autores se estructura las modificaciones del proceso de envejecer en función a los roles que ejerce una persona.

Características espirituales

La espiritualidad significa algo diferente para cada persona, para el adulto mayor la espiritualidad puede ofrecer sentido y propósito a algo que de otro modo lo desafía, no solamente puede ayudar al adulto mayor, también es importante para el cuidador, la familia, el profesional y el voluntario, para ayudarlos a entender mejor la enfermedad y el significado del sufrimiento. En el contexto de la espiritualidad el adulto mayor aprende a reconocer el miedo a morir y asumir la realidad del decaimiento físico, entonces la espiritualidad puede ofrecer ayuda para encontrar lo que es permanente en un mundo que siempre cambia, ofrece capacidad para perdonar, ayuda a librarse de la ansiedad, a aceptar lo que uno deseó pero no pudo vivir y aceptar los aspectos de la muerte que son temidos. Así como a encontrar alegría en las relaciones con la familia y amigos del pasado y del presente, es necesario que experimenten con humildad y satisfacción por lo conseguido, especialmente a tener esperanza (49).

El desarrollo espiritual debe entenderse en el contexto del desarrollo integral, en el desarrollo de la personalidad a través de la vida, en el crecimiento más que en el decaimiento. Un envejecimiento saludable incluye resolver el conflicto entre la integridad y la desesperanza, contribuir al desarrollo de la fortaleza de la sabiduría, la sabiduría mantiene y aprende a lograr la integridad en la vida, a pesar del declinar de las funciones

corporales y mentales. Resolverlo para el adulto mayor es importante, tanto para el crecimiento espiritual como psicológico y a la vez adquiere importancia, en esta etapa de la vida, reflexionando sobre los valores que ha mantenido y defendido desde la infancia. Los sistemas de referencia y puntos de vista, que están hechos de creencias, actitudes, opiniones, sentimientos y juicios, quedan afectados según como da sentido a la experiencia para guiar sus acciones. Se requiere un proceso de transformación del individuo y de la sociedad para desarrollar y promover un modelo integrado y saludable del envejecimiento que incorpore el bienestar físico, social, psicológico y espiritual (56)

La espiritualidad es universal, todas las culturas tienen concepciones y representaciones referidas a una fuerza última, trascendente y sagrada, que orienta en los temas centrales de la vida, como el sentido y propósito de la vida, y ofrecen reglas y valores que guían las relaciones interpersonales. La espiritualidad existe tanto fuera como dentro de contextos religiosos, y adopta su forma particular de acuerdo con la cultura en que se manifiesta. Cada persona tiene su particular cultura espiritual, la que es producto de la combinación de su espiritualidad personal y de las experiencias espirituales o esquemas culturales a los que ha sido expuesto. Tanto la religiosidad como la espiritualidad se pueden expresar social e individualmente, y ambas tienen la capacidad de promover o impedir el bienestar, en este sentido, la espiritualidad puede ser usada tanto constructiva como destructivamente, por lo que no es inherentemente buena o mala, y su valor depende de la manera específica en que las personas buscan lo sagrado (15).

Existen algunos hallazgos acerca de la influencia de la espiritualidad en la salud y el bienestar, los cuales refieren que la influencia de la espiritualidad en la salud física señalan que las personas que regularmente asisten a la iglesia, oran individualmente y leen la Biblia, tienen una presión sanguínea diastólica mucho más baja que los menos religiosos; sufren menos hospitalizaciones, tienden a tener estilos de vida más saludables, tienden a evitar el abuso de alcohol, de drogas, así como de comportamientos sexuales riesgosos. Las personas que asisten regularmente a servicios religiosos tienen sistemas inmunes más fuertes que sus contrapartes menos religiosos, y muestran significativamente mejores resultados al sufrir alguna enfermedad que los no religiosos. Con relación al efecto positivo en la salud física y mental que tienen las dimensiones religiosas y/o espirituales en el tratamiento médico de pacientes oncológicos, se ha encontrado que la espiritualidad mejora la función inmune, aumenta la sobrevida, disminuye los síntomas de la enfermedad y los efectos adversos del tratamiento favorece estilos de vida y comportamientos más sanos, y por lo tanto contribuye a un menor riesgo de enfermedades, y en general, mejora la calidad de vida (56)

Del mismo modo, se ha visto que las creencias religiosas y espirituales contribuyen a la habilidad para enfrentar efectivamente con la enfermedad, discapacidad y eventos vitales negativos, la fe religiosa parece proteger a los adultos mayores de la enfermedad cardiovascular y el cáncer, que son las dos más importantes enfermedades del final de la vida, y también parece evitar por mayor tiempo el llegar a la invalidez. Distintos estudios han encontrado efectos de alivio del estrés de la hospitalización, de la enfermedad, y de las pérdidas típicas de la vejez, asociación con una menor mortalidad en casos crónicos,

predicción positiva de salud mental y de satisfacción vital, y una asociación negativa entre espiritualidad y depresión (57). En el mismo sentido, un estudio de religiosidad y bienestar en pacientes geriátricos encontró que aquellos pacientes que no eran activos religiosamente tenían mucho más altos niveles de uso de alcohol y tabaco, depresión, ansiedad y cáncer, que aquellos que eran muy activos religiosamente, los que además, disfrutaban de buena salud física y mental.

Otros beneficios que aporta la espiritualidad según refiere San Martín (56) tienen que ver con la longevidad, el enfrentamiento a la muerte y la satisfacción vital. Los adultos mayores que tienen una profunda y personal fe religiosa tienen una mayor sensación de bienestar y satisfacción vital que sus pares menos religiosos. Asimismo, encuentra que los mayores que tienden a confiarse más a su fe religiosa y a la oración cuando se encuentran bajo estrés, tienden a mostrar mucho menor o ningún temor a la muerte, comparados con pares para quienes la fe y la oración son menos importantes. Por otra parte, hay evidencia de que la participación en actividades religiosas públicas, a través de membrecías religiosas, beneficia la salud ya que se promueven conductas y estilos de vida más saludables, y también, porque brindan un apoyo que amortigua los efectos del estrés y el aislamiento. Del mismo modo, en los adultos mayores más involucrados en sus comunidades religiosas, también se encontró menor temor a la muerte. No obstante, más que la actividad religiosa es la fe personal la que parece ayudar a las personas mayores a enfrentar el estrés y el temor a la muerte. Por último, se ha encontrado que las personas mayores que son religiosas son más sanas físicamente en la última parte de sus vidas y viven más que sus contrapartes menos religiosos (58).

San Martín (56) Otros beneficios que aporta la espiritualidad tienen que ver con la longevidad, el enfrentamiento a la muerte y la satisfacción vital. Encuentra que los adultos mayores que tienen una profunda y personal fe religiosa tienen una mayor sensación de bienestar y satisfacción vital que sus pares menos religiosos. Asimismo, encuentra que los mayores que tienden a confiarse más a su fe religiosa y a la oración cuando se encuentran bajo estrés, tienden a mostrar mucho menor o ningún temor a la muerte, comparados con pares para quienes la fe y la oración son menos importantes.

Por otra parte, hay evidencia de que la participación en actividades religiosas públicas, a través de membrecías religiosas, beneficia la salud ya que se promueven conductas y estilos de vida más saludables, y también, porque brindan un apoyo que amortigua los efectos del estrés y el aislamiento. Del mismo modo, en los adultos mayores más involucrados en sus comunidades religiosas, también se encontró menor temor a la muerte. No obstante, más que la actividad religiosa en sí, es la fe personal la que parece ayudar a las personas mayores a enfrentar el estrés y el temor a la muerte. Por último, se ha encontrado que las personas mayores que son religiosas son más sanas físicamente en la última parte de sus vidas y viven más que sus contrapartes cuando son menos religiosos. El ser humano cuando se encuentra enfermo se aferra a un ser superior, esa certeza le da la confianza en Dios, por lo tanto, es en este momento donde fortalecen su fe (49,58,59).

La profesión de enfermería

Enfermería se perfila como una profesión desde la era Nightingale. Desde esos años se formaliza la preparación de enfermeras en hospitales. La enfermería se ha caracterizado

por ser una profesión de servicio, cuya esencia es el respeto por la vida y el cuidado del ser humano. Enfermería es cuidado y el cuidado “es un arte y ciencia humanística aprendida que se centra en conductas de cuidados personalizados individuales o de grupo, funciones y procesos dirigidos hacia la promoción, el mantenimiento de conductas de salud o la recuperación de enfermedades que tienen significación física, psicológica, cultural y social“ (32). En tal sentido el objetivo del trabajo de enfermería es el cuidado, premisa que ha sido aceptada por los profesionales; de este modo cuando se define enfermería se dice que esta es la ciencia y el arte del cuidado (53).

La necesidad de generar conocimiento basados en el método científico se evidencia en la instauración del proceso de atención de enfermería, y en el desarrollo de modelos y teorías que sustentan el quehacer. Este conocimiento y al delimitar a los cuidados de enfermería en el objeto central de estudio, los profesionales perfilan claramente un quehacer autónomo e indelegable (31).

El código de ética establecido y reconocido establece las normas y valores de todos quienes profesen la enfermería como profesión. Ligado a este código, está la contribución que históricamente se ha reconocido a las enfermeras socialmente. Las enfermeras a través de sus organizaciones han luchado, porque el reconocimiento social se traduzca en mejores condiciones laborales, oportunidades y remuneraciones para el gremio. Se puede concluir que enfermería es una profesión joven, y que existen fundamentados elementos para argumentar, que se dispone de las herramientas necesarias para seguir desarrollándose en esta sociedad dinámica, cambiante, global y tecnificada. Haciendo

frente como profesión a los nuevos desafíos con claridad y visión de futuro El cuidado ha sido considerado como el núcleo de la enfermería. Las enfermeras, a lo largo de la historia, han realizado un gran esfuerzo para mantener este cuidar humano, tanto en su práctica clínica, como en la gestión, la educación y la investigación (1,18).

La enfermera es aquella profesional que ha culminado sus estudios universitarios, obtuvo su título profesional y previo registro de su título obtiene la habilitación profesional para que pueda ejercer los cuidados en las diferentes áreas, como es, asistencial, investigación, docencia y gestión.

2.3.4 Concepciones del cuidado

El término cuidado es polisémico, es decir, tiene distintos significados, es por eso que existen múltiples connotaciones del verbo cuidar; en los diccionarios lo definen como poner atención y esmero en una cosa, atender, velar, mimar, esmerarse. El verbo cuidar específicamente asume la connotación de causar inquietud, entregar la atención. El cuidado menciona Boff (10), es uno de los temas centrales en enfermería, aunque este ha tenido diferentes y numerosos significados como se ha señalado anteriormente, en la disciplina posee como tema común su carácter de interacción con el otro u otra. Ello implica de un lado un modo de ser mediante el cual la persona sale de sí y se centra en el otro con desvelo y solicitud. Además, refiere que el cuidado se constituye en la esencia humana, si no hay cuidado hay descuido, el cuidado como modo de ser esencial es una manera propia de estructurarse y darse a conocer. Por otro lado, Diaz (60) refiere, que el cuidar está siempre presente en los diversos pasajes de la vida.

Colliere (61), a fines del siglo XX recapituló sobre la necesidad de recuperar el sentido original del cuidado. A ella corresponde la frase “a veces, con frecuencia, se puede vivir sin tratamiento pero no se puede vivir sin cuidados”. Es así que dentro del ejercicio profesional, el cuidado, no es una mera técnica, sino, fundamentalmente, un arte. Desde este punto de vista coincidentemente, Espino (62), menciona, que la enfermería no puede identificarse con una mera técnica de tipo procedimental, sino que se asemeja más a un arte. La relación entre arte y técnica tampoco debe comprenderse de forma excluyente, pues, como dice Hipócrates, el arte presupone técnica, pero algo más que técnica, una especie de predisposición natural. El arte de cuidar precisa unos adecuados conocimientos de tipo psicológico, anatómico, antropológico e inclusive de tipo cultural y religioso, pero además de estos conocimientos precisa un conjunto de factores que convierten este ejercicio en un arte y jamás en una ciencia exacta (31).

El cuidado es la esencia de enfermería, y el cuidado es considerado como el elemento paradigmático que hace la diferencia entre enfermería y otras disciplinas del área de la salud. Cuidar implica el deseo de dar cuidado y su vez llevar a cabo acciones de cuidado. Además, cuidar es dedicarse a un fin, a la protección, la mejoría y la preservación de la dignidad del otro; y demanda la incorporación y entrega del profesional hasta el punto de percibir la misma realidad del adulto mayor enfermo. Considerando el cuidar como una interacción interpersonal, una característica humana e inclusive una intervención terapéutica, elementos como el respeto, consideración, compasión y aún el afecto deben estar siempre presentes (19,63).

Para que el cuidado ocurra de manera palmaria en su plenitud, la enfermera debe tener conocimientos y experiencia en el desempeño de las actividades técnicas, en la prestación de informaciones, en la educación al ser cuidado y familia y en la demostración de expresiones de interés y afecto por él. A través de todas estas conductas, los adultos mayores enfermos perciben y valorizan el cuidado y se forman una imagen positiva o negativa del mismo (10).

Así, King (40), considera que “la interacción es un proceso de percepción y comunicación entre una persona y el entorno o entre una persona y otra que se manifiesta por conductas verbales dirigidas hacia un objetivo”, en suma, esta relación se constituye en una experiencia de aprendizaje a través de la cual dos personas interaccionan para enfrentarse a un problema de salud presente para colaborar en su evolución positiva de la búsqueda de formas de adaptarse a la situación.

Por otro lado, Ayala-Valenzuela (64), mencionan que la teoría del cuidado enfermero de Jean Watson resulta vital para el desarrollo del pensamiento enfermero, pues cuidar, es una respuesta deliberada para aquello que importa, involucrando el poder espiritual de la efectividad, donde resalta cuatro atributos del cuidar: comprensión, competencia, confianza y compromiso. Abades (18) refiere, el cuidar implica una responsabilidad consciente e intencional para la enfermera. Es un ideal moral que requiere sensibilidad y un alto compromiso ético y moral. Watson (11) en concreto, ha aportado a la definición del cuidar nuevas dimensiones desde una perspectiva fenomenológica, indicando que, el cuidado es un fenómeno impregnado de subjetividad que conduce a

preocuparse por las experiencias de los demás. Permite regresar a las raíces y valores profesionales más profundos el que representa el arquetipo de la enfermera ideal.

El cuidado deja constancia de la identidad profesional en un contexto donde los valores humanos son constantemente cuestionados y cambiados. El cuidado contribuye a que tales valores estén presentes y la enfermería no sea concebida “solo como un trabajo”, más bien ofrece una fundamentación ética y filosófica para la enfermería de hoy y de mañana. Su enfoque humanístico, basado en los valores que incorpora su teoría, permite brindar apoyo a la enfermería y al cuidar humano en las instituciones geriátricas.

El cuidar como toda actividad humana debe regularse y medirse con parámetros morales, pues el fin de la acción del cuidar es el bien del otro. Para Torralba (65), la preocupación por el otro vulnerable constituye la fuerza motriz del cuidar. Cuidar a una persona no consiste en cuidar sus órganos, sino cuidar su integridad, cuidarla en su completa totalidad y ello supone un esfuerzo y un cambio de paradigma intelectual y práctico. El ejercicio del cuidado, además de la idoneidad técnica y profesional, así como, de los conocimientos antropológicos, requiere en su práctica, el cumplimiento de unos criterios éticos que deben precisarse y delimitarse en cada circunstancia y en cada contexto histórico. El ser humano debe ser cuidado, especialmente cuando atraviesa una situación vulnerable, pero este cuidado debe ser adecuado.

Al respecto, Boff (10) afirma que el cuidado se constituye en la esencia humana, si no hay cuidado, hay descuido y todo lo que rodea al ser humano se daña, puede llegar a morir o vivir en condiciones precarias de vida. El cuidado como un modo de ser esencial,

es una manera propia de estructurarse y darse a conocer, sin el cuidado se deja de ser humano. Si el ser humano no recibe cuidado desde el nacimiento hasta la muerte el ser humano se desestructura, pierde sentido y muere.

En enfermería, el cuidado constituye su esencia y su razón de ser, si en enfermería se deja de cuidar y brindar cuidados, se estaría negando su existencia misma y por lo tanto estaría en riesgo a desaparecer. Entonces el desempeño de enfermería debe estar inmerso de preocupación, de responsabilidad, afecto y buen trato (60).

Cuidar a un ser humano es cuidar de alguien y no de algo y jamás puede reducirse el ser humano a la categoría de cosa, de artefacto técnico o de realidad natural. En la acción de cuidar a un ser humano se produce el encuentro entre dos universos personales, entre dos mundos libres, entre dos conciencias, entre dos destinos singulares en la historia. La tarea del cuidar tiene una dimensión global que está plenamente presente en el pensamiento y en la práctica de enfermería (66).

Para comprender mejor el cuidado, se presentan las resonancias del cuidado de Boff (67) que son amor, ternura, caricia, cordialidad, conviviencia, compasión; las mismas que al estar presente en el modo de ser del profesional de enfermería, le permiten sensibilizar su cuidado, los que se desarrollan a continuación:

Amor. La primera de ellas es el amor como fenómeno biológico. El amor es el portavoz de la unión y la solidaridad (67). Para este, los seres vivos tienen dos formas de adaptarse al medio: una necesaria, que es mediante la interconexión de todos los elementos

de un ecosistema; y otra espontánea, por puro placer, que es algo propio de la vida. Pues bien, el amor sería de este último tipo pero, cuando se produce en el hombre, el amor toma la forma de proyecto de libertad que acoge conscientemente al otro convirtiéndose en el más alto valor de la vida. El amor, por tanto, en el hombre, es el sentimiento de afecto y de pertenencia a un mismo destino y a un mismo camino histórico. En la convivencia entre enfermera, adulto mayor enfermo y familia genera acogida, respeto y corporalidad. El amor está presente al brindar el cuidado enfermero hacia el ser cuidado y su familia.

Ternura. La segunda resonancia del cuidado es la ternura vital, El primero es el espíritu de delicadeza, de sensibilidad y de cuidado. El segundo es el espíritu calculador y productivo, interesado en la eficacia y en el poder. A partir de aquí, la ternura será definida como el afecto que brindamos a las personas y el cuidado que aplicamos a las situaciones existenciales, se manifiesta como inteligencia que intuye, que ve hasta lo profundo y establece comunión, es el cuidado sin obsesión. Es la sensibilidad fundamental del cuidado, es el afecto que procura dar la enfermera en su actuar cotidiano, aflora la ternura al brindar el cuidado al otro y al entrenar o capacitar al familiar acompañante del ser necesitado de cuidado.

La caricia. La tercera resonancia es la caricia esencial, que debe diferenciarse de la caricia como excitación. La importancia de la caricia esencial estriba, para Boff en que exige total altruismo, respeto por el otro y renuncia a cualquier otra intención que no sea la de la experiencia de querer y amar. La caricia, es consecuencia del cuidado y afecto. La resonancia del modo de ser cuidado es esencial porque transforma la actitud de la

enfermera y hace que toque al otro y dé una caricia afectiva a la persona enferma y su familiar acompañante, manifestándose en tranquilidad, confianza y acogida. A través de la mano que toca, que mima y que calienta, se refleja un cuidado de modo cariñoso, por lo tanto, se establece en la enfermera, la persona enferma y la familia un vínculo de intercambio de energía, energía positiva que hace que haya reacción entre el uno y el otro.

La cordialidad. La cuarta resonancia es la cordialidad, donde se integra la fineza del espíritu, gentileza, cortesía y hospitalidad. En la conducta asistencial de la enfermera, la cordialidad representa el modo de ser, en la que, el corazón consigue ver más allá de los hechos. Presume talento y habilidad para ser sensible al corazón del otro. En ese sentido, la persona hospitalizada vuelve a la enfermera en un ser humano sensible y cordial, que apoya y ayuda al familiar acompañante, para que aprenda a cuidar a su ser querido en el hogar posterior al alta hospitalaria.

Convivencialidad. La quinta resonancia del cuidado es la convivencialidad, esta supone la capacidad de mantener el equilibrio entre la sociedad y la naturaleza, refuerza el sentido de pertenencia a esta, adoptando actitudes de autolimitación, garantizando el atender las necesidades humanas y conviviendo en el respeto con el resto de seres vivos. Es la repercusión que tiene la aptitud para hacer convivir la producción efectiva y el cuidado afectivo. Es la esfera de la enfermera asistencial, quien consciente de esta importancia busca unir y armonizar el valor técnico y la productividad, que paralelamente la puede deshumanizar, con el valor ético y espiritual que demanda un toque de afectividad y auténtica preocupación por la persona y su familiar.

Compasión. Por último, la compasión es la capacidad de compartir la pasión del otro y con el otro. Se trata de salir del propio círculo y entrar en la galaxia del otro en cuanto otro, para sufrir con él, alegrarse con él, caminar junto a él y construir la vida en sinergia con él. Esto supone, en primer lugar, un rechazo de toda violencia y, en segundo lugar, atender primero al que más sufre.

Por su lado, Waldow (68) refiere que el cuidado involucra según una serie de autores respeto, consideración, amor, confianza, aceptación, compromiso, honestidad. Además, de conocimientos, intuición y habilidad, entre otros. También, al respecto Gonzales (69) considera los componentes del cuidar de Mayeroff, quien describe ocho componentes del cuidado, donde es necesario que toda persona que pretende brindar cuidados, los conozca y aplique para que realmente el otro que recibe el cuidado se sienta satisfecho del cuidado recibido así como ella misma. Los componentes del cuidado aludidos según este autor son: conocimiento, ritmos alternados, paciencia, sinceridad, confianza, humildad, esperanza y coraje. Descripción que se hace de manera resumida:

Conocimiento: Para cuidar de alguien, se debe conocer mucho más, teniendo en cuenta el conocimiento científico, se necesita conocer por ejemplo, quién es el otro, cuáles son sus poderes y limitaciones, cuáles sus necesidades y los aspectos que conduce a su crecimiento; se precisa saber cómo responder a sus necesidades, y cuáles son mis propios poderes y limitaciones.

Ritmos Alternados: No se puede cuidar apenas por hábito; se debe ser capaz de aprender a partir del paso de cada quien. Ver cuánto comprenden de las acciones de cada

ser que brinda el cuidado, si hubo resultados positivos o negativos, mantener o modificar los comportamientos de tal manera se pueda ayudar al otro necesitado de cuidado.

Paciencia: La paciencia es un componente importante del cuidado permitiendo crecer al otro en su propio tiempo y a su propia manera. Con paciencia, otorgando tiempo se posibilita al otro encontrarse a sí mismo en su propio tiempo. La paciencia incluye tolerancia. La tolerancia expresa el respeto por el crecimiento del otro.

Sinceridad: En el cuidado se debe ser sincero al intentar ser verdadero. Al cuidar del otro, se debe ver al otro como él es y no como al que cuida le gustaría que fuese, o quisiera que debe ser. Si se va ayudar al otro a crecer, se debe corresponder a sus necesidades de cambio. Además de ver al ser cuidado como él es, quien cuida también debe verse como es. Se debe ser sincero al brindar el cuidado, ajeno a cualquier tipo de conveniencia no por conveniencia, porque la sinceridad es parte integrante del cuidado.

Confianza: El cuidado implica confiar en el crecimiento del otro en su propio tiempo y en su propia manera. El cuidado de otra persona indica también que se va a errar y a aprender de sus errores. Confiar en el otro es dejarlo en libertad; incluyendo un elemento de riesgo y un salto a lo desconocido, y en ambos exigen coraje.

Humildad: El hombre que cuida es sinceramente humilde cuando se dispone a aprender más sobre el otro y sobre sí mismo, y sobre aquello que el cuidado comprende. Una actitud de no tener nada más que aprender es incompatible con el cuidado. La humildad también debe estar presente en la toma de conciencia al brindar el cuidado

específico y recordar que de ninguna manera es privilegiado. Lo que es significativo en última instancia no es el cuidado del que brinda el cuidado, es decir el cuidado del profesional, sino que es más importante su propio cuidado del ser cuidado. La preocupación es saber cuál es el cuidado más valioso que desvía del cuidado de sí mismo al cuidado del otro y hace entender que el que cuida es un ser humilde.

Esperanza: Existe la esperanza de que el otro crezca a través del cuidado brindado. No debe ser confundido con la esperanza irrealizable ni con las expectativas infundadas. Tal esperanza es una expresión de plenitud del presente, un presente vivo con una sensación de posibilidades. Al contrario, donde no hay posibilidades de nuevo crecimiento habrá desespero.

Coraje: Confiar en el crecimiento del otro y en la propia capacidad de cuidar da coraje para lanzarse el que brinda el cuidado a lo desconocido, pero, también es verdad que sin el coraje de lanzarse a lo desconocido tal confianza sería imposible. Es claro que cuanto mayor sea la sensación de lanzarse a lo desconocido, mayor será el coraje exigido para cuidar.

La enfermera y el enfermero para impartir cuidado humano debe poseer actitudes, aptitudes, cualidades y habilidades personales que le permitan aplicar todos los componentes del cuidado humano descritos por Mayeroff, durante su vida personal y profesional, en sus diferentes roles.

Cuidado de enfermería

La tarea del cuidar tiene una dimensión global que está plenamente presente en el pensamiento y en la práctica de enfermería (66). Es un conjunto de actividades integradas e integrales dirigidas al ser humano, especialmente al adulto mayor dependiente, que contempla las dimensiones físicas, psicológicas, sociales, espirituales y funcionales que realiza la enfermera basada en marcos humanísticos, científicos y tecnológicos aprendidos durante la formación profesional y consolidados en su ejercicio profesional para atender y resolver las necesidades y/o problemas del adulto mayor dependiente, que por situación de enfermedad se encuentra hospitalizado en el Hospital II CG San Isidro Labrador de ESSALUD.

2.3.5 El cuidado de enfermería al adulto mayor dependiente hospitalizado

Considerando el objeto de estudio, narrativas del cuidado del enfermero al adulto mayor dependiente, los conceptos teóricos que serán abordados son: cuidado, cuidado de enfermería y adulto mayor dependiente, temas que se profundizarán en el desarrollo del presente estudio. El cuidado cuando es realizada por enfermeras, la acción de cuidar deja de ser un procedimiento empírico, instintivo e innato y se convierte en un proceso científico, sistemático y aprendido que implica no solo el acto de cuidar sino también a el hecho de combinar y buscar la armonía de variados recursos, conocimientos y actitudes del que cuida para lograr el objetivo que es lograr que el ser cuidado pase de un estado negativo en relación a su salud a un estado positivo, utilizando estrategias de promoción, prevención, protección y rehabilitación de la salud (70).

El cuidado de enfermería es una dimensión esencial de las bases que la apoya el ejercicio de enfermería, teniendo en cuenta que la enfermera al brindar un cuidado de calidad debe tener en cuenta sus funciones, esto es, asistencial, docencia, investigación y capacidad gestora: teniendo como base las teorías de enfermería: Teoría de la enfermería moderna de Florence Nightingale, teoría de la satisfacción de las necesidades humanas de Virginia Henderson, teoría del déficit del autocuidado de Dorotea Orem, teoría de la filosofía y teoría del cuidado transpersonal de Jean Watson, teoría de la diversidad y de la universalidad de los cuidados de Madeleine Leininger, modelo de adaptación de Calixta Roy, teoría de los cuidados de Kristen Swanson, y la teoría del final tranquilo de la vida de Cornelia Ruland y Shirley Moore, entre otras. El cuidador de los adultos mayores dependientes entrega gran parte de su tiempo, su vida misma al cuidado llegando muchas veces a la entrega total y al descuido de su propia persona, trayendo consigo factores de riesgo directos e indirectos durante el acompañamiento al adulto mayor con distintos problemas de orden físico, psicosocial, mental, emocional, espiritual y funcional (71).

Los sistemas de enfermería pueden estar preparados para personas individuales, para personas dentro de una unidad de cuidados dependientes. Engloba todas las esferas del ser humano teniendo en cuenta las esferas bio-psico-socio-espiritual y funcionales. La enfermera se ocupa de las acciones de autocuidado del adulto mayor enfermo (16). El cuidador de los adultos mayores entrega gran parte de su tiempo, su vida al cuidado, llegando muchas veces a la entrega total y al descuido de su propia persona, trayendo consigo factores de riesgo directos e indirectos durante el acompañamiento al adulto mayor dependiente con problemas físico, psicológico, social, mental, emocional,

espiritual y funcional. Donde la persona o familia no puede llegar, allí está la enfermera brindando cuidado profesional al ser humano como un todo (34).

La enfermera desarrolla su quehacer profesional brindando cuidado, en los diferentes niveles de atención, donde es común observar que este se centra más en el aspecto biológico, es decir en la conservación o restauración de la salud física de los usuarios o pacientes, dejando de lado los otros aspectos como el social, el cultural, psicológico y espiritual que contempla el ser humano en su totalidad. El cuidar al adulto mayor es especial y delicado, es sinónimo de amabilidad, afecto y amor donde debe haber acción, reacción e interacción. Por otro lado, al asistir a la persona sana como al portador de determinada enfermedad, es primordial conocer su realidad objetiva y subjetiva; ello exige conocimientos, experiencias y la utilización de métodos propios de enfermería, pero además de una actitud amorosa hacia la profesión, lo que significa amar al ser humano (53).

La familia es la principal fuente de apoyo, en esa perspectiva, Diaz (60) , afirma que “la familia es el núcleo fundamental de apoyo para sus miembros, si alguien enferma, ella es quien se constituye en cuidadora del enfermo”. Desde esta óptica se considera a la familia como una unidad y manifiesta que si un miembro de la familia enferma, esta situación afecta todo su sistema, por lo que el rol de enfermería es amplia, pues no solo se responsabiliza por el cuidado de la persona enferma sino por el bienestar general de todos sus miembros.

2.4 Referencial Teórico

En este aspecto se aborda algunos aspectos que tienen que ver con las vivencias de la enfermera en relación al cuidado al adulto mayor dependiente. Se hace hincapié a el cuidado, especialmente en el cuidado humano dado por la enfermera a ese ser que necesita de cuidado. Se presentan las teorías que la sustentan, teniendo como base para el cuidado la teoría de Francesc Torralba i Roselló, para el cuidado humano que da énfasis en el cuidado de enfermería se trabaja con la teoría de Jean Watson y Simone Roach, una de las pioneras en el análisis del cuidar enfermero.

2.4.1 Teoría del cuidar de Torralba Francesc

Francesc Torralba i Roselló, nació en Barcelona, es Doctor en Filosofía grado otorgado por la universidad de Barcelona, estudió tres licenciaturas: Filosofía, lengua danesa y teología. En 1992 obtuvo el Premio Extraordinario de Doctorado a la mejor tesis de la Facultad de Filosofía de la Universidad de Barcelona. Ha publicado más de 50 libros de filosofía sobre temas muy variados, su bibliografía es abundante y parte de su obra ha sido traducida al castellano, al alemán, al francés, al italiano y al portugués.

Torralba (66), plantea el pensamiento enmarcado hacia la filosofía y la ética plantea el análisis de la existencia humana, el sufrimiento, el silencio, la muerte, Dios, el sentido, la libertad. Gracias a la ética, el ser humano tiene conciencia de sus derechos y sus deberes, la experiencia de la ética, buscan principalmente el bien, la vida en armonía, lo bello, lo afable, los principales principios del principalísimo son la bioética fundamental y clínica,

el principio de la no maleficencia, la beneficencia, la autonomía y la justicia. Refiere que la preocupación por el otro puede articularse de una doble manera: el cuidado competente y el cuidado personal.

El cuidado competente se refiere al cuidado fragmentario, al cuidado de todos y cada uno de los elementos que integran la corporeidad humana: los pies, los brazos, el tronco, la cabeza. El cuidado competente requiere conocimientos de orden anatómico y fisiológico y solo puede dispensar dichos cuidados la persona competente en un determinado fragmento de la corporeidad humana (65). El cuidado personal, en cambio, requiere, además del cuidado competente, el cuidado individual, el trato afectivo, la sensibilidad, la complicidad personal, la confianza, la proximidad de orden ético y esto exige, además de grandes dotes comunicativas y conocimientos psicológico, un determinado talante moral, un ethos profesional. La primera forma de entender el cuidado (el competente), es característica de la medicina tecnificada y especializada, mientras que la segunda forma de comprender los cuidados (el personal) requiere compasión y empatía (60). En este sentido, el ejercicio óptimo del cuidar requiere el conocimiento del universo personal y de sus múltiples dimensiones y una relación entre profesional y enfermo de carácter empática y compasiva.

En el ejercicio del cuidar para Torralba (64) el conocimiento de la circunstancia ajena es fundamental. No se puede cuidar a una persona sin conocer adecuadamente su entorno vital, social y cultural. De lo que se trata es de cuidar personas y de cuidarlas bien y solo es posible realizar bien esta tarea si uno es capaz de comprender adecuadamente el

caso individual, la situación existencial de cada enfermo. El hecho de descender a los casos concretos y singulares es básico, pues el cuidar siempre es singular y personal y, por definición, no se puede cuidar al ser humano de modo homogéneo y seriado. Cuidar a un ser humano vulnerable, a un enfermo que sufre requiere la virtud de la paciencia, de la tenacidad, de la fortaleza, de la humildad, del coraje y, por supuesto, de la esperanza. No se trata, ahora y aquí, de describir las virtudes ineludibles en el arte de cuidar, pues esta tarea forma parte del desarrollo de la ética del cuidar y no de su fundamentación. La virtud no es ni una pasión ni una facultad del alma sino que es un modo de ser, es decir, una manera de estar en el mundo y de relacionarse con los hombres y con naturaleza. La paciencia, por ejemplo, no puede considerarse una pasión como la ira o el amor, tampoco una facultad, sino un modo de estar en el mundo que se caracteriza por la capacidad de aceptar el ritmo de la realidad y el tiempo del otro.

El cuidar óptimo desde un punto de vista ético es, precisamente el que se mueve en el punto medio, el que dista de los extremos. Sin embargo, en el arte de cuidar la exploración del punto medio resulta ardua y difícil, pues no siempre coincide el punto medio tal y como lo interpreta el enfermo y el punto medio tal y como la interpreta el asistente. La virtud, pues tiene que ver con pasiones y acciones en la cuales el exceso y el defecto yerran y son censurados, mientras que el término medio es elogiado (65).

Torralba (66) **presenta los itinerarios de la fundamentación del cuidar**, los que se detallan a continuación según E. Levinas:

La llamada del otro. Esta experiencia ética se relaciona directamente con la experiencia del Otro, con la llamada del Otro. El Otro es cualquier ser humano, cercano o lejano, cualquier individuo que sufre, que padece gratuitamente un mal y que precisa de ayuda. El despertar de la conciencia ética tiene mucho que ver con esta llamada, con esta vocación, que no tiene nada de llamada física, sino que se trata de una llamada silenciosa, una llamada con los ojos, esta llamada se adapta a la llamada de los pacientes dependientes. Debemos estar preparados a esta experiencia pues, esta experiencia ética nace cuando uno se siente vocacionalmente interpelado a responder a esta llamada, cuando uno, previo reflexión, brinda la mano a otro ser humano para ayudarlo. Ofrecer la mano es la respuesta gestual a la llamada del Otro-vulnerable. En la praxis de los cuidados, esta tesis es fundamental. El profesional, en tanto que profesional, goza una libertad en el ejercicio de su profesión, pero ello no le capacita para hacer y deshacer sin considerar las consecuencias que dicha acción puede tener para otro ser humano. El ejercicio de la libertad profesional debe desarrollarse en el marco de una responsabilidad global para con el Otro.

La llamada del otro por el rostro: El otro me llama, y me llama a través de su rostro. No puedo esquivar su mirada interpelante, no puedo bajar la mirada como si nada pasara. Cuando estoy frente al otro-vulnerable, me doy cuenta que debo responder a su sufrimiento y que dejar de hacerlo constituye una inhumanidad. La imagen del rostro adquiere un valor semántico decisivo. El filósofo utiliza esta imagen para desarrollar su ética de la alteridad, pues el rostro es la parte más expresiva del otro, es el lugar más desnudo del ser humano. “El rostro se presenta desnudo” y “se niega a la posesión, a mis

poderes” Cuando miro atentamente el rostro del otro vulnerable llamado así al enfermo, al moribundo, al humillado, al exiliado, al deportado, a la viuda, al huérfano, al anciano, especialmente al ser dependiente de cuidados del otro. La ética de la alteridad es, por ello, una ética del rostro. De lo que se trata es de descifrar el sentido oculto de una mirada.

Responsabilidad sin límites: En la filosofía del rostro de E.Lévinas, que muestra Torralba es el concepto clave es el concepto de responsabilidad. “El otro me llama y me llama a través de su rostro y cuando recibo esta llamada, me siento responsable de él”. La experiencia de la responsabilidad está íntimamente asociada a la experiencia de la llamada y de la recepción. Responsabilizarse de alguien es responder a su llamada, es tomarse en serio su sufrimiento y actuar solidariamente. La responsabilidad para E.Lévinas, es anterior a la libertad. Ser responsable es prioritario al ejercicio de la libertad y solo se puede hablar de libertad auténtica en el marco de una responsabilidad global.

El otro prójimo: El otro es prójimo precisamente en esa llamada a mi responsabilidad por parte del rostro que me asigna, que me requiere, que me reclama, el otro es prójimo precisamente al ponerme en cuestión. En efecto, cuando respondo libremente a la llamada del otro, cuando me hago cargo de su situación, me responsabilizo de él, entonces el otro deja de ser un extraño moral, para convertirse en el prójimo, en un cómplice moral (66).

La solicitud. Torralba (66) refiere que la solicitud están íntimamente relacionado con la experiencia del otro vulnerable, su punto de partida tiene que ver con la filosofía moral de E. Levinas. A continuación se detalla la solicitud esencia del cuidado:

La esencia de la solicitud. La esencia de la ética es la solicitud y una acción puede definirse como ética, es decir, como buena moralmente hablando, cuando es una acción solícita, es decir cuando la génesis de dicha acción es el otro necesitado. La solicitud es, de entrada, un movimiento. Donde hay conciencia ética, hay conciencia dinámica, se produce un desplazamiento. Este tiene una orientación hacia el exterior. La solicitud es el movimiento hacia el otro, pero un movimiento total y sin freno, un movimiento que sale de uno mismo y que lleva hacia el otro. Todo movimiento tiene una causa. La causa final de dicho movimiento es la llamada del otro que, como un imán, despierta mi conciencia ética y me reclama, me exige y me obliga. La causa eficiente de este movimiento soy yo mismo, pues soy quien da la mano, quien presta la ayuda, aunque el fin de dicha acción no está en mí, sino fuera de mí, en el otro, en la exterioridad.

Hacer del otro mi semejante. Resulta evidente, desde el punto de vista fáctico que los seres humanos son distintos entre sí desde muchas perspectivas, no solo externas, sino y fundamentalmente, de orden interno. Los hay más bien dotados y los hay más frágiles. El imperativo ético de la solicitud que es el fundamento de la ética, exige un trato igual respeto a todos los seres humanos, exige el reconocimiento del otro como mi semejante, sea quien fuere el otro y sean cuales fueren sus características o atributos. La no discriminación del otro constituye uno de los cimientos básicos de la ética de los cuidados y para ello es fundamental el movimiento de la solicitud, la apertura y la recepción del otro en cuanto otro.

La idea del ethos. El desarrollo integral de la vida ética incluye el equilibrio debidamente articulado entre el cuidado de sí, el cuidado del prójimo. Lo propio del cuidar no es, pues, la amistad, sino la compasión, la solicitud, la responsabilidad, la preocupación por el otro y esto no es necesariamente amistad porque la amistad requiere la reciprocidad y en el trato profesional no siempre se da la recíproca.

La conminación. De igual forma que la solicitud para Torralba (66) refiere que la conminación es la responsabilidad del ser que cuida aun cuando aparentemente el otro no esté presente o no escuche o no sienta. Los que son detallados a continuación:

La conminación me hace responsable del otro. Aun cuando el otro no me viese y por lo tanto no pudiese juzgarme yo experimentaría que me debo a él, para que él viva yo debo consagrarme a él. La conminación no es un sentimiento moral tampoco un ser racional, sino la misma raíz de la experiencia ética. Es una vivencia que afecta a la conciencia. La conminación hace pensar sobre mi mirada una mirada de otro de la que el otro no sabe nada, de lo que el otro no tiene ninguna idea. Tiene mucho que ver con la mirada del otro que no necesariamente tiene que producir algo. Si la conminación obliga a ir hacia el otro, solamente en la medida en que él ofrece el rostro del hombre. La conminación me dirige hacia el otro para rendirle el reconocimiento de que él vale como un fin en sí y no como un medio.

Descifrar la mirada invisible del otro. La conminación impone la mirada del otro como tal, porque ella impone exponerse a sí mismo allí, en persona, como tal extasiándose en una mirada insustituible. Para captar la necesidad del otro, para darse cuenta de su

sufrimiento, es fundamental saber descifrar su mirada, es decir, el contenido que comunican esos ojos. Eso requiere sensibilidad y proximidad. Mirar a los ojos constituye un arduo ejercicio de desnudez y de encuentro con el otro. La mirada del otro-vulnerable, del humillado, del enfermo, del moribundo no es una mirada cualquiera, es una mirada suplicante, es una mirada que requiere ayuda y frente a esa mirada no se pueden cerrar los ojos. La conminación es el deber de responder a la indigencia del otro, tiene mucho que ver con esta mirada, con este grito que lanza el sujeto vulnerable con sus ojos. En efecto cuando el otro-vulnerable me miraba con sus ojos, me doy cuenta que soy indispensable para él, que no puedo abandonarle a su suerte, que me debo a él. En el arte de cuidar es fundamental descifrar el contenido semántico de la mirada ajena, pues solo desde ahí es posible penetrar en la interioridad del sujeto cuidado y comprender cómo está y qué le pasa en su adentro.

La responsabilidad. El concepto de responsabilidad implica el de deber, primero el de deber-ser de algo, después el de deber-hacer de alguien en respuesta a ese deber-ser. Es prioritario, por tanto, el derecho intrínseco del objeto. La responsabilidad se relaciona con el deber. Es un deber moral ser responsable de la propia acción, pero este deber se relaciona directamente con el deber-ser de algo. El ejercicio del cuidar como el deber de la responsabilidad exige continuidad en el tiempo. El ser responsable de otro en el sentido natural del término se traduce en una acción continua e ininterrumpida (66).

La vulnerabilidad. La idea de la vulnerabilidad es enormemente rica desde la perspectiva filosófica y se debe relacionar con el concepto medieval de contingencia. Ser

vulnerable es ser finito, es estar expuesto a la erosión, es estar expuesto a la herida y al ultraje, a la enfermedad, al sufrimiento y a la muerte. Hablar de vulnerabilidad recuerda que se debe vivir con la muerte y que se debe cuidar al otro como un sujeto frágil (66).

Por otro lado, también Torralba (65) presenta **los constructos del cuidar:**

Siendo estas las virtudes básicas e ineludibles que se requieren para cuidar a un ser humano con excelencia profesional. Son hábitos personales y profesionales que se exigen a la tarea del cuidar. Todos ellos son necesarios, pero ninguno de ellos es suficiente a título aislado, se requieren mutuamente. Torralba alude a Gosia Brykczynska para sintetizar los siguientes constructos; compasión, competencia, confianza, confianza y conciencia. Desde luego, que los constructos éticos del cuidar son las virtudes básicas e ineludibles que se requieren para cuidar con excelencia profesional a un ser humano, como refiere Torralba estos constructos no son principios, ni puntos de partida, sino hábitos personales y profesionales que se demanda en la tarea de cuidar. Además, la estructuración integral y mutua de estos constructos éticos es fundamental para el excelente desarrollo de la tarea de cuidar.

Compasión: La compasión para Torralba (72) subyace en la definición de D.C. Thomasma que consiste sustantivamente en sentir como propio el sufrimiento ajeno, es decir, en la capacidad de interiorizar la afección de otro ser humano y de vivirlo como si se tratara de una dolencia propia, que empuja a hacer todo lo que está a su alcance para mejorar dicha situación, Torralba expresa que la compasión debe ser el vector fundamental de la acción sin vulnerar su identidad ni invadir su mismidad.

Competencia: Ser competente en un ámbito profesional significa estar capacitado para desarrollar la propia profesión de manera óptima, consecuentemente exige al profesional un profundo conocimiento de su “feudo disciplinar”, obligándole a la formación continua para una atención de calidad.

Confidencialidad: Torralba considera la opinión de G. Brykczynska para manifestar que la confidencialidad, es la capacidad de preservar la vida íntima del otro, es decir, su privacidad, su universo interior, de guardar secretos así como de callar para sí los mensajes que el otro vulnerable, le comunica en una situación límite, protegiendo al enfermo de la exposición de sí, lo que uno es, de sus intimidades y escondidos que el enfermo revela.

Confianza: Asimismo, Torralba avala su posición en el planteamiento de G. Brykczynska, quien manifiesta que confiar en alguien es creer en él, es ponerse en sus manos, es ponerse a su disposición, sin embargo, solo es posible ponerse en la manos de otro, si uno se fía del otro y le reconoce una autoridad no solo de carácter profesional, sino también de orden moral. De modo que el profesional manifieste pruebas y garantías de confianza, no solo en términos orales, gestuales sino por la eficiencia y la eficacia del ejercicio profesional aunque siempre con el margen de la imperfección y las limitaciones.

Conciencia: Torralba (72) considera también a G. Brykczynska quien manifiesta que ser consciente de algo, es asumirlo, es reflexionar en torno a sus consecuencias, es saber lo que se está llevando entre manos, es estar atento a lo que se está haciendo sin olvidar jamás que el otro vulnerable que está bajo el cuidado es un ser humano.

Las categorías del cuidar

Torralba, (66), refiere las categorías del cuidar, donde la diferencia entre trascendental y categorial según Kant estriba en que lo trascendental se refiere a las condiciones de posibilidad de algo, su condición fundante; en cambio lo categorial se refiere a aquello que se da bajo las coordenadas espacio temporales, a lo que debe hacerse en un momento dado. Torralba sintetiza su opinión siguiendo a G. Brykczynska quien señala los siguientes rasgos categoriales del cuidado:

El tacto: En el cuidar significa aproximarse a la persona desde el respeto y desde la atención. Tocarle, contactar con él, rozarle, acariciar su frente o poner la mano encima de su mano, este tipo de acciones revelan tacto y en el universo simbólico significan, por lo general, atención, respeto, proximidad, preocupación por el otro. El tacto, en el sentido literal, revela proximidad y el enfermo, como cualquier individuo vulnerable requiere ese tacto en el sentido literal. En el sentido metafórico tener tacto consiste en saber hacer uso de la palabra de un modo conveniente, saber distribuir adecuadamente los silencios y las palabras. Tiene tacto quien tiene la habilidad de salvaguardar en cada instante la vida privada del otro vulnerable.

La escucha atenta: La escucha atenta constituye una modalidad del estar frente el enfermo que resulta primordial para ejercer adecuadamente el arte de cuidar, esto es, en la capacidad de atender a la palabra ajena, por insignificante que sea su contenido. El buen enfermero sabe por experiencia, que las palabras que le profiere el enfermo en dichas situaciones no son banales ni circunstanciales, sino que salen de su interior y el hecho de

pronunciarlas, de ponerlas al exterior, es un ejercicio, de por sí, terapéutico liberador y curativo. El ser humano cuando sufre o atraviesa una circunstancia de dolor, de fracaso, de impotencia o humillación, necesita ser escuchado, necesita poder contar a alguien lo que vive en su interior, necesita un oyente para su relato autobiográfico.

Hacia una filosofía de la escucha: La comunicación es un eje central en el acto de cuidar y de curar y no solo debe considerarse como un instrumento humanizador, sino como uno de los factores decisivos, junto con la competencia, la eficiencia y la eficacia, de la calidad de un espacio sanitario. Cuando el destinatario detecta un clima de comunicación y un ambiente de acogida y de respeto, su bienestar aumenta y ello también tiene efectos terapéuticos. Escuchar es reaccionar porque si solo se habla, pero no se escucha, difícilmente puede haber diálogo. El escuchar establece una relación entre diferentes paradigmas sin la necesidad de uniformizarlos, es decir aceptar al interlocutor tal como es, admitiendo sus diferencias.

Escuchar es más que oír. Escuchar es una actitud, un modo de ser que compromete al ser humano en su totalidad, es decir escucha con todo su cuerpo, con toda su alma, con lo más profundo de su corazón. También el escuchar es una virtud porque uno no puede escuchar verdaderamente si no tiene respeto frente a la voz que le llama, si uno no se pone en segundo lugar, si no da espacio al otro. El escuchar es mucho más que simple recepción de sonidos. Estar receptivos al otro significa estar a su disposición, ayudarlo a superar su vulnerabilidad, velar por él y considerarlo como sujeto de preocupación.

Asimismo la práctica de la escucha requiere tiempo como espacio, incluyendo en el escuchar al otro, su enclave vital, su contexto.

El sentido del humor: En el ejercicio del cuidar, como en la vida cotidiana, el sentido del humor es fundamental, no solo es posible en la vida humana, sino absolutamente necesario para vivirla auténticamente y, por otro lado, no se contradice, en lo más mínimo, con la seriedad, sino que la seriedad es su condición de posibilidad.

Lo esencial del cuidar

Torralba (66) presenta lo esencial del cuidar, refiere que cuidar a un ser humano enfermo significa, por de pronto, estar con él, compartir sus penas y sus alegrías, sus angustias y sus expectativas, en definitiva no abandonarle a la soledad. Cuidar en su misma esencia ética, pre-ocuparse y ocuparse del otro y esta preocupación nada tiene que ver con la pasividad, sino con la activa dedicación al otro, a su ser. Cuidar a un ser humano es, pues, velar para que pueda ser y ello conlleva esfuerzo y dedicación, significa velar por su alimentación, por su temperatura, velar por sus constantes vitales, velar por su descanso, en definitiva, por su salud corporal y espiritual. Cuidar es velar y quien cuida auténticamente, vela de día y vela de noche, está atento a las necesidades ajenas, tiene la mirada puesta en el otro, no para espiarle, sino para que pueda ser, para que pueda desarrollarse.

El cuidar en el sentido metafísico, es **dejar que el otro sea**, entonces resulta fundamental, reconocer, en primer lugar, reconocer la existencia del otro, es decir, tener

la experiencia que hay otros seres humanos en el mundo aparte de mi persona, otros seres humanos que tienen su derecho a ser, que tiene su derecho a existir humanamente y que ello solo es posible si se ejercen los cuidados necesarios.

Cuidar a otro ser humano es **dejar que el otro sea él mismo**. No consiste, simplemente en dejar que sea, en tolerar que exista, sino en velar para que sea él mismo, para que pueda expresar su singularidad en el mundo, su identidad personal. Cuidar de alguien es ayudarle a ser a sí mismo y esto significa, protegerle de formas de vida y de modos de existencia que puedan anular su identidad, su singularidad. Cuidar a un ser humano es, pues, respetar su autenticidad y el respeto de esta autenticidad se relaciona, también, con el respeto a su autonomía moral y eso implica respetar su propia legalidad interna, su axiología; en suma su cosmovisión.

Cuidar a un ser humano es **dejar que el otro sea lo que está llamado a ser** y este dejar que sea lo que está llamado a ser tampoco debe comprenderse en sentido pasivo, sino en sentido activo.

Cuidar a un ser humano es **procurar por el otro**, es decir, es una acción constructiva cuyo fin es asegurar que el sujeto cuidado tenga lo necesario e indispensable para poder ser, para que pueda ser él mismo y para que pueda alcanzar su perfección existencial. Cuidar a un ser humano no consiste en sustituirle, en anularle u ocupar su lugar. Cada cual tiene su espacio natural y su lugar de desarrollo y el ejercicio de cuidar no puede significar jamás la reducción del otro a la nada, sino la promoción del otro, de su autonomía moral y, en último término, de su autenticidad. El cuidar también implica anticipar el poder ser

del otro, es decir, facilitar el desarrollo potencial de otro ser humano, ayudarle a actualizar sus potencialidades. El cuidar es, en ese sentido, una tarea de anticipación, de preocupación, de pre-visión, siempre orientada hacia el otro.

Por último, Torralba (66), habla de la acogida, quien refiere que es la acogida del otro, del otro-enfermo, del otro-vulnerable. Constituye el axioma central de la ética del cuidar y en torno a este axioma se comenta que la praxis de la acogida, en el ejercicio del cuidar, constituye una acción fundante y nada accidental. Precisamente por ello, en el cuidar, la virtud de la responsabilidad es anterior a la reivindicación de la libertad o de la autonomía. La preocupación por el otro-vulnerable constituye la fuerza motriz del cuidar. Cuidar de alguien no solo es ocuparse de él, ahora y aquí, sino anticipar esta ocupación, pensar en él, prever su insuficiencia, en definitiva, ocuparse con antelación.

Cuidar de alguien no solo es ocuparse de él, ahora y aquí, sino, anticipar esta ocupación, pensar en él, prever sus insuficiencias, en definitiva, ocuparse con antelación. El cuidar es una acción que se desarrolla en el tiempo, por lo tanto el cuidado es un cuidado competente y personal. El cuidado competente se refiere al cuidado fragmentario, de todos y de cada uno de los elementos que integran la corporeidad humana y el cuidado personal en cambio requiere además del cuidado competente el cuidado individual, el trato afectivo, la sensibilidad, la complicidad personal, la confianza, la proximidad de orden ético y esto exige además, de grandes dotes comunicativas y conocimientos psicológicos, además este cuidado requiere de compasión y empatía. En la ética del cuidar el sufrimiento ajeno tiene una prioridad absoluta (72).

2.4.2 Teoría del cuidado humano de Jean Watson

Jean Watson: Nació en Virginia en 1940, inició en la escuela de Enfermería Lewis Gale y finalizó sus estudios de pregrado en 1961. Continuó su formación y obtuvo un bachillerato en Ciencias en Enfermería en 1964 en el Campus de Boulder, una maestría en Salud Mental y Psiquiatría en 1966 en el Campus de Ciencias de la Salud y un doctorado en Psicología Educativa y Asistencial en 1973 en la Graduate School del Campus de Boulder. 1978 fue parte de la planificación y ejecución del programa de PhD en la Universidad de Colorado. Actualmente es directora del “Center for Human Caring” del Centro de Ciencias de la Salud de la Universidad de Colorado en Denver, del cual es fundadora (73).

La teórica Jean Watson (74) presenta los principales conceptos de la teoría del cuidado humano, los cuales son:

Salud: Tiene que ver con la “unidad y armonía entre mente, cuerpo y alma (espíritu)”. Está asociada con el grado de coherencia entre el yo percibido y el yo experimentado. El concepto de salud de la Organización Mundial de la Salud (23); es el estado positivo del bienestar físico, mental y social, con la inclusión de tres elementos: a) un alto nivel de funcionamiento global físico, mental y social; b) un nivel general de adaptación-mantenimiento del funcionamiento diario, y c) la ausencia de enfermedad. Posteriormente Jean Watson definió salud como «unidad y armonía en la mente, el cuerpo y el alma»; se asocia con el grado de congruencia entre el yo percibido y el yo experimentado (75). Además, afirmó que la dolencia no es necesariamente enfermedad;

es una confusión o desarmonía subjetiva en el yo interior o el alma de una persona en cierto nivel de desarmonía en las esferas de la persona, por ejemplo, en la mente, el cuerpo y el alma, de forma consciente o inconsciente. Si bien la dolencia puede producir una enfermedad, dolencia y salud son un fenómeno que no se ve necesariamente como un continuo(75).

Persona: Watson (11), utiliza indistintamente los términos ser humano, persona, vida, personalidad y yo. Considera a la persona como una unidad de mente, cuerpo, espíritu y naturaleza y describe que la personalidad va unida a las ideas de que el alma posee un cuerpo que no está confinado por el tiempo y el espacio objetivos. Además, afirma propongo utilizar la mente, el cuerpo, el alma o la unidad en una visión del mundo emergente en evolución-conexión de todo, conocida a veces como paradigma unitario transformador-holográfico del pensamiento. A menudo se considera dual porque utilizo las tres palabras “mente, cuerpo, alma”. En resumen Jean Watson 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 y 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 (73).

Entorno: 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 la importancia de que la

habitación del paciente sea un calmante, cicatrizante .La realidad objetiva y externa, marco de referencia subjetivo del individuo. Watson habla del papel de la enfermera en el entorno como atender los entornos de apoyo, protector y/o correctivo mental, físico, social y espiritual (74).

En trabajos posteriores, describe que «los espacios de curación pueden usarse para ayudar a otros a superar la enfermedad, el dolor y el sufrimiento, y hace hincapié en que el entorno y la persona están conectados. Cuando la enfermera entra en la habitación del paciente, se crea un campo magnético de expectativa (11).

También tiene una visión amplia del entorno, donde refiere que la ciencia del cuidado no es solo para mantener la humanidad, sino que también es para mantener el planeta. Pertenecer a un mundo espiritual infinito de naturaleza y todas las cosas vivas; es el nexo fundamental entre humanidad y la propia vida, en el tiempo y el espacio, fronteras y nacionalidades (76).

Enfermería: La enfermería está centrada en relaciones de cuidado transpersonales. “Para Watson la enfermería es un arte cuando la enfermera experimenta y comprende los sentimientos del otro, es capaz de detectar y sentir estos sentimientos, y a su vez, es capaz de expresarlos, de forma semejante que la otra persona los experimenta” (11) Watson define la enfermería como ciencia humana y arte que estudia la experiencia salud - enfermedad mediante una relación profesional, personal, científica, estética y ética. Las metas de la enfermería están asociadas con el crecimiento espiritual de las personas, el

cual surge de la interacción, la búsqueda del significado de las experiencias de cada uno, el descubrimiento del poder interno, la trascendencia y la auto-curación (76).

Watson refiere que enfermería es sinónimo de conocimiento, pensamiento, valores, filosofía, compromiso y acción, con cierto grado de pasión. Las enfermeras se interesan por entender la salud, la enfermedad y la experiencia humana, fomentar y restablecer la salud, y prevenir la enfermedad. Su teoría pide a las enfermeras que vayan más allá de los procedimientos, tareas y técnicas utilizados en la práctica, acuñados como el «estado» de la enfermería, en contraposición a la esencia de la enfermería, lo que significa que los aspectos de la relación enfermera-paciente se traducen en un resultado terapéutico incluido en el proceso de cuidado transpersonal.

Momento de cuidado: Una ocasión de cuidado es el momento, el foco en el espacio y el tiempo, en que la enfermera y otra persona viven juntos de tal modo que la ocasión para el cuidado humano es creada. La ocasión del cuidado en últimas permite el descubrimiento de sí mismo (18).

Watson (11); 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, además de integrar los conocimientos científicos para guiar la actividad enfermera. Esta asociación e interacción humanística-científica constituye la esencia de la disciplina enfermera a partir de los factores relacionados con la ciencia del cuidar. Watson basa la confección de su teoría en siete supuestos y diez factores de cuidados o factores caritativos de cuidados.

Supuestos y afirmaciones teóricas, Para Watson (76), la enfermería está interesada en comprender la salud, la enfermedad y la experiencia. Con la filosofía y la ciencia de la asistencia, intenta definir el resultado de la actividad científica en relación a los aspectos humanísticos de la vida. En otras palabras, intenta hacer de la enfermería una interrelación de la calidad de vida, incluida la muerte, con la prolongación de la vida. Enfermería está relacionada con la promoción y el restablecimiento de la salud, y con la prevención de la enfermedad, la salud tiene que ver con la unidad y armonía entre la mente, cuerpo y el alma, y se asocia con el grado de coherencia entre el yo percibido y el yo experimentado (77), según Watson, asistencia es un término de la enfermería que representa los elementos que utilizan las enfermeras para proporcionar atención sanitaria a los pacientes. También afirma que al considerar a los demás como individuos únicos, la persona que presta la asistencia percibe los sentimientos de los demás y reconoce la unidad de los demás.

Por otro lado, Watson basa su teoría sobre el ejercicio profesional de la enfermería en los 10 factores de cuidado, elementos asistenciales que favorecen el cuidado, factores que después Watson (76) denomina Proceso Caritas de Cuidados (PCC), que corresponde a una extensión de los anteriores, pero ofrece un lenguaje más fluido para entender en un nivel más profundo las dimensiones del proceso de vida de las experiencias humanas. La práctica del cuidado se inscribe fundamentalmente en la disciplina enfermera. Donde, indica diez factores principales que favorecen el cuidado que constituyen un cuadro conceptual y permiten estudiar y comprender los cuidados de enfermería como ciencia del cuidar. Los procesos Cáritas incluyen una dimensión decididamente espiritual y una

evocación manifiesta del amor y cuidado. A continuación se expone una síntesis de los factores de cuidado de Watson (76):

Formación de un sistema humanístico-altruista de valores. Se convierte en la “práctica de amorosa bondad y ecuanimidad en el contexto de un cuidado consciente” (77). Watson asume que el “día a día” de la práctica profesional requiere que la enfermera/o evolucione en su desarrollo moral. Si bien la formación de cada uno en la infancia y juventud temprana está marcada por el contexto socio-cultural de pertenencia, esto no significa la permanencia en un sistema estático.

Es importante una acabada reflexión sobre el propio desarrollo moral, ya que es la única forma de comprender los sistemas morales ajenos (18). Cada individuo presenta una reflexión de la propia experiencia y del desarrollo a lograr al brindar su cuidado al adulto mayor dependiente ya sea individualmente o colectivamente, al paciente o a la familia. De esta forma la introspección debería formar parte de la práctica diaria de la profesional tal como lo constituye, por ejemplo, la meditación para otras culturas y se debe demostrar a través de actitudes y aptitudes en el quehacer diario de la profesional. Es útil así la meditación, la reflexión y la terapia en caso necesario, así como el desarrollo de aptitudes artísticas que ayuden al profesional a encontrarse consigo mismo. Este sistema de valores debe combinarse con el conocimiento científico que guía la acción de la enfermera, pero sin olvidar que los conocimientos científicos por sí solos no ayudarán a la relación con otros. Por esto, el ser cuidado no es un personaje sobre el cual es factible escribir en primera persona, es un ser humano libre que debe narrar su propia biografía (64).

Watson otorga gran importancia a la formación en ciencias humanas, aspecto muy olvidado en la formación profesional, que brinde las herramientas necesarias para comprender las dinámicas sociales, culturales y psicológicas de los individuos. No es posible elegir solo cuidar a aquellos que concuerdan con nuestro sistema de valores, raza, clase social, generación, etc. Cuidamos a seres humanos diferentes y únicos. Este factor se puede definir como una satisfacción a través de la cual se puede dar una extensión del sentido de uno mismo (73).

Incorporación de la fe esperanza. El tomar en consideración un sistema de creencias y de esperanza, infundir fe y esperanza. Este factor incorpora valores humanísticos y altruistas, facilita la promoción del cuidado enfermero holístico, también describe el papel de la enfermera a la hora de desarrollar interrelaciones eficaces enfermera-paciente. Se convierte luego en ser auténticamente presente y permitir y mantener el sistema de creencias profundas y subjetivas del individuo, compatible con su libertad. Este individuo libre, con creencias propias, es un ser para el cuidado (77).

Este factor habla de la importancia de la fe y la esperanza para el cuidado y la sanación, dado que ha estado presente a lo largo de toda nuestra historia. De este modo, el permitir que los individuos cultiven su sistema de creencias y ejecuten sus rituales para permitir que les ayude a mantener la fe en ellos mismos, contribuirá a la sanación o mantención de la salud. Esto proviene de una costumbre arcaica, ya que en muchas culturas la fe y la sanación eran resorte del mismo oficiante; sucede así, por ejemplo, en las comunidades indígenas, y así es como actualmente se intenta incorporar sus propios

rituales. Entonces, y de acuerdo al viejo aforismo, no siempre es factible curar, pero siempre cuidar, la fe no necesariamente logrará la curación; pero siempre estará asociada al cuidado. (73)

Cultivo de una sensibilidad hacia uno mismo y hacia los demás. El reconocimiento de los sentimientos lleva a la auto-actualización a través de la auto-aceptación tanto para la enfermera como para la persona cuidada. A medida que las enfermeras reconocen su sensibilidad y sus sentimientos, estos se vuelven más genuinos, auténticos y sensibles hacia los demás (73). “El cultivo libre de las propias prácticas espirituales y transpersonales, que vaya más allá del ego y la apertura a los demás con sensibilidad y compasión” (76).

Para Watson el ser humano es en primer lugar un ser sintiente. Es habitual que en la práctica sanitaria se separe el desarrollo profesional de este ámbito, producto de lo cual las personas tienden a esconder, negar o disimular sus sentimientos. Esto llevará a no tratar con los propios sentimientos, a temerles y a no poder cambiarlos cuando estos no son positivos. Un individuo que rehúsa reconocer sus propios sentimientos, difícilmente logrará entender los sentimientos de los otros.

Por otra parte, se tiende a proteger al ser vulnerable de sentimientos negativos, para que no llore, o muestre ansiedad. Estos sentimientos forman parte de la vida y de los procesos que vivimos como seres humanos. Un ejemplo: ¿Es prudente evitar que una madre mire el rostro de su hijo que ha nacido muerto? Con esta práctica solo aumentará el dolor, y negará la evidencia que iniciará el duelo. Esta práctica se apropia del dolor de

otro, impide su libre expresión por desgarradora que sea. El duelo de esta madre es personal, forma parte de su vida y no le atañe al personal sanitario evitarlo. En estas ocasiones el silencio, el respeto y un abrazo son más útiles; y por cierto, más humanos. Por tanto la expresión de los sentimientos es una forma de empatía con otros que trasciende el propio yo.

Las conductas de evitación también tienden a ser habituales, como el temor a enfrentarse al otro ser que va a morir, la aprensión a contestar preguntas, y enfrentar situaciones de duelo y dolor. Todas estas situaciones están presentes cotidianamente en la labor de la enfermera. Es por ello que, el practicar la sensibilidad hacia sí mismo y los otros adquiere relevancia, Watson destaca que esta sensibilidad se ve reforzada por la formación valórica. El cultivar un desarrollo evolutivo moral debe ser tan importante como mantenerse al día en las técnicas y conocimientos, como asimismo la apertura a desarrollar sentimientos como la fe y esperanza. El desarrollo de la sensibilidad forma parte de un ser auténtico y honesto, que no teme develar su rostro ante la vulnerabilidad y el dolor (76).

Desarrollo de una relación de ayuda y de confianza (76). Una relación de ayuda-confianza entre la enfermera y el adulto mayor dependiente y su familia siendo un grupo vulnerable acepta la expresión tanto de los sentimientos positivos como de los negativos. Implica coherencia, empatía, acogida no posesiva y comunicación eficaz. La coherencia, implica ser real, honesto, genuino y auténtico. La empatía es la capacidad para la experiencia, por lo tanto sirve para comprender las percepciones y sensaciones de otra

persona y para comunicar aquellas comprensiones. La acogida no posesiva se manifiesta con un volumen moderado del habla; una postura relajada, abierta, y las expresiones faciales, que son coherentes con el resto de las comunicaciones. La comunicación eficaz tiene componentes de respuestas cognitivas, afectuosas y conductuales (64) .

El cuidar la relación humana se convierte en desarrollo y mantenimiento de una auténtica relación de cuidado, a través de una relación de confianza, una relación de cuidado depende de los factores de cuidados enunciados anteriormente (77). Esta relación de confianza va unida con la promoción y aceptación de sentimientos positivos y negativos. Para esto es necesario la sensibilidad, la apertura y el altruismo, pero también la congruencia, que tiene que ver con la honestidad, con la percepción de realidad y con el apego a la verdad.

Watson delimita tres guías para evitar la incongruencia: en primer término, las enfermeras/os no deben jugar roles estereotipados, ni emitir discursos programados similares a un “contestador telefónico”, ya que esto, bloquea la autenticidad y aleja al ser necesitado de cuidado; en segundo término, el ser capaz de reconocer las dificultades que conlleva la relación con otros pasa por el comprender que toda relación, al menos, tiene dos emisores y dos receptores; y en último término, que si bien las experiencias que otorgan los pacientes son vitales, también lo son las propias experiencias. Este es un proceso de autoaprendizaje, en el que la introspección es fundamental. La relación de cuidado está basada en la creencia que el ser para el cuidado es único, es persona y es capaz de ejercer su libertad y su autonomía, en mayor o menor grado. Los adultos mayores

enfermos no pertenece a la enfermera, ni su cuerpo, ni sus problemas, ni su espíritu. A modo de ejemplo: muchas veces en el cuidado el ser humano grave, que no está consciente y no puede ejercer autonomía en relación a sus funciones corporales, la certeza que es un cuerpo ajeno, pero el cuerpo de una persona, ayudará a no cosificarlo y a respetarlo como tal (76).

Aceptación de expresiones de sentimientos positivos y negativos (76). El hecho de compartir los sentimientos es una experiencia de riesgo, tanto para la enfermera como para el otro ser humano. La enfermera debe estar preparada para la promoción y aceptación de la expresión de sentimientos positivos y negativos (73). Esta es una parte inherente a la formación de una relación de ayuda y de confianza. Watson la enuncia más tarde como un estar presente y constituirse en apoyador de la expresión de los sentimientos positivos y negativos en una conexión con la espiritualidad más profunda del ser que se cuida.

Las emociones juegan un rol preponderante en la conducta humana y para Watson son una ventana por la que se visualiza el alma. Es ampliamente aceptado que la comprensión intelectual y la emocional de la misma información son bastante diferentes, esto es más acentuado cuando las situaciones conllevan un efecto negativo, por ejemplo, situaciones como la ansiedad, el estrés y la confusión, o incluso el temor, pueden alterar la comprensión y la conducta. La libre expresión de estos sentimientos permite no elaborar sentimientos defensivos, de negación o aumentar el estrés. La labor del profesional de

enfermería es permitir la expresión de estos sentimientos, que es congruente con visualizar al otro como un ser para el cuidado (76).

Utilización sistemática del método científico de resolución de problemas durante el proceso de toma de decisiones. El uso del proceso de enfermería aporta el un enfoque científico de resolución de problemas (75). El uso sistemático de una resolución creativa de problemas del proceso asistencial se convierte en: el uso creativo de uno mismo, como partícipe en el arte de cuidar y de todas las maneras de conocer como parte del proceso asistencia. Watson, refiere a la sistematización excesiva de normativas que impiden el desarrollo creativo de esta profesión. Las enfermeras realizan multiplicidad de procedimientos y suponen que la corrección de estos procedimientos es la manifestación de la utilización de un método científico, por ejemplo, el uso del proceso de enfermería, el que Watson visualiza como un método de resolución de problemas para asistir con una decisión a todas las situaciones de enfermería. Esto es importante, porque la sistematización de los procesos no debe ser un impedimento para investigar, estudiar y desarrollar habilidades, para enfrentar situaciones nuevas. El mal uso de los formatos impide visualizar la profundidad del fondo, cuando se realizan mecánicamente, esto es relevante pues es lo que distingue a un técnico de un profesional.

El proceso de enfermería es un instrumento que aún se utiliza y que está abocado a diagnosticar las necesidades de los adultos mayores con necesidad de cuidado y a programar las acciones para darles solución, como asimismo a la evaluación de los objetivos, se suele convertir en un proceso mecánico, que normalmente no está centrado

en el ser vulnerable sino en la patología. Si se agrega a esto un deficiente profesionalismo, en el sentido de no ser reconocidos por el colectivo social como auténticos profesionales y con autopercepción de sacrificio y sumisión, puede desembocar en una posición rígida, auto controlada, y autodestructiva, lo que daña profundamente al propio practicante y dificulta la relación terapéutica. El no delimitar el campo propio de realización de enfermería y referirlo a un campo biomédico no hacen posible la autonomía y la creatividad (74).

Según Watson, para cumplir la misión de brindar cuidados efectivos es indispensable cambiar esta imagen, adquirir autoconfianza y ejercer más autonomía. Para esto el instrumento privilegiado es la investigación, el aprendizaje, la apertura a nuevas estrategias de cuidados, establecer correcciones a las teorías existentes y elaborar nuevas. En resumen, es vital desarrollar un marco de conocimientos respecto al cuidado. El proceso de enfermería es similar al proceso de investigación en lo que se refiere a la sistematización y a la organización (76).

Promoción de una enseñanza-aprendizaje interpersonal. Este factor es importante para la enfermería porque separa el cuidado de la curación, permite que el ser humano enfermo esté informado y cambia su responsabilidad por el bienestar y la salud de él. La enfermera facilita este proceso con las técnicas de enseñanza aprendizaje diseñadas para permitir que los adultos mayores enfermos realicen su autocuidado, determinar las necesidades personales y ofrecer oportunidades para su crecimiento personal (36). Deriva a: “Participar de una verdadera enseñanza-aprendizaje que atienda

a la unidad del ser y de su sentido y que trate de mantenerse en el marco referencial del otro”(75). Este factor de cuidado es el que más ayuda al usuario a ser partícipe activo del estado de su propia salud y a tomar las decisiones en pos de mantenerla, recuperarla, mejorarla, o en otros casos a prepararse para determinados eventos. La enfermería como profesión ha estado muy ligada a la educación en salud; sin embargo, Watson considera que la educación que se brinda es ante todo información, concretizada en una lista de acciones a realizar o a evitar. Dicha información no se apropia de un sello que la distinga de otros modos de obtenerla, como por ejemplo a través de los medios de comunicación, donde también se brinda educación en salud, periódicamente.

La educación en salud, efectuada por profesionales de la salud, requiere establecer una relación intersubjetiva para otorgar una educación personalizada y dirigida. La educación en salud persigue un cambio positivo y proactivo de los usuarios, cambio que según Watson es difícil de obtener, si no se incorporan nuevos paradigmas. La información prosigue Watson es un componente de la educación, pero no el todo. Si bien se han dado importantes pasos en este rubro, no es menos cierto que por escasez de tiempo, o motivación, se suele seguir informando a los pacientes, sin educarlos, y sin educarse a través de ellos, ya que la educación es un proceso de retroalimentación para ambas partes, y no una mera entrega de conocimientos (1).

El cuidado supone el brindarlo en base a las necesidades sentidas de los seres humanos vulnerables que muchos los despersonalizándoles los llaman usuarios/pacientes/clientes. Una actitud efectiva de cuidado, por tanto, supone un

conocimiento de lo que los individuos necesitan. Personalizar los cuidados es, en buenas cuentas, mantener una actitud respetuosa hacia las particularidades de un individuo, comunidad o población.

La generalización tiende a neutralizar los sujetos, a masificarlos y, además, a no obtener buenos resultados. Según Rogers –a quien cita Watson– la enseñanza no es función de un buen currículum clínico ni académico del educador, es un proceso mucho más complejo, que parte de tener la habilidad para lograr, en el marco de una relación – en este caso, educador-educando–cambios de conducta. Esto pasa necesariamente por nutrirse de los educandos, y no de un mero recitar conocimientos (76).

Provisión de un entorno de apoyo, protección y correctivo mental, físico, socio, cultural 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 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 la comodidad, la privacidad, la seguridad y los internos limpios, estéticamente agradables. “La creación de un entorno protector y/o correctivo para el medio físico, mental, espiritual y sociocultural” (76) se convierte en: “creación de un medio ambiente de cuidado en todos los niveles (físico, no físico, ambiental de energía y de conciencia) ya sea el todo, belleza, confort, dignidad y paz”.

Watson (36) divide este ambiente en externo e interno, los cuales son interdependientes entre sí. Ambos contienen variables, por ejemplo del medio ambiente

externo surgen las variables como seguridad, confort, abrigo; y del medio ambiente interno surgen la autorrealización, comunicación, etc. A partir de estas variables surgen las necesidades, que Watson define como el requerimiento de una persona, que de ser satisfecho, alivia o disminuye su angustia o dolor, o mejora su sentido de adecuación y bienestar. La satisfacción de estas necesidades tiene estrecha relación con la salud del individuo.

Asistencia en la satisfacción de las necesidades humanas. La enfermera reconoce sus propias necesidades biofísicas, psicofísicas, psicosociales e intrapersonales y las del ser cuidado. Los seres cuidados tienen que satisfacer las necesidades de menor rango antes de intentar cubrir las de un rango superior. La comida, la eliminación de residuos y la ventilación son algunos de los ejemplos de las necesidades biofísicas de mayor rango, mientras que la actividad, la inactividad y la sexualidad se consideran necesidades psicofísicas de mayor rango. La consecución y la afiliación son necesidades psicosociales de rango superior. La auto-actualización es una necesidad superior intrapersonal-interpersonal.

La asistencia con la gratificación de necesidades humanas” (76). Las que posteriormente llama: “La asistencia en necesidades básicas, con un cuidado consciente e intencional que toca y envuelve el espíritu de los individuos, honrando la unidad del ser, y permitiendo a la espiritualidad emerger”. Las necesidades humanas están estratificadas. De acuerdo a Watson (74), el primer nivel está representado por las necesidades de supervivencia o necesidades biofísicas, por ejemplo: nutrición, eliminación y ventilación.

En el segundo nivel se ubican las necesidades funcionales o psicofísicas como reposo - actividad, y las sexuales. En un tercer nivel, las integrativas o necesidades psicosociales, de pertenencia y logros. En el nivel más elevado se ubican las necesidades intra/interpersonales; la necesidad de realización del sí mismo, tendientes a la búsqueda de crecimiento personal. Los factores socioculturales afectan todas las necesidades en todos los niveles. El brindar cuidados es, por tanto, el trabajo profesional destinado a la satisfacción de necesidades humanas en el ámbito de la salud de un individuo, comunidad o población, como también integrativo y holístico, porque abarca los diferentes estratos de las necesidades.

Tomar en consideración los factores existenciales y fenomenológicos. Watson considera que este factor es difícil de comprender. “El reconocimiento de fuerzas fenomenológicas y existenciales” (75). Este último factor de cuidado es el método para trabajar en la satisfacción de ellas: la fenomenología, concepto que Watson define como el énfasis en la comprensión de las personas de cómo las cosas aparecen ante ellos... La fenomenología es descriptiva, es una descripción de datos que aparecen en una situación dada y ayuda a entender el fenómeno en cuestión (76). Esta orientación es útil para la enfermera, ya que ayuda a reconciliar o mediar la incongruencia de los diferentes puntos de vista de la persona en forma holística; y al mismo tiempo, atender al orden jerárquico de sus necesidades” (36).

Los diez factores expuestos por Watson ayudan a delimitar lo que es el cuidado profesional, ya que si bien una enfermera/o, puede ayudar al otro a resolver problemas y

promover a restaurar su salud, no puede crearle ni restaurarle la salud. La enfermera, entonces, como añade Watson, es responsable de ofrecer condiciones para que el otro resuelva sus propios predicamentos. Cada persona desarrolla su forma de encontrar significados en la vida, y esto es válido para los individuos enfermeras/os, ya que confrontan su forma de estar en el mundo ante un evento que es la enfermedad, pero este es un proceso individual, en toda su profundidad.

La interacción entre los tres primeros factores del cuidar constituye el fundamento filosófico de la ciencia de la enfermería. Estos factores son, en gran medida, interdependientes, funcionando de forma conjunta en un proceso que favorece los cambios positivos en el estado de salud.

Watson (76) considera que el cuidar debe fundamentarse en un conjunto de valores humanos universales: amabilidad, afecto y amor por uno mismo y los demás. Un sistema de valores humanista-altruista se integra cuando uno es joven, y continúa creciendo y madurando. Cuando una persona llega a la edad adulta, la humanización de los valores empieza a precisarse. Un sistema de valores altruista es una filosofía que guía a la vida adulta. Implica la capacidad de considerar la humanidad con amor y saber apreciar la diversidad y la individualidad. Este sistema de valores ayuda a tolerar las diferencias y a ver a los demás a través de sus sistemas de percepciones específicos, más que a través de su propio sistema.

La teoría de Watson guía hacia un compromiso profesional que debe ser un factor motivador en el proceso del cuidado. Según el contexto social en el que se han

desarrollado los modelos conceptuales de la disciplina enfermera, el énfasis recae más en un aspecto que en otros, y los conceptos centrales pueden tener diversos significados (73). Las ideas y la teoría de Watson se han implementado en distintas realidades asistenciales. Numerosos estudios de investigación (76) han analizado su aplicabilidad y eficacia. Tales estudios no siempre valoran la teoría de Watson de un modo positivo, pero a pesar de los problemas encontrados consideran que puede ser un referente para la disciplina de la enfermería.

2.4.3 Teoría del cuidado de Simone Roach

Enfermera y filósofa canadiense, siendo una de las pioneras en el análisis del cuidado de enfermería. Ella defiende la tesis de que cuidar es esencial en el ser humano y que lo verdaderamente humano es cuidar. Por otro lado, es necesario diferenciar entre el cuidado y el cuidado profesional (78). Ella aporta a la ciencia de la enfermería presentando el cuidado profesional, donde presenta una nueva forma de caracterizar el cuidado de enfermería.

Roach (79) afirma, que cuidar es el modo del ser humano, analiza cómo la gente en las profesiones sanitarias se preocupan por los demás, no porque estén obligados a hacerlo por sus puestos de trabajo, sino porque son seres humanos y este rasgo de cuidar es intrínseca a todos los seres humanos. Refiere que cuidar es el concepto subyacente que forma la base de lo que hacen los enfermeros cada uno y todos los días, durante todo el ciclo de vida. La enfermera se encuentra implicada en el cuidado como el modo de ser humano y son: la capacidad de la fuente para el cuidado; la cuarta convocatoria de esta

capacidad; la capacidad de respuesta de ser llamados a alguien, algo que / lo que importa; la actualización de la capacidad o el poder para cuidar; la actividad o el rendimiento de cuidar como se manifiesta en los comportamientos de cuidado específicos.

Las construcciones del cuidado, según Roach (79) revisa las diversas teorías que cuidan y presenta su teoría en base a dos puntos de vista, aspectos filosóficos y teológicos; conceptualiza la noción de cuidar con cinco categorías:

Ontológico - La ontología es una investigación sobre el ser de algo y en su gama de posibilidades. La pregunta ontológica pregunta: ¿Cuál es el "ser" de cuidar? ¿Qué es el cuidado como tal?

Antropológica - Antropología plantea la pregunta: ¿Qué significa ser una persona que cuida?

Óntico - "Onticology" se refiere al estudio de alguna entidad en su relación real con otras entidades (Macquarrie, 1955). En esta categoría, se incluyen aspectos funcionales y éticas de cuidado. ¿Qué es una enfermera haciendo cuando él o ella está cuidando?, ¿Qué obligaciones se han de llevar en el cuidado?

Epistemológico - Epistemología tiene que ver con las formas de conocimiento. Las preguntas de esta categoría incluyen, ¿Se puede saber que cuida?, ¿Cómo está cuidando a lo conocido?

Pedagógica - la categoría pedagógica tiene que ver con la enseñanza y el aprendizaje, y las estrategias necesarias a las necesidades y objetivos de aprendizaje más específicas. ¿Cómo está cuidando, si aprendiendo o enseñado?

Por otro lado, Roach (79) habla del cuidado profesional, donde refiere, es la naturaleza de una respuesta deliberativa hacia aquello que importa, o mejor que es importante en sí mismo y abarca el poder espiritual de la afectividad. Esta respuesta implica donación y autotrascendencia. Además, Gasull (78), hace énfasis que Roach defiende la tesis de que el cuidar es esencial en el ser humano y que lo verdaderamente humano es cuidar. La capacidad de cuidar está profundamente enraizada en la naturaleza humana y juega un papel muy importante en el desarrollo humano.

Roach (79), plantea una pregunta interesante durante su trabajo en el cuidado. Esta pregunta es: ¿Qué es una enfermera haciendo realmente cuando él o ella está cuidando?. Las seis C de cuidado han sido desarrolladas por Simone Roach, en respuesta a esta pregunta. Estas seis C se describen como atributos de cuidar que la ayuda en la identificación de los comportamientos de cuidado específicos que una enfermera se involucra en al proporcionar atención de un paciente. Los seis de C son los siguientes: compasión, competencia, confianza, conciencia, compromiso, comportamiento y creatividad. Estas características han sido incorporadas por otras autoras y que a continuación se desarrollan:

Compasión. Diferentes autores han escrito sobre la compasión. Roach (79) la define como una manera de vivir en relación con todas las criaturas vivientes. La compasión es

algo que solo conocemos por la experiencia. El cuidar puede ser profesional pero la compasión ha de ser experimentada. El cuidar puede ser aprendido, pero la compasión surge después de ser herido y mostrar compasión. No mostramos una actitud compasiva por obligación sino por solidaridad. La compasión significa ser con otro en su sufrimiento. Es la empatía y la sensibilidad al dolor humano y la alegría que le permite a uno entrar en la experiencia de otro. Es la comprensión de los cuales esa persona realmente es para quien uno es el cuidado. De acuerdo a Roach, "Con la compasión, uno se convierte en un compañero de la humanidad". La compasión es un componente esencial de la relación paciente enfermera.

Conciencia. Según Roach (79) el término conciencia puede definirse como un estado de la conciencia moral; una brújula que dirige nuestra conducta de acuerdo con el estado moral de las cosas. Es una instancia fundamental del ser humano, pertenece a su dimensión interior y tiene un valor integrador. La conciencia, entendida como virtud y no como atributo de la interioridad humana, significa reflexión, prudencia, cautela, conocimiento de las cosas. Como el cuidar es esencialmente vulnerable, la conciencia es la que permite actuar según la recta conducta: la buena, creativa y compasiva manera de relacionarse. Quizás es la más espiritual de las “Seis C” y la que nos exige una mayor atención. La conciencia dirige la toma de decisiones morales, éticas y legales. Nos motiva para aumentar el conocimiento y las habilidades necesarias para responder adecuadamente a las cuestiones morales, éticas y legales que se enfrentan a una y otros. Nos dirige a adherirse a los estándares de la práctica profesional de la enfermería. Que nos lleva a responder a las injusticias sociales. Es la mayor conciencia de los problemas de salud

locales, nacionales y mundiales y las tendencias actuales en la atención de salud que afectan a todas las edades y poblaciones. Es el sentido de la responsabilidad, la responsabilidad y el liderazgo para el cuidado del paciente.

Competencia. Roach (79) la define como aquel estado en el que poseemos conocimientos, capacidad de raciocinio, habilidades, energía, experiencia y motivación para responder adecuadamente a las demandas de nuestras responsabilidades profesionales. La compasión, imprescindible en la relación de cuidar, precisa de la competencia apropiada a las demandas del ser humano. Mientras la competencia sin compasión puede ser brutal e inhumana, compasión sin competencia puede que no sea más que buenas intenciones, no produce daño pero es una intrusión en la vida de una persona necesitada de ayuda. La competencia es la adquisición y el uso del conocimiento y habilidad científica y humanística basada en la evidencia en la aplicación de las intervenciones terapéuticas en la práctica actual de la enfermería. La competencia se refleja en los dominios cognitivos, afectivos y psicomotores de aprendizaje. Es el conocimiento del papel de la enfermera en los sistemas de atención de la salud del hospital y la comunidad.

Confianza. Según Roach (79) es la cualidad que fomenta relaciones confiadas. Es imposible imaginar la consecución de unos objetivos asistenciales sin al mismo tiempo asumir que la relación no se efectúe en unas condiciones de veracidad y mutuo respeto. La confianza es recíproca, las dos partes de la relación necesitan sentirse seguras, pero cuando una de las partes es un profesional, entonces el otro necesita experimentar que será

respetado. Esto dependerá en gran medida del grado de honestidad del profesional. En la actualidad esta característica presenta ciertas dificultades en su cumplimiento. En la mayoría de las instituciones impera la desconfianza por la manipulación de la información. En una relación de confianza no pueden existir ni la coacción ni la manipulación ni actitudes paternalistas que anulen la autonomía de las personas. La confianza es la confianza en la propia capacidad para cuidar a otros. Es la creencia de que nuestro experto, presencia profesional puede hacer una diferencia. La confianza es necesaria para aplicar eficazmente los roles de la enfermera como cuidador, maestro, consejero, abogado, líder, gerente de e investigador. La confianza en nuestra propia capacidad de crear ambientes de cuidado sirve como un catalizador para el cambio. La confianza permite a nosotros y otros para definir y lograr metas. La confianza se desarrolla a través de la utilización con éxito de conocimientos y experiencia.

Compromiso. Según Roach (79) se define como una respuesta afectiva compleja caracterizada por la convergencia entre nuestros deseos y nuestras obligaciones y la elección deliberada de actuar de acuerdo con ellos. Si se ordenan “las cinco C”, el compromiso debe situarse en el último lugar ya que el compromiso de algún modo confirma las anteriores características. El compromiso es mantener y elevar los estándares y obligaciones de la profesión de enfermería y asegurando la entrega de excelencia en el trabajo. El compromiso es el esfuerzo leal a dedicarnos al bienestar de los pacientes. Se asegura que el cuidado será parte de cada interacción con el paciente y la enfermera. Es un esfuerzo consciente para crecer dentro de la profesión de enfermería a través de la

dedicación a la formación continua, el aprendizaje permanente, y cada vez más especializada, con conciencia social, ético, político competentes y dedicados.

Comportamiento. Es la presentación profesional de las enfermeras nosotros como a los demás en el comportamiento, la actitud, la apariencia, la vestimenta y el lenguaje que se comunican una presencia solidaria. Incluye la necesidad de auto-conciencia, conciencia del impacto de uno mismo a los demás, y aceptar la responsabilidad de nuestras acciones. Esto se extiende a la responsabilidad por el medio ambiente de la salud y el comportamiento de otros que contribuyen a ella.

Creatividad. Es tener una visión de cómo puede ser la atención de enfermería, y lo que es mejor. La creatividad en la enfermería requiere pensar reflexivamente, de manera crítica y con imaginación para crear entornos de curación y mejorar las prácticas de prestación de cuidados. Se requiere que la enfermera para desarrollar las cualidades de ideación, la asunción de riesgos, la apertura y el ingenio. Resultados de la creatividad en la integración de nuevos conocimientos sobre los conocimientos de enfermería existente y la conciencia. Se crea el potencial de la enfermera para individualizar la atención y aceptar el cambio.

CAPÍTULO III

METODOLOGÍA

3.1 El tipo de estudio

El presente estudio es una investigación de tipo cualitativa, con un abordaje de historia de vida. Cualitativo porque pretende el análisis de las narrativas del enfermero en relación al cuidado profesional al adulto mayor dependiente hospitalizado partiendo desde un acontecimiento real acerca del cual se quiere hacer un concepto. Martínez (80) refiere que el término cualitativo se usa bajo dos acepciones, la primera como cualidad y la segunda más integral y comprensiva como cuando se refiere a control de la calidad. Cualidad tiene su origen en la palabra latina *qualitas* y esta a su vez, deriva de *qualis* que significa cual y que, de tal forma al responder a esas preguntas se da la respuesta señalando su conjunto de cualidades o la calidad del mismo.

En el sentido propio, filosófico, la metodología cualitativa trata del estudio de un todo integrado que forma o constituye una unidad de análisis y que hace que sea lo que es una persona, una entidad étnica, social, empresarial, etc. De esta manera la investigación cualitativa trata de identificar básicamente la naturaleza profunda de las realidades, su estructura dinámica, aquella que da razón plena de su comportamiento y manifestaciones. Por lo tanto la investigación cualitativa es un modo, enfoque o estilo que adopta el investigador a razón del objeto de estudio, objetivos o problemas concretos que selecciona en su área profesional. En el estudio cualitativo el investigador es el instrumento mismo

de manera que la validez se encuentra en la forma en que este practique su destreza, habilidad y competencia en su trabajo profesional (81).

En este tipo de investigación no se busca la explicación, ni la predicción, sino la comprensión desde la perspectiva de adentro de las personas que vivencian una experiencia dada, a través del ver y sentir del otro. De esta manera, comportamientos que a primera vista parecen irracionales e inexplicables mirado desde el lugar de los actores tienen un sentido, permitiéndose así entender las diferentes conductas de las personas investigadas. Por consiguiente la metodología cualitativa no mide un fenómeno, sino que lo describe y lo interpreta para que se conozca de manera más compleja y profunda (82).

La enfermería, como una profesión al cuidado de las personas, necesita profundizar las vertientes del conocimiento que le permitan comprender el complejo mundo “de las experiencias vividas desde el punto de vista de las personas que la viven”, mediante el desarrollo del pensamiento crítico en la atención de enfermería (83). El punto de partida son las observaciones que se han hecho y se hacen acerca del acontecimiento inmerso en la realidad. La meta es reunir y ordenar todas esas observaciones en algo comprensible. Vale decir, configurar un concepto acerca del fenómeno. El método cualitativo tiene como objetivo la descripción e interpretación de las cualidades de un fenómeno. Sus resultados tratan de encontrar las cualidades que en conjunto caracterizan al fenómeno. Aquello que cualitativamente permite distinguir el fenómeno investigado de otros fenómenos. Asimismo, complementando a la investigación cualitativa, se hace uso de la investigación cuantitativa, con la finalidad de caracterizar a los sujetos de estudio (84).

3.2 Método de investigación

Abordando el método historia de vida. El presente estudio es de naturaleza cualitativa y utiliza en método historia de vida, porque esta metodología permite una mayor aproximación hacia las enfermeras, apreciando sus experiencias y concepciones interpretadas por ellas, las cuales tienen la oportunidad de expresar sus sentimientos, comportamientos y acciones en relación al tema de estudio.

Puyana y Barreto (85) refieren que la historia de vida es una estrategia de la investigación, encaminada a generar versiones alternativas de la historia social, a partir de la reconstrucción de las experiencias personales. Se constituye en un recurso de primer orden para el estudio de los hechos humanos, porque facilita el conocimiento acerca de la relación de la subjetividad con las instituciones sociales, sus imaginarios y representaciones simbólicas. La historia de vida permite traducir la cotidianidad en palabras, gestos, símbolos, anécdotas, relatos y constituye una expresión de la permanente interacción entre la historia personal y la historia social.

La historia de vida, también llamada método biográfico, corresponde a una concepción que busca alternativas diferentes a aquellos procesos de investigación que privilegian la cuantificación de los datos asumiendo la información estadística como único o determinante criterio de validez y que, amparados en una pretensión de objetividad, convierten en los sujetos en objetivos pasivos desconociendo su contexto (86).

La historia de vida proporciona una lectura de lo social a través de la reconstrucción del lenguaje, en el que se expresan los pensamientos, los deseos y el mismo inconsciente; constituye por lo tanto, una herramienta invaluable para el conocimiento de los hechos sociales, para el análisis de los procesos de integración cultural y para el estudio de los recursos presentes en la formación de identidades. En la historia de vida están presentes tiempos y espacios diferentes, en primer lugar, el tiempo del entrevistado; esto es de quien acepta “contar su historia” y reconstruir sus experiencias pasadas con los ojos del presente (85).

Bertaux (87), define el método historia de vida como un procedimiento metodológico que utiliza la historia de vida, narrada al entrevistador tal como fue experimentada por el sujeto, llevando la investigación a enfocar el punto de convergencia o divergencia de los seres humanos, en sus condiciones sociales de la cultura y la práctica, en el contexto de las relaciones socio-simbólica y la dinámica histórica.

La historia de vida, como método comprende dos características básicas: la primera es la experiencia del autor usado de manera horizontal buscando encontrar patrones universales de relaciones humanas y percepciones individuales y el segundo, son las interpretaciones sobre el origen y funcionamiento de los fenómenos sociales, a través de articulaciones temporales fortalecidas por las entrevistas. El método explica que los sujetos de investigación relatan su vida en base a acontecimientos vivenciados y que marcaron su vida, la construcción de la historia de vida es de modo como el individuo

representa los aspectos de su pasado que considera importantes para el fenómeno social actual (88).

Esta metodología se acerca más a la realidad de la investigación, teniendo en cuenta que las entrevistadas son mujeres y su percepción es similar. Con la historia de vida se reconstruyen los principales eventos del cuidado de enfermería en el transcurso del tiempo, se comprenden las interpretaciones culturales de los cambios biológicos propios de los seres humanos y el proceso de interiorización que cada individualidad hace de estos acontecimientos. El proceso de reconstrucción de cada historia de vida contiene un significado especial para el entrevistado: reconocer y reapropiarse de la vida misma, compenetrarse con su realidad, con una vivencia, y al mismo tiempo tomar cierta distancia con ella, objetivarla con un alto componente de alegría y de dolor. “Relatar la vida, no es vaciar una sucesión de acontecimientos vividos, sino hacer un esfuerzo para dar sentido al pasado, al presente y a lo que este contiene como proyecto” (89). Camargo en Rodríguez (88), explica que la historia de vida es la mejor manera de comprender la cultura del otro como un conjunto vivo. Por eso, se decide trabajar con el método historia de vida.

El estudio biográfico, relato de vida o historia de vida, es un tipo de investigación que permite acceder al relato de la experiencia vital de una persona, es un documento biográfico suscitado por un investigador que apela a los recuerdos del individuo. Implica la creencia del individuo, valorizándose su yo y su historia. El método biográfico es la utilización sistemática de documentos que reflejan la vida de una persona, momentos especiales de ella o aspectos destacados. En un testimonio vivido llamado también la

historia vivida o narrativas de vida (82), Bertaux que menciona a Denzin (87) y define que relato de vida es la historia de vida tal como la cuenta la persona que la ha vivido. En cambio para el término de historia de vida se utiliza para los estudios de caso sobre una persona determinada incluyendo no solo su propio relato de vida sino también documentos como historia clínica, expediente judicial, test psicológicos, testimonios de allegados (90).

Gómez y Gutiérrez (91), refieren que hablar de narrativas no es nuevo en enfermería. Proviene del pensamiento humanista producto de la relación entre dos personas comprometidas en una vivencia y experiencia. En las narrativas de enfermería domina la calidad, se expresa cómo creció la persona y cómo creció la enfermera con la experiencia vivida y compartida. Por lo tanto, se define como narrativa de enfermería como la reproducción verbal o escrita, de forma organizada de una experiencia vivida por una enfermera en la cual se refleja una relación significativa del profesional con el sujeto del cuidado. Las narrativas pueden ser una historia que una enfermera cuenta de su vivencia de una relación significativa, que le permite reflexionar sobre su actuación, sus sentimientos, sus valores, sus metas, y, sobre todo, refleja la visión del mundo que la enfermera tiene acerca del cuidado (91).

La técnica utilizada para la recolección de los datos fue una entrevista abierta que consiste en establecer una interacción social entre dos personas, es un proceso de comunicación donde se confrontan por un lado el investigador con sus conocimientos previos y por el otro el sujeto que es entrevistado en este caso la enfermera ya definida que aceptó participar voluntariamente de la investigación.

Existen autores que explican la metodología de recolección de datos en la historia de vida, dentro de ellos, está Gómez y Gutiérrez. (91), analizadas por Do Prado (92), refieren que existen algunas guías para la construcción de narrativas, se aplica la propuesta de; donde los componentes de la situación son: espacio y tiempo, interacción entre la enfermera y paciente, conflicto o problema identificado, intervención, resultados y cierre.

En el mismo sentido, Do Prado, et al. (83), refiere que la interacción enfermera – sujeto de cuidado es un proceso que se construye en un momento de atención con todas las intervenciones de enfermería necesarias para mantener el confort del paciente y sus familiares. La narrativa surge de la experiencia que, vivida y compartida, proporciona los elementos que contextualiza el caso asociado. Presenta algunas recomendaciones para la recolección de las narrativas, los cuales se asumen en el presente trabajo al momento de recolectar los datos y son, las entrevistadas dejaron constancia por escrito su aceptación a participar de la entrevista, se tuvo en cuenta el contexto, el momento de realizar las entrevistas e incluso se tuvo en cuenta las preguntas de apertura pues estaba preparado para que nadie interrumpiese, el investigador no intervino solo escuchó, hubo una preparación previa antes de entrar al tema, fue necesario la escucha atenta sin interrumpir, la aceptación de participar en el presente trabajo fue incondicional en el caso de enfermeras que no aceptaron participar en la investigación solamente se aceptó su decisión.

El presente trabajo de investigación es un trabajo de interpretación sobre las interpretaciones de las entrevistadas sobre situaciones que marcaron su vida, donde el

narrador cuenta su experiencia en el cuidado aspectos positivos como aspectos negativos donde reforzaron otros aspectos especialmente los personales y sentimientos que se dieron al brindar el cuidado.

En esta investigación, se parte de la subjetividad con que las enfermeras narran sus cuidados al adulto mayor frágil/dependiente hospitalizado en sus vidas, así como de los sentimientos y situaciones que acompañen este proceso de cuidado. El investigador se involucra en las experiencias que tiene su base en las vivencias humanas específicamente en el grupo comprometido en los hechos a interpretar (83,91,92).

La entrevista de la historia de vida fue abierta y prolongada, durante el cual ocurrió interacción constante entre el investigador y la enfermera entrevistada, los relatos fueron centrados en el tema, la entrevistada habló libremente en relación a su tema, hubo en más de dos ocasiones en que las entrevistadas expresaron su sentir y lo relacionaron con su vida y su familia, pues esa dinámica permite al informante retomar su vivencia y expresaron sus sentimientos,

[...] me duele mencionar esto, pues para mí es difícil, pues lo relaciono con mi madre y (E1)

[...] me duele porque no me gusta que maltraten a los pacientes pues sé que algún día también llegaré a ser como ellos (E10)

Se pusieron sentimentales, se hizo un alto por unos momentos y luego se continuó con la entrevista Bertaux (87), afirma que la combinación de esos comportamientos significa que el investigador está preparado para recibir, tanto lo inesperado como lo

esperado o cualquier situación que la estructura de la entrevista fue determinada por el investigador o por el informante. El investigador debe estar preparado para toda situación esperada o inesperada. El investigador registra los eventos de las vidas de los participantes, incluyendo las respuestas subjetivas de las situaciones, también son registradas las interpretaciones de los participantes en las experiencias de sus vidas incluyendo sus percepciones de causa efecto (85).

3.3 Sujetos de investigación

El presente trabajo se realizó en el servicio de enfermería- hospitalización geriátrica del Hospital II CGSIL de la Red asistencial Almenara de EsSalud. Los sujetos de estudio tal como se observa en la tabla 1, son enfermeras que trabajan en el Hospital San Isidro Labrador cuidando adultos mayores dependientes que se encuentran hospitalizados, enfermeras que aceptaron participar en el estudio voluntariamente. Con criterios de inclusión básica que fueron los años de experiencia de las enfermeras, considerando como mínimo 5 años de experiencia entre enfermeras generales y enfermeras especialistas en geriatría y gerontología, cuidados intensivos, emergencias y desastres; todas con experiencia en el cuidado al adulto mayor dependiente.

Tabla 1. Perfil o características de los entrevistados.

N°	Sigla	Edad	Sexo	Estado civil	Religión	Profesión	Años de experiencia	Enfermera con Especialidad
1	E1	47	F	Casada	Católica	Enfermera	16	SÍ
2	E2	46	F	Casada	Adventista	Enfermera	5	NO
3	E3	35	F	Casada	Católica	Enfermera	5	NO
4	E4	38	F	Casada	Católica	Enfermera	7	NO
5	E5	40	F	Casada	Católica	Enfermera	15	SÍ
6	E6	43	F	Casada	Católica	Enfermera	16	SÍ
7	E7	28	F	Casada	Católica	Enfermera	7	SÍ
8	E8	28	F	Soltera	Católica	Enfermera	7	SÍ
9	E9	38	F	Soltera	Católica	Enfermera	16	SÍ
10	E10	46	F	Casada	Católica	Enfermera	16	NO
11	E11	35	F	Casada	Católica	Enfermera	5	NO
12	E12	42	F	Casada	Católica	Enfermera	7	SÍ
13	E13	35	F	Soltera	Católica	Enfermera	7	NO
14	E14	50	F	Casada	Católica	Enfermera	16	NO
15	E15	52	F	Soltera	Católica	Enfermera	16	SÍ

Fuente: Guía de entrevista profundidad. Elaborada por Arpasi, Orfelina. Aplicada al Adulto mayor dependiente en el Hospital II C.G. San Isidro Labrador, 2015.

3.4 Escenario de estudio

El escenario de estudio fue el Servicio de Enfermería del Hospital II Clínica Geriátrica San Isidro Labrador (HIICGSIL) de la Red Asistencial Almenara (RAA) de ESSALUD, tal como se muestra en la siguiente figura, se encuentra ubicado en el Km 3 de la Av. Nicolás Ayllon del distrito de Santa Anita de la provincia y departamento de Lima, tal como se observa en la siguiente figura:



El Hospital inicia sus actividades como tal en diciembre de 1999, con 50 camas hospitalarias siendo una clínica únicamente para pacientes adultos mayores hospitalizado referidos de los hospitales nacionales Edgardo Rebagliati Martins y Guillermo Almenara Irigoyen, clínica que pertenecía a la Gerencia Departamental Lima de EsSalud. En el año 2009, fue reinaugurado y se entrega a la población una nueva infraestructura ampliándose la oferta a 180 camas hospitalarias de Geriátrica y 8 camas de UCI, creando nuevas expectativas para la población adulta mayor y su familia.

Actualmente el Hospital IIE CGSIL, es un hospital que atiende el 80% de adultos mayores enfermos, los que son derivados prioritariamente de los diferentes servicios del Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen, especialmente del servicio de emergencia llegando hasta un 70%, por lo tanto, son adultos mayores en estado crítico, frágiles y dependientes. Por sus características de agudeza todos los adultos mayores enfermos llegan al servicio de emergencia del Hospital San Isidro Labrador y luego son transferidos a los diferentes pisos de hospitalización geriatría en caso de estar estables y si fuera el caso de ser presentar un problema agudo son derivados al servicio de cuidados intensivos para que reciba el cuidado que corresponde a un área crítica.

La dinámica del cuidado de enfermería está organizada en diferentes unidades con un personal exclusivo para cada área, que a continuación se describe:

El adulto mayor enfermo es recibido por el médico y enfermera y es valorado por el equipo interdisciplinario e incluye la valoración de la enfermera, luego el paciente pasa a observación donde recibe los primeros cuidados del equipo profesional y no profesional tanto médicos como enfermeras, después de aproximadamente dos horas o antes de las 24 horas pasa a hospitalización geriatría y si se encuentra en estado crítico para a la unidad de cuidados intensivos con el objetivo de recibir los cuidados de acuerdo a su necesidad. El trabajo de la enfermera consiste en hacer la valoración de enfermería utilizando el modelo de valoración de enfermería por patrones funcionales, se inicia los primeros cuidados de enfermería de acuerdo a los diagnósticos de enfermería priorizados hasta estabilizarlos, si su estado es crítico pasa a la unidad de cuidados críticos, en caso de lograr

la estabilización se hospitaliza en Geriatria del 2do, 3er o 4to piso. Además contamos con unidades de apoyo al cuidado del adulto mayor: Central de esterilización, programa familiar acompañante, hospital de día geriátrico, programas de atención primaria (control de tuberculosis, inmunizaciones, reforma de vida, VIH-SIDA), Servicio de medicina física y rehabilitación, Departamento de ayuda al diagnóstico y tratamiento, entre otros.

Los pilares en el cuidado al adulto mayor en el hospital son: trabajo en equipo, valoración geriátrica integral y la continuidad de los cuidados que se da desde que ingresa el adulto mayor enfermo hasta que se vaya de alta.

3.5 Procedimiento de Recolección de datos cualitativos:

3.5.1 Técnica de recolección de datos:

La recolección de datos fue a través de la entrevista abierta a profundidad, con la pregunta: ¿puedes contarme tus vivencias en relación al cuidado al adulto mayor dependiente hospitalizado?

La recolección de datos se realizó a través de diferentes métodos o fuentes de datos para controlar la tendencia del observador y los relatos de los informantes. Se realizó entrevistas abiertas a profundidad, en las que se recogieron datos sobre los aspectos pertinentes del estudio. Las primeras entrevistas fueron entrevistas piloto, las que sirvieron para reorientar sobre el tema, ya que se combinó las notas de campo, las entrevistas, la transcripción y análisis de las mismas, con objeto de reconducir la investigación si los datos recabados así lo orientan (84).

Se acondicionó un lugar para la recolección de datos garantizando la privacidad para la obtención de los datos. Para delimitar la muestra se hizo de forma aleatoria y también utilizando la técnica definida como "saturación", que se refiere a que la indagación culmina cuando las entrevistas empiecen a repetirse en su contenido (93).

La saturación es el fenómeno por el cual después de un cierto número de entrevistas el investigador tiene la impresión de no aprender nada nuevo, al menos en lo que concierne al objeto de estudio. Tal como se presenta en la siguiente entrevista, pues es una respuesta dada por la última entrevistada similar a entrevistas anteriores:

[...] para mí el cuidado de enfermería se ve descrito en base a la experiencia de más de 15 años que tuve durante mi trabajo con los adultos mayores en el Hospital, el cuidado de enfermería al adulto mayor es un acto de amor, paciencia y compasión, ellos son importantes para mí porque sé que un día seré como ellos ... (E15).

Entrevista a profundidad: Es una técnica mediante la cual se sugiere a la persona de la cual se requiere información un tema sobre el que es estimulado para que exprese todos sus pensamientos de forma libre, conversacional y poco formal, sin tener en cuenta lo correcto del material recogido. Esta entrevista se produce en un ambiente informal, el entrevistador y el entrevistado suelen estar al mismo nivel. Las personas entrevistadas responden en forma amplia y en sus propios términos la cuestión general que ha sido formulada (91). Historias de vida de las enfermeras que han vivenciado el hecho de ser cuidadores de los adultos mayores dependientes hospitalizados, fue el relato libre

esporádico de los hechos y eventos que hacen parte de su vida y que están relacionados con el tema de estudio.

Las vivencias narradas por la enfermera se realizaron en el periodo comprendido entre enero y julio del 2015, en el momento de su realización se explicó a los enfermeros cuidadores de los adultos mayores, la finalidad del trabajo, se aseguró la confidencialidad de la información y se les entregó un consentimiento informado donde después de analizarlo procedieron a firmar el consentimiento informado. Las entrevistas se grabaron y posteriormente fueron transcritos para el análisis.

3.5.2 Instrumento de Recolección de Datos

Preparación del itinerario de la entrevista fue teniendo en cuenta las observaciones, las instrucciones fueron claras y precisas, se estableció el contacto inicial donde se explicó la finalidad de la investigación en forma clara, y la formulación de las preguntas fue de la siguiente forma: Preguntas realizadas en forma directa cuando el entrevistado estuvo listo para dar la información, fueron hechas de tal forma que no provocaron reacción negativa, se formuló una sola pregunta y las sucesivas solo fueron para guiar la entrevista. Por ejemplo: *Muy buenos días, ¿puedes contarme a corazón abierto sobre tus experiencias en relación al cuidado de enfermería al adulto mayor dependiente?*. El registro de las respuestas: La entrevista fue filmada con la autorización del entrevistado y luego fueron codificadas. Las conclusiones: Sean por razones de orden éticas o técnicas, la entrevista tuvo un final en un clima de cordialidad. Tratándolo con respeto, agradecimiento, además

de dejar claro que si hubiera necesidad de entrevistas posteriores se volverá a solicitarlo. Si el entrevistado mantiene el interés en seguir conversando en otro momento.

3.6 Procesamiento de los datos:

Una vez recolectada la información se inicia el proceso de organización y categorización en concordancia con los objetivos propuestos en el trabajo de investigación. Después de transcribir los datos, se organizó la información recolectada en tres grandes categorías y se hizo el respectivo análisis.

El análisis de las descripciones se realizaron en forma simultánea al recojo de información, cada entrevista se procesó de acuerdo a la trayectoria metodológica seleccionada. (81,84).

Las categorías que se utilizaron para el análisis de los datos fue según Bertaux (87): Segmentación del texto: descontextualización, Identificación de unidades de significación o núcleos de sentido, codificación de los segmentos, categorización, análisis de datos según el método: temático, de contenido.

3.7 Consideraciones éticas y de rigor científico

Consideraciones éticas

La ética del cuidar de Torralba (66) representa el cultivo de las virtudes, pues el cuidar es un ejercicio que requiere unos hábitos y unos caracteres de orden moral. Para cuidar a un ser humano vulnerable no basta con los principios morales de beneficencia,

no-maleficencia, autonomía y justicia, la tetralogía básica de la ética biomédica, sino que se requiere una disposición, una actitud, un temple anímico que debe perdurar en el tiempo. Lo que realmente es básico para el óptimo desarrollo de los cuidados es que el profesional en cuestión desarrolle un abanico de virtudes, tanto en el orden práctico como en el orden teórico.

La investigación cualitativa se basa en ciertos criterios que tienen como finalidad velar por la calidad y objetividad de la investigación. Se tuvieron en cuenta los 3 principios éticos del reporte de Belmont; citado por Polit y Hungler (94). Para el desarrollo del presente trabajo de investigación todas las enfermeras participantes fueron comunicadas y las que fueron entrevistadas aceptaron voluntariamente participar en el presente estudio, respetando los principios éticos, que a continuación se detalla:

Principio de Beneficencia: Los sujetos de la investigación no fueron expuestos a situaciones o experiencias con las cuales pudieran resultar perjudicadas por los secretos revelados durante las grabaciones, los cuales son confidenciales y solo utilizadas para fines de investigación.

Principio de no maleficencia: Considera no hacer el mal o no actuar con intención negativa.

Principio de Respeto o Dignidad Humana: Cada sujeto decidirá en forma voluntaria su participación o no en la investigación, además de estar en facultad de rehusarse en cualquier momento a continuar dicha participación. Adicionalmente recibirán

información completa y clara sobre la investigación a realizar y se culminará con la firma del consentimiento informado.

Principio de Justicia: La información que se recolectó durante el curso de la investigación se mantuvo en estricta confidencia por lo que cualquier información no será reportada en público ni será accesible a otras partes que no sean las involucradas en la investigación.

Rigor científico:

En la investigación realizada por Fernández (95), se consideraron a la credibilidad y auditabilidad como criterios científicos, los cuales también se aplicaron a esta investigación:

Credibilidad: Se siguieron los pasos necesarios para evaluar y mejorar constantemente la confianza en que la información obtenida se apegue a la verdad y cumpla con el objetivo propuesto. Por ello se cuenta con la observación y el chequeo de los informantes, tratando de contrastar la versión de la investigadora de lo que ella ha creído detectar en las opiniones de grupo de personas que tienen conocimiento sobre el sujeto de investigación.

Auditabilidad: Significa que cualquier lector u otro investigador pueden seguir la sucesión de eventos de este estudio en el entendimiento de su lógica. Se utilizarán las grabaciones y quedarán las evidencias del rigor científico en este caso las cintas grabadas de narrativas de la enfermera.

CAPÍTULO IV

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

4.1 Presentación de resultados

El proceso de los resultados consistió en la sistematización de la información que arribó al análisis y discusión de los resultados, se describió inicialmente la dinámica del tratamiento de los datos para caracterizar las categorías temáticas. Se optó por el tipo de categorías temáticas, por considerar una técnica que permite evidenciar las unidades de significado, elementos de significación constitutiva de los mensajes que componen la comunicación y cuya presencia o frecuencia de aparición puede significar alguna cosa para el objetivo analítico seleccionado.

Fue procesado en cinco principales etapas, así presentado apenas para efecto didáctico porque algunas de ellas, en la práctica, ocurrieron simultáneamente: reproducción escrita de las grabaciones de las entrevistas, envolviendo la digitación de todo el contenido de las cintas magnéticas; lectura minuciosa de todo el material transcrito; lectura de los relatos de cada enfermera sobre los temas trabajados de todo el material para sentir lo que había de semejante, o no, en sus narrativas; se destacaron las ideas centrales dadas por las entrevistadas, relativas a cada cuestión, siendo identificadas a través de códigos que las representaban.

Es importante registrar que para agrupar las categorías, utilizamos una técnica de subrayado colorido computacional, que garantizó la credibilidad a la separación de los

relatos, y al mismo tiempo facilitó la identificación de las ideas centrales. Esto equivale decir que se construyó un mapeo de las ideas significativas constantes en los relatos, identificadas por colores diferentes, lo que nos permitió la clasificación de las características comunes. Al final de este primer procedimiento, se tuvo 285 citas que ayudaron a construir las unidades temáticas que permitieron luego construir las unidades de significado, el cual consistió en el reporte de las informaciones que componían las categorías elaboradas a partir del referencial teórico y de la investigación empírica.

De todo ese proceso de clasificación, emergieron 04 categorías temáticas, las que se presentan a continuación:

Categoría 1: Iniciando el cuidado al AMD con vocación.

Categoría 2: Vivenciando el cuidado de enfermería al AMD.

Categoría 3: Comprendiendo los sentimientos y emociones de la enfermera.

Categoría 4: Trascendiendo en el cuidado al AMD.

En concordancia con la modalidad de life story, no hubo necesidad de comprobar los datos narrados, pues es importante con este método considerar la visión de mundo y la experiencia narrada tal cual fue vivenciada por el sujeto, llevando la investigación a enfocar los puntos de divergencia o convergencia de los seres humanos, respetando la individualidad y la especificidad del actor social, así como su veracidad conforme es relatada e interpretada por la propia participante.

Las categorías presentadas surgieron de las propias vivencias de las enfermeras. Fueron construidas a partir de los datos recogidos en las entrevistas, no antes de ellas. Se configuraron las temáticas encontradas y respetó la veracidad de las historias de vida narradas.

El método permitió que los sujetos de estudio realizasen una reflexión crítica sobre sus vidas relacionadas con el cuidado al adulto mayor y con el cuidado de ellas mismas. En el momento en que relataban sus historias en un orden más o menos cronológico, revivían, con mucha tristeza en algunos casos y felicidad a la vez, episodios históricos, secuencia de hechos y transmisiones de acontecimientos que caracterizaron el cuidado al adulto mayor y la satisfacción al brindar el cuidado a pesar de las situaciones adversas encontradas al brindar el cuidado al adulto mayor dependiente; afrontando problemas biopsicosociales en el cuidado, conceptualizando el cuidar al otro, aprendiendo a cuidar de sí mientras brinda el cuidado y logrando la meta de ser cuidador profesional, confirmando lo que refiere Minayo (87), la historia de vida permite al informante retomar su vivencia en forma retrospectiva, con una exhaustiva interpretación. En ella generalmente acontece la liberación de un pensamiento crítico reprimido y muchas veces nos llega en tono de confidencia. Es un mirar cuidadoso sobre la propia vivencia en relación a determinado hecho.

Se encontraron testimonios donde expresaban situaciones tristes como situaciones alegres de satisfacción al brindar el cuidado. Los testimonios fueron analizados respetándose la individualidad y la especificidad de cada enfermera participante, por eso

sus discursos fueron agrupados en categorías, de acuerdo con los temas que emergieron de los discursos de ellos. Es solo a partir del significado atribuido por cada participante a su historia de vida que el investigador puede determinar la orientación teórica del estudio.

Ingreso de categorías

A partir de la lectura del marco teórico y los aportes de Francois Torralba, Jean Watson y Simonne Roach se identificaron las categorías en relación al cuidado que brinda la enfermera al adulto mayor dependiente, como las categorías pre-definidas para la primera codificación. Los mismos se reorganizaron en dos grupos, que en el análisis llamaremos dos familias de categorías que involucran según el referencial teórico.

La primera categoría fue iniciando el cuidado al adulto mayor dependiente, donde se habla de la preparación de la enfermera a priori y los cuidados iniciales de la enfermera al adulto mayor dependiente.

La segunda categoría refleja las vivencias de la enfermera al brindar el cuidado humano al adulto mayor dependiente, esto es la concepción del cuidado, la experiencia de la enfermera al vivenciar las características del cuidado humano, las vivencias de la interacción enfermera ser cuidado llamado manifestaciones del cuidar y las vivencias en el cotidiano al brindar el cuidado al adulto mayor dependiente hospitalizado.

La tercera categoría, va dirigida a comprender los sentimientos y emociones de la enfermera al brindar el cuidado humano al adulto mayor dependiente y la última categoría se trata de la forma de trascender de la enfermera al brindar el cuidado.

Esta división permite identificar algunas de las características de las narrativas de los testimonios en lo que respecta al cuidado del adulto mayor dependiente hospitalizado, como por ejemplo comprender el origen de la actitud de respeto que tiene al ser cuidado, esto es el adulto mayor dependiente hospitalizado, fue determinado por un aprendizaje como parte de la formación profesional o es una cualidad enriquecedora de la personalidad de la enfermera que pone en práctica como un aspecto adicional a su ejercicio profesional. Este primer paso en la identificación de las categorías, naturalmente, no descarta posteriormente la creación de categorías nuevas o emergentes del análisis.

Saturación de citas:

La saturación de las citas se encuentra en el siguiente gráfico, de las cuáles vemos en el siguiente gráfico la saturación respectiva de sus aportes. Esto significa que los entrevistados unos brindaron más aportes a la temática investigada que otros:

La saturación de las citas que se presenta en la tabla 2, teniendo en cuenta el aporte de cada una de las entrevistadas. El aporte mayor fue dado por las enfermeras especialistas en geriatría y gerontología, se observa, en orden secuencial la saturación respectiva de sus aportes. Teniendo en cuenta los aportes de las entrevistadas unos brindan más aportes a la temática investigada que otros.

Tabla 2. Saturación de citas de enfermeras entrevistadas de HIICGSIL

Nº	Características	Saturación de citas
E1	Enfermera especialista en Geriatria y Gerontología	45
E2	Enfermera especialista en Geriatria y Gerontología	44
E8	Enfermera especialista en Geriatria y Gerontología	26
E7	Enfermera especialista en Geriatria y Gerontología	24
E4	Enfermera sin especialidad en G y G	22
E10	Enfermera sin especialidad en G y G	19
E12	Enfermera especialista en Geriatria y Gerontología	18
E3	Enfermera sin especialidad en G y G	16
E5	Enfermera especialista en Geriatria y Gerontología	13
E6	Enfermera especialista en Geriatria y Gerontología	13
E13	Enfermera sin especialidad en G y G	13
E11	Enfermera especialista en Geriatria y Gerontología	9
E9	Enfermera sin especialidad en G y G	9
E14	Enfermera sin especialidad en G y G	7
E15	Enfermera sin especialidad en G y G	2
	TOTAL	280

Fuente: Entrevista a profundidad. Aplicada a las Enfermeras que Cuidan al Adulto Mayor Dependiente Hospitalizado en el Hospital II C.G. San Isidro Labrador, 2015.

Las entrevistadas 1 y 2, tiene mayores aportes, se asume porque fueron las primeras entrevistas procesadas. Además, fueron las entrevistadas que tuvieron mayor facilidad de responder a la pregunta realizada con más ejemplos. La entrevistada se trata de una persona que tiene mayor cantidad de experiencias que le permite contar con esa aptitud. Las historias de las entrevistadas brindaron propuestas de mejora de cuidado al adulto mayor, la primera entrevistada refirió:

[...] estos trabajos de investigación cualitativa nos ayudan a las enfermeras a evaluar la percepción de las enfermeras en relación al cuidado que brindan y que nos da el estudio cuantitativo que son datos fríos, estos tipos de investigación nos hace crecer (E1).

Las cuatro primeras enfermeras entrevistadas (E1, E2, E3 y E4), dieron mayores aportes teóricos y metodológicos, los que sirvieron para el crecimiento profesional; las cuatro primeras enfermeras son especialistas. Del total de las entrevistadas el 55% fueron enfermeras especialistas y el 45% de las enfermeras fueron enfermeras generales. Cada aporte de las entrevistadas, sean especialistas o no según las categorías fueron considerados para el desarrollo de la presente investigación.

Fundamentado de categorías:

En esta parte se expone como se van saturando las categorías a partir del emparejamiento de las citas seleccionadas en el programa con una o varias de las categorías ingresadas previamente:

Categoría 1: Iniciando el cuidado al AMD con vocación.

Categoría 2: Vivenciando el cuidado de enfermería al AMD.

Subcategoría 2.1 Vivenciando las concepciones del cuidado al AMD.

Sub categoría 2.2 Vivenciando las características del cuidado al AMD.

Subcategoría 2.3 Vivenciando las manifestaciones o rasgos del cuidado al AMD..

Subcategoría 2.4: Vivenciando el cotidiano del cuidado de enfermería al AMD.

Categoría 3: Comprendiendo los sentimientos y emociones de la enfermera.

Categoría 4: Trascendiendo en el cuidado de enfermería al AMD.

Las categorías que organizan los testimonios son de utilidad para el investigador al momento de construir la propuesta o modelo explicativo de las “vivencias de la enfermera en relación al cuidado que brinda la enfermera al adulto mayor dependiente hospitalizado.

Estas categorías aún se pueden desagregar en sub-temas o sub-categorías. Este ejercicio corresponde al investigador, a partir de la lectura de las citas que se han asociado a cada categoría, delimitando, separando y filtrando cuáles son las citas más representativas que es el patrón por declaración así como qué categorías de las más mencionadas se asocia al patrón por frecuencia.

Reporte de citas-categorías:

El siguiente paso fue validar la codificación, haciendo una rápida revisión de este documento que contiene citas y verificado efectivamente la asociación de las citas corresponde a las categorías. En el proceso se pueden hacer ajustes, modificaciones, ingreso de nuevas categorías o incluso integrar algunos, que desde su contenido pueden redundar.

4.2 Análisis y discusión de resultados

La construcción de este trabajo fue una experiencia nueva, que permite comprender la investigación cualitativa, además, haciendo un esfuerzo intelectual permite la comprensión y reflexión que a su vez permite identificar las coincidencias e intersecciones de la información emergiendo aportes teóricos referenciales. Las categorías identificadas resultantes de las vivencias de la enfermera en relación al cuidado humano al adulto mayor dependiente son cuatro, las que se describen a continuación:

4.2.1 Categoría 1: Iniciando el cuidado al AMD con vocación

El cuidado de parte de la enfermera al adulto mayor dependiente hospitalizado va de la mano con el proceso del envejecer, cabe recalcar que envejecer es vivir, se envejece desde el mismo momento de nacer y la vida es un continuo vivir y morir. Es raro morir por ser viejo, de hecho durante la vida se van acumulando agresiones externas que causan enfermedades y al final de la vida se muere de una de ellas (34). El cuidado al adulto mayor se inicia cuando estos llegan al hospital y entran en contacto con el equipo de salud

especialmente con la enfermera, quienes se encuentran postrados por diferentes enfermedades y/o problemas también llamados síndromes geriátricos, adultos mayores enfermos ingresados al hospital por emergencias o consulta externa, enfermedad en proceso agudo, crónico o en fase terminal de la enfermedad, adultos mayores que necesitan atención especializada por su condición y la satisfacción de sus necesidades básicas. El adulto mayor es un ser que necesita de cuidado, por lo tanto es necesario identificar quién es el adulto mayor y los cuidados que él requiere, tal como detallan las entrevistas:

[...] el adulto mayor es un ser muy especial, es un ser biológico, psicológico, social y espiritual... es una experiencia muy especial, que no lo había tenido con otros pacientes (E6).

[...] el cuidado del adulto mayor es una experiencia muy especial, que hay que conocer en relación con los síndromes geriátricos y las enfermedades del adulto mayor, conocer todo su ser, en las áreas biológica, psicológica, social, espiritual y funcional ... (E6).

El Ministerio de Salud de Perú (24), identifica al adulto mayor dependiente como aquel que se encuentra postrado, aquel que tiene una pérdida sustancial del estado de reserva fisiológica, asociada a una restricción o ausencia física/funcional que limita o impide el desempeño de las actividades de la vida diaria (96).

[...] los hábitos no saludables que tiene la población actual conllevan a que haya una alta comorbilidad en la población adulta mayor que luego los llevan a la postración, los llevan a ser dependientes de cuidados (E8).

[...] los adultos mayores presentan diferentes síndromes geriátricos y enfermedades; por tanto, es necesario entender y atender durante el proceso del cuidar (E6).

[...] es un paciente vulnerable, frágil y a la vez dependiente (E6)

Ser vulnerable es ser finito, es estar expuesto a la erosión, es estar expuesto a la herida y al ultraje, a la enfermedad, al sufrimiento y a la muerte. Hablar de vulnerabilidad recuerda que se debe vivir con la muerte y que se debe cuidar al otro como un sujeto frágil (66).

[...] el adulto mayor dependiente es quien demanda de mayor cuidado de enfermería, se encuentra rodeado de múltiples problemas, por lo tanto es el ser que se encuentra indefenso, ...aquel que es sinónimo de observación constante, aquel que requiere cuidado continuado, durante las 24 horas del día, requiere cuidados especializados con participación de la familia (E1).

[...] estos pacientes al ser dependientes y vulnerables tienen necesidad de cuidados totales en forma constante desde la comodidad y confort, darles un baño, movilizarlos para prevenir las úlceras por presión como curaciones, alimentación, nebulización, administración de tratamiento, atención de emergencias y otros (E2).

El ser cuidado enfermo y dependiente va acompañado de una pluralidad de patologías, especialmente enfermedades crónicas como son las cardiovasculares, hipertensión, accidente cerebrovascular, diabetes, cáncer, enfermedad pulmonar obstructiva crónica, enfermedades músculo esqueléticas, enfermedades mentales, ceguera y alteraciones visuales. Hay cada vez más pacientes crónicos debido a la forma de enfermar, a los hábitos tóxicos y al envejecimiento de la población (45).

[...] un alto porcentaje de adultos mayores que necesitan del cuidado de la enfermera son pacientes dependientes con enfermedades terminales (E7).

La atención al paciente dependiente va de la mano con enfermedades crónicas por sus características permanentes, irreversibles, incapacitantes y prevenibles, requieren un contacto prolongado y regular con el sistema de salud que garantice una atención proactiva, apropiada y segura, que potencie la continuidad asistencial a través de la coordinación estructurada de la atención sanitaria existente, de recursos sociales y de la comunidad (46).

[...] ellos, a veces, no pueden expresar su dolencia, no pueden reclamar, no pueden hablar, él es un ser que vale mucho es un ser holístico o integral y su valor es hasta cuando él descienda al polvo como Dios lo ha determinado, él es un ser valioso (E2).

[...] el cuidado de enfermería al adulto mayor es una experiencia muy agradable, porque aprendemos de nuestro paciente, por su edad, experiencia, patología que presenta y debemos atender en primer lugar su proceso agudo o la emergencia sobre todo porque nosotros a veces nos sentimos como ellos (E1).

Al iniciar el cuidado es necesario tener en cuenta al adulto mayor dependiente con sus características, en concordancia Torralba (66) afirma que la preocupación por el otro vulnerable, es decir el AMD constituye la fuerza motriz del cuidar, cuidar de alguien no solo es ocuparse de él, ahora y aquí, sino, anticipar esta ocupación, pensar en él, prever sus insuficiencias, en definitiva, ocuparse con antelación. La enfermera debe entender que se encuentra frente a un adulto mayor que se encuentra al final de la vida con sus limitaciones, entendiendo que es un proceso universal, continuo, irreversible, dinámico,

progresivo, declinante, individual, e inevitable que se asocia al paso del tiempo, tornando al individuo más vulnerable al medio, desde luego merma su capacidad de adaptación del ser humano, consecuentemente, es importante brindar un cuidado de calidad (23).

[...] como enfermeras vemos más allá de la parte física o su patología o dolencia que pueda presentar el adulto mayor...vemos al adulto mayor como un ser mental, afectivo, con múltiples enfermedades pues él presenta, además de su dolencia física, un sufrimiento espiritual (E1).

La entrevistada refiere que las enfermeras ven más allá del aspecto físico del ser humano, porque ve el ser humano como un ser holístico conformado por sus aspectos físico, social, espiritual y mental, además refiere que el ser humano es visto por la enfermera más allá de su dolencia o de su enfermedad. Los ritmos de los cambios que se producen en los diversos órganos de un mismo individuo o en otros individuos, no son iguales. Por lo tanto, al iniciar el cuidado la enfermera debe estar preparada, con conocimientos previos, antes de entrar en contacto con ellos.

La enfermera en su decisión de brindar el cuidado al adulto mayor dependiente identifica situaciones que la llevaron a tomar la decisión de brindar cuidado al adulto mayor dependiente. La primera es cuando tomó la decisión de brindar cuidado al adulto mayor dependiente que puede ser en su hogar o cuando estudiaba o hacía prácticas hospitalarias, el segundo es cuando la enfermera se encuentra frente al sujeto necesitado de cuidado por primera vez, cuando el adulto mayor ingresa al hospital y por último es el contacto que tiene la enfermera cada vez que inicia un nuevo contacto con el adulto mayor

dependiente, al ingresar a su turno, vivencias que son expresadas en los siguientes testimonios:

En primer término, es necesario identificar las vivencias de la enfermera que la llevó a decidir por el cuidado al adulto mayor dependiente, momento cuando decide escoger la especialidad en el vasto campo de la profesión.

[...] yo siendo niña adopté la función de nana o de enfermera de mi abuelo y él tenía varias operaciones, le daba sus medicamento, estaba pendiente de su tratamiento poco a poco fui desarrollando mi vocación e interés por atender a las personas (E5).

[...] una enfermera fue la que cuidó a mi abuelita, de ahí nació la vocación porque vi cómo ella se entregaba de lleno a las personas que cuidaba (E13).

[...] a medida que fui avanzando, durante la práctica de cuidado, aun cuando estudiaba enfermería me fui dando cuenta de la importancia del trato humano a la persona adulta mayor (E10).

Al iniciar el cuidado las enfermeras experimentan diferentes oportunidades de brindar cuidado y lo desarrollan según sus competencias, pues ellas están capacitadas para realizar acciones de cuidado a favor del adulto mayor, especialmente al adulto mayor dependiente.

Otra situación que experimenta la enfermera para el cuidado al adulto mayor es cuando este ingresa al hospital, con sus características, con sus problemas propios de adulto mayor, entonces la enfermera entra en contacto con él para brindar los cuidados que requiere y satisfacer sus necesidades básicas.

[...] cuando el paciente ingresa hago la valoración e identifico problemas en el paciente y su familia, para satisfacer sus necesidades... realizo los diagnósticos de enfermería y planifico las actividades a realizar durante la hospitalización de la persona enferma, la meta que uno se propone cuando le presentan al paciente, los evalúo, los valoro, hago todo por ello, trato de alcanzar la meta, teniendo en cuenta el cuidado integral (E13).

Las enfermeras cumplen un lugar importante al iniciar el cuidado del AMD en forma conjunta con el médico y como parte del equipo de salud, pues el abordaje del sujeto enfermo dependiente requiere un abordaje en equipo interdisciplinario, formado por diferentes profesionales de los servicios sanitarios y sociales implicados en la atención de los adultos mayores, que garanticen la continuidad en los cuidados con la máxima participación del ser cuidado y de su entorno (46).

[...] es la primera etapa del cuidado que brindamos a los pacientes e identificamos sus necesidades, trato de ver todas las esferas del paciente, en los aspectos bio-psico socio espiritual (E13).

[...] realizamos la valoración geriátrica integral (VGI) allí aplicamos todas las escalas de valoración geriátrica para evaluar el estado funcional, biológico, mental, social, nutricional y espiritual; como enfermeras que somos iniciamos el proceso de atención de enfermería (PAE)... valoramos a nuestros pacientes utilizando el modelo de valoración por patrones funcionales (E2).

[...] es la etapa donde se va organizar el cuidado, la forma de tratar y que el trabajo sea de acuerdo a estándares de calidad y estandarizando procesos con el objetivo de brindar el cuidado de calidad con trato humano (E10).

[...] tenemos que ver las razones por las que ingresó el paciente al centro hospitalario, identificamos problemas agudos,... puede ser por un problema respiratorio, cardiológico, u otro problema que va directamente relacionado con la valoración de enfermería que ayuda a identificar todos los problemas que tiene el paciente. Seguidamente, realizamos los diagnósticos de enfermería y el plan de cuidados para solucionar los problemas identificados (E12).

[...] el proceso de atención de enfermería es una herramienta del cuidado de parte de la enfermera dirigido a solucionar los problemas del adulto mayor que ingresa al hospital pues es un ser valioso y hay que tratarlo como tal (E1).

[...] al recibir a los pacientes y su familia se identifica sus necesidades y me dirijo a ellos saludándoles “hola cómo estás”, informo “hola te voy a controlar tus funciones” y te voy a evaluar (E5).

Todas las entrevistadas refieren que el segundo momento de iniciar el cuidado al ser humano es cuando ingresa al hospital y entra en contacto con la enfermera donde es necesario identificar sus problemas e iniciar un plan de cuidados y plan de capacitación tanto a la persona necesitada de cuidado y su familia. Por otro lado, es necesario impulsar la educación sanitaria del paciente y de su cuidador, así como incorporar nuevas tecnologías para garantizar el cuidado, asegurando nuevos resultados y calidad de vida (46).

[...] le orientamos al familiar que contamos con un programa de familiar acompañante,... donde los capacitarán para el cuidado de sus pacientes en su domicilio, bueno, desde que ingresan identifico a la familia y allí inicia la preparación de la familia; además, me doy a conocer donde le doy énfasis a que manifiesten inquietud o alguna cosa que quieran solicitarnos estamos para atenderlo (E6).

Por último, la enfermera experimenta el cuidado en el día a día, en su actuar diario y se encuentra preparado para brindar los cuidados al adulto mayor dependiente. La enfermera tal como refieren las entrevistadas vienen preparadas desde su hogar para encontrarse con el adulto mayor, especialmente el dependiente. Es cuando la enfermera entra en contacto al inicio de su turno, al cumplir con su programación para el cuidado del adulto mayor.

[...] al iniciar nuestras actividades oramos para que todo nos vaya bien durante el día, esta acción es liderada por la jefa del servicio, eso me agrada. Cuando yo recién inicié mi trabajo con los adultos mayores era muy pesada pues era nueva, pues es difícil pero con el paso del tiempo se vuelve experta y más aún cuando hice mi especialidad y con el conocimiento adquirido adquirí mayor destreza mayor práctica para brindar un mejor cuidado pues hay mucho por hacer por el paciente adulto mayor (E2).

Las enfermeras brindan cuidado especial e integral al adulto mayor dependiente desde que llega al hospital hasta que vuelve a su domicilio pues refieren que la enfermera debe trascender en el cuidado, especialmente al adulto mayor dependiente. Para ello, es necesario identificar los momentos en que la enfermera inicia su vocación de cuidado al adulto mayor dependiente siendo un grupo vulnerable. Refieren que son tres los momentos, el primero cuando ven u observan a otros brindar cuidado previo a la toma de decisión de estudiar enfermería, de mientras son niños, adolescentes o jóvenes, el segundo momento es cuando están en proceso de formación y deciden brindar cuidado al adulto mayor, el otro momento es cuando la enfermera recibe su servicio a un adulto mayor y por último, es cuando la enfermera se encuentra con los adultos mayores al ingresar a su

turno y es allí donde confirma su decisión de cuidado al adulto mayor especialmente el dependiente. Cada momento es importante y trascendente para la enfermera pues allí es donde ella confirma su decisión de cuidado al adulto mayor dependiente.

4.2.2 Categoría 2: Vivenciando el cuidado de enfermería al AMD

Subcategoría 2.1: Vivenciando las concepciones del cuidado al AMD

Las enfermeras que brindan cuidado al Adulto Mayor Dependiente (AMD) conceptúan al cuidado como algo diferente, refieren que el cuidado es para una persona especial, a continuación se describe las vivencias.

[...] el cuidado al adulto mayor es especial (E14).

[...] es una experiencia muy agradable, es un acto de amor, es dar todo de mí, es velar por el otro (E1).

[...] cuidado de enfermería es dar amor, es dar un trato humano sin discriminación, equitativo para todo tipo de paciente (E1).

Cuidar significa, atender, velar, mimar, esmerarse. El verbo cuidar, específicamente, asume la connotación de causar inquietud, entregar la atención (38). Las entrevistadas refieren que el cuidado al adulto mayor dependiente es especial, es una experiencia agradable, pues la teoría dice que el cuidar connota causar inquietud y las enfermeras narran sus vivencias de atención demostrando sensibilidad.

Para comprender mejor cuidado, se presentan las resonancias del cuidado de Boff (67) que son amor, ternura, caricia, cordialidad, convivialidad, compasión; resonancias

que al estar presente en el modo de ser del profesional de enfermería, le permiten sensibilizar su cuidado. La primera de ellas es el amor como fenómeno biológico. El amor es el portavoz de la unión y la solidaridad. El amor toma la forma de proyecto de libertad que acoge conscientemente al otro convirtiéndose en el más alto valor de la vida. El amor, por tanto, en el hombre, es el sentimiento de afecto y de pertenencia a un mismo destino y a un mismo camino histórico. En la convivencia entre enfermera, ser cuidado y familia genera acogida, respeto y corporalidad. El amor está presente al brindar el cuidado enfermero hacia el adulto mayor enfermo y familia (67).

[...] cuidar es dar mucho de nosotros y es entender a la persona que depende de nosotros, darle un saludo amable, a esa persona que está en una cama esperando que tú le des el cuidado, le hables, le saludes con mucho cariño y eso te hace sentir bien (E14).

Las entrevistadas refieren que cuidar al ser humano es especial, es agradable; especialmente es un acto de amor. Paralelamente, Baez-Hernandez (97) refiere que el cuidar es una actividad humana que se define como una relación y un proceso cuyo objetivo va más allá de la enfermedad.

[...] el cuidado de enfermería es humanizado porque los que brindamos el cuidado somos seres humanos, y el que necesita el cuidado es un ser humano que no se puede defender, el cuidado humano es un valor es un derecho ontológico que tiene el ser humano a pesar de estar postrado (E2).

Las entrevistadas refieren que la principal característica del cuidado de enfermería al adulto mayor dependiente es el amor.

[...] el cuidado de enfermería para mí, se puede representar con el amor. El cuidado de enfermería es sinónimo de amor (E2).

Cuidar es retribución y sentimientos gratificantes, los sentimientos positivos expresados por el cuidador son amor, motivación, gusto, satisfacción y orgullo. Esta es una real necesidad, poco manifestada de tenerlos, disfrutarlos y recibir los beneficios en sentido de pertenencia (98).

[...] el cuidado humanizado es el amor que la enfermera da, el amor que la enfermera brinda al paciente y que va englobar todas las esferas del paciente, él debe recuperar sus funciones, se debe brindar el cuidado con calidad, que significa todo lo que se puede hacer en beneficio del paciente y familia durante todo el proceso de hospitalización (E13).

Watson (36) señala que el profesional de Enfermería debe entender al ser humano como el sujeto de cuidado, al cual debe considerarse sus sentimientos, afectos, emociones, humanismo, para que junto a los conocimientos que posee, logre el bienestar y la excelencia en su compromiso con el ser social. La relación transpersonal busca proteger, realzar y conservar la dignidad de la persona, la humanidad, la integridad y la armonía interior tanto del que recibe el cuidado como del que cuida y que pueden ser influenciadas por el momento de cuidado a través de las elecciones y acciones decididas en la relación; con la influencia que de ellas recibe, las vuelve parte de su propia historia de la vida (76).

[...] como dijo la Madre Teresa de Calcuta en una ocasión cuando bañaba un leproso, cuando una dama muy sofisticada le dijo yo no bañaría a una persona con lepra ni por mil dólares y la Madre Teresa le contestó: no hace falta mil dólares para bañar a un leproso. Yo digo que el cuidado de enfermería es una acto de amor

dado como Jesús lo haría, es un acto de amor y no hay otro nombre, porque nuestra carrera es brindar un servicio, sobre todo es darse uno mismo, entregar ese cariño especialmente al adulto mayor (E2).

Asimismo, Caro (70) reitera la dimensión humanizadora y científica del cuidado de enfermería, indica que en los nuevos tiempos es necesario la búsqueda de las esferas culturales que responden a la transcendencia de la naturaleza con el trabajo basado en el amor y que invitan a una constante reflexión en el camino (22). Por otro lado, la teoría de Watson (64) invita a cambiar la actuación frente al otro para volver a las raíces del cuidado, que es delicado y frágil; invita a ser creativos; a tener amor a la profesión y al ser cuidado; a vivir el momento del cuidado transpersonal. A crear una experiencia de aprendizaje comparable con el arte, empleo de nuevas modalidades terapéuticas, hacer visible lo invisible de enfermería. Integrar cuidado y amor. Converger en la ciencia de Enfermería, el arte, la espiritualidad y el cuidado. La situación actual del sistema de salud y la comprensión plena de la propuesta de Watson exige buscar nuevas estrategias.

El cuidar como toda actividad humana debe regularse y medirse con parámetros morales, pues el fin de la acción del cuidar es el bien del otro. Para Torralba (65), la preocupación por el otro vulnerable constituye la fuerza motriz del cuidar. Cuidar a una persona no consiste en cuidar sus órganos, sino cuidar su integridad, cuidarla en su completa totalidad y ello supone un esfuerzo y un cambio de paradigma intelectual y práctico.

[...] el cuidar al adulto mayor es diferente, pues se da a la persona vulnerable, especialmente el que está postrado, sus características en algunos casos son

similares o en otros diferentes, los que te permiten tomar decisiones de acuerdo a su necesidad. Ver que es una persona que vivió toda una vida y ahora verlo en cama, te da otra perspectiva de cuidado (E5).

Continúa Torralba (66) diciendo que el ser humano debe ser cuidado, especialmente, cuando atraviesa una situación vulnerable, pero se le debe cuidar de un modo adecuado, a pesar de sus enfermedades y del sufrimiento que presentan. Cuidar a un ser humano es cuidar de alguien y no de algo y jamás puede reducirse el ser humano a la categoría de cosa, de artefacto técnico o de una realidad natural.

Ampliando, Boff, (67) refiere que el cuidado se constituye en la esencia humana, si no hay cuidado hay descuido, el cuidado como modo de ser esencial es una manera propia de estructurarse y darse a conocer. Por lo tanto, es necesario entender la concepción del cuidado humano plenamente, pues si no, se habla del descuido de parte de la enfermera.

[...] el adulto mayor dependiente no es una cosa, a pesar de no poder expresar su dolencia, no poder reclamar, no poder hablar, es un ser que vale mucho es un ser holístico integral y su valor es hasta cuando él descienda al polvo como Dios lo ha determinado. Él es un ser valioso y entonces hasta el final de la vida hay que darle un cuidado digno (E2).

[...] esa situación marcó mi vida de enfermera, me enseñó a ser humana, a no ser metódica, no ser como robot, debemos recuperar el acercamiento, la afectividad y eso significa ser humana (E3).

En la acción de cuidar a un ser humano se produce el encuentro entre dos universos personales, entre dos mundos libres, entre dos conciencias, entre dos destinos singulares

en la historia. La tarea del cuidar tiene una dimensión global que está plenamente presente en el pensamiento y en la práctica de enfermería (66).

[...] porque ellos también nos dan amor, además, aprendemos de nuestro paciente por su edad, experiencia, patología que presenta sobre todo porque nosotros a veces nos sentimos como ellos (E1).

Al respecto, Díaz (60) añade, que el cuidar está siempre presente en los diversos pasajes de la vida, especialmente en los extremos como son el niño y el adulto mayor.

[...] el cuidado que se brinda es al adulto mayor dependiente pues ellos son muy frágiles por el mismo hecho de ser dependientes, es una persona que necesita de ayuda por debilidades físicas y mentales y se brinda el cuidado a ser humano en las diferentes etapas de la vida pues va de la mano con el proceso del envejecimiento (E15).

Además, Torralba (72) refiere que cuidar de alguien no solo es ocuparse de él, ahora y aquí, sino, anticipar esta ocupación, pensar en él, prever sus insuficiencias, en definitiva, ocuparse con antelación, el cuidado es preocuparse por el otro y de todo lo que le rodea incluyendo su familia.

[...] el cuidado humano debe ser enfermera-paciente-familia, porque muchas veces la visión no era la familia, era paciente-enfermero, por otro lado, el paciente dependiente necesariamente cuando vaya a casa va a ir con la familia, por lo tanto, es indispensable adiestrarlo para el cuidado en el domicilio mientras esté hospitalizado (E12).

[...] les doy un trato familiarizado y quizá pueda ser mi abuelita mi tío o mis padres y hago énfasis en el cuidado... el paciente dependiente el postrado crónico necesita mayor atención de nosotros (E9).

El cuidado menciona Boff (10), es uno de los temas centrales en enfermería, aunque este ha tenido diferentes y numerosos significados, en la disciplina posee como tema común su carácter de interacción con el otro u otra. Ello implica de un lado un modo de ser, mediante el cual la persona sale de sí y se centra en el otro con desvelo y solicitud.

[...] he tenido experiencias muy tristes me acuerdo de una paciente con cáncer de mama y fue abandonada, la atendí con desvelo y entrega porque en mi familia he perdido alguien con cáncer cuando llegué a atenderla fue muy triste (E7).

[...] recuerdo una señora enferma que se encontraba lúcida, ella me hablaba y me pedía que haga todo para que se recupere, era mi primer contacto del turno con ella y le pregunté cómo estás? Me cogió de la mano y me dijo que ya es hora, dijo que tenía temor y en ese momento se aferraba a la vida y me decía “tengo mucho temor”, además refería “haz algo para ayudarme no dejes que muera” (E3).

El cuidado profesional, refiere Roach (79) asume la naturaleza de una respuesta deliberativa hacia aquello que importa, o mejor que es importante en sí mismo y abarca el poder espiritual de la afectividad. Esta respuesta implica donación y autotranscendencia.

Al respecto, refiere Torralba (65) que la preocupación por el otro puede articularse de una doble manera: el cuidado competente y el cuidado personal. El cuidado competente requiere conocimientos de orden anatómico y fisiológico y solo puede dispensar dichos

cuidados la persona competente en un determinado fragmento de la corporeidad humana. El cuidado también es, cuidado personal, en cambio, requiere, además del cuidado competente, el cuidado individual, el trato afectivo, la sensibilidad, la complicidad personal, la confianza, la proximidad de orden ético y esto exige, además de grandes dotes comunicativas y conocimientos psicológico, un determinado talante moral, un ethos profesional. La primera forma de entender el cuidado (el competente), es característica de la medicina tecnificada y especializada, mientras que la segunda forma de comprender los cuidados (el personal) requiere compasión y empatía. En la ética del cuidar el sufrimiento ajeno tiene una prioridad absoluta (72).

Subcategoría 2.2: Vivenciando las características del cuidado al AMD

El cuidar es la esencia de enfermería, y el cuidado es el elemento paradigmático que hace la diferencia entre enfermería y otras disciplinas del área de la salud. Cuidar implica el deseo de dar cuidado y de llevar a cabo acciones de cuidado. Además, cuidar es dedicarse a un fin, a la protección, la mejoría y la preservación de la dignidad del otro; y demanda la incorporación y entrega del profesional hasta el punto de percibir la misma realidad del otro(19).

Para brindar el cuidado es necesario vivenciar las características del cuidado de enfermería al adulto mayor dependiente, postura sustentada por Roach (79), donde dice que cuidar es esencial en el ser humano y que lo verdaderamente humano es cuidar. La capacidad de cuidar está profundamente enraizada en la naturaleza humana y juega un papel muy importante en el desarrollo humano. Determina que el cuidar presenta cinco

características propias que todas comienzan con la letra “C”: compasión, competencia, confianza, conciencia y compromiso.

Características han sido incorporadas por otras autoras, como Watson (64) quien refiere que resulta vital para el desarrollo del pensamiento enfermero pues cuidar es una respuesta deliberada para aquello que importa, involucrando el poder espiritual de la efectividad, donde identifica atributos del cuidar: comprensión, competencia, confianza y compromiso. En referencia, al mismo aspecto Torralba (66,72), presenta los siguientes constructos; compasión, competencia, confianza, confianza y conciencia. Los constructos éticos del cuidar son las virtudes básicas e ineludibles que se requieren para cuidar con excelencia profesional a un ser humano, como enfatiza Torralba estos constructos no son principios, ni puntos de partida, sino hábitos personales y profesionales que se demanda en la tarea de cuidar. Además, la estructuración integral y mutua de estos constructos éticos es fundamental para el excelente desarrollo de la tarea de cuidar.

El cuidado de enfermería es con cariño, consiente y **compasivo**. Diferentes autores han escrito sobre la compasión. Roach (79), lo define como una manera de vivir en relación con todas las criaturas vivientes. La compasión es algo que solo conocemos por la experiencia. El cuidar puede ser profesional pero la compasión ha de ser experimentada. El cuidar puede ser aprendido, pero la compasión surge después de ser herido y mostrar compasión. No mostramos una actitud compasiva por obligación sino por solidaridad.

[...] Cuidado de enfermería es con cariño y compasión... cuando yo estuve hospitalizada tenía mucho dolor y necesitada que alguien me atendiera y no encontré a nadie, ... (E7).

[...] yo me pongo en su lugar, si a mí me hace frío, por ejemplo, también debe hacerle frío a mi paciente. Si está en una mala posición y a mí no me gusta esa posición yo asumo que a mi paciente no le gusta. Entonces trato de ponerme en su lugar, brindar el cuidado de tal forma que se sienta comfortable. Cuando se queja de dolor yo voy inmediatamente a brindarle cuidado (E12).

[...] debo entender cómo se siente el paciente para yo brindarle el cuidado en todos sus ámbitos, ellos necesitan que yo los consienta (E11).

Torralba (72) recogiendo el pensamiento de Thomasma nos dice: La compasión es una virtud moral que no es exclusiva de ninguna religión y de ninguna filosofía moral, aunque está presente en el pensamiento moral de todos los tiempos. La compasión como tal consiste fundamentalmente en percibir como propio el sufrimiento ajeno, es decir, en la capacidad de interiorizar el padecimiento del otro ser humano y vivirlo como si se tratara de una experiencia propia.

[...] debemos ser compasivas todos los días pues los pacientes y familiares nos necesitan y lo demostramos a través de nuestra forma de ser y en nuestros actos, es espontánea, brota solo porque es inherente a nuestro ser (E5).

La compasión es espontánea que se establece por casualidad entre dos seres humanos se evidencia cuando es necesario, especialmente al ayudar al otro mientras se brinda el cuidado.

Las entrevistadas refieren que otro atributo del cuidado de enfermería es la **competencia** profesional, característica básica para brindar el cuidado donde se usa el método científico, a continuación los testimonios:

[...] somos enfermería, muy rica en conocimientos, los cuales están fundamentados en el uso del método científico, pues utilizamos el proceso de atención de enfermería como la principal herramienta de trabajo que demuestra nuestras competencias y de esta forma brindar el cuidado con conocimiento científico (E1).

La competencia define Roach (79), como aquel estado en el que poseemos conocimientos, capacidad de raciocinio, habilidades, energía, experiencia y motivación para responder adecuadamente a las demandas de nuestras responsabilidades profesionales.

[...] he mejorado mi relación con el paciente, el conocimiento fortalece mis competencias y me da seguridad (E10).

[...] entre el área de hospitalización y la UCI los pacientes son diferentes, y las competencias que necesito también son diferentes, debería tenerse en cuenta el conocimiento, la destreza y lo afectivo, muchas veces se deja lo emocional (E10).

Al respecto, Gonzales (69) mencionando a Mayeroff refiere que es necesario el conocimiento para cuidar a alguien, pues se debe conocer del otro muchas cosas, necesito conocer, por ejemplo, quién es el otro, cuáles son sus poderes y limitaciones, cuáles sus necesidades, y lo que conduce a su crecimiento; preciso saber cómo responder a sus necesidades, y cuáles son mis propios poderes y limitaciones.

[...] cuando ingreso a la habitación necesito conocer su nombre y en cada habitación hay una fortaleza pues en cada habitación está escrito el nombre del paciente en la parte superior de la cama del paciente y también figura en mi kardex, además en la muñeca del paciente en un brazalete están los datos principales del paciente y me gusta llamarle por su nombre (E2).

Es necesario poner en relieve que los conocimientos y las competencias deben ir de la mano con la compasión, imprescindible en la relación de cuidar, mientras la competencia sin compasión puede ser brutal e inhumana, compasión sin competencia puede que no sea más que buenas intenciones, no produce daño pero es una intrusión en la vida de una persona necesitada de ayuda (79).

[...] la especialidad de Geriatria y Gerontología cambió mi visión en relación al cuidado al adulto mayor desde ese momento veo más allá de lo que se puede mirar (E12).

[...] te ayuda a ver al adulto mayor desde otra perspectiva que antes no me interesaba. Ves que el cuidado al adulto mayor es integral y te das cuenta que depende integralmente de ti, paciente, familia y la misma sociedad porque cuidar al paciente adulto mayor implica cuidado en todos sus aspectos: biológico, social, económico espiritual y funcional (E7).

[...] nos ayuda a brindar un cuidado especializado. He tenido la oportunidad de participar en diferentes programas dirigidos por la enfermera para fortalecer el cuidado al adulto mayor (E8).

Es necesario fortalecer las competencias como enfermera, de allí la importancia de ser especialista y sustentar competencias necesarias para brindar cuidado al otro que es un ser que necesita de cuidados y brindar cuidados de calidad. La enfermera especialista

presenta una nueva propuesta en su cuidado considera al adulto mayor dependiente como un ser bio-sisco-socio-espiritual y funcional, refieren que el hecho de haber mejorado sus conocimientos también ayuda a mejorar su labor al brindar el cuidado integral considerando al ser humano como un ser integral.

[...] el ser especialista te hace dar lo mejor de ti por tu paciente y sabes que te gusta brindar un cuidado... yo quisiera especializarme más porque me ayuda a entender la sub especialidad y sería más feliz si hubiera mayores capacitaciones me ayudaría tener más tino y antecederme a los hechos [...] ver que la enfermera es la protagonista principal de la mejora de la calidad de vida del adulto mayor me hace sentir bien, me da una sensibilidad inmensa, tu sexto sentido te dice que hay mucho por hacer por los adultos mayores, pues el cuidado de enfermería es un arte (E8).

El arte de cuidar precisa de conocimientos de orden psicológico, anatómico, antropológico e inclusive de tipo cultural y religioso, además de estos conocimientos se requiere un conjunto de factores que convierten este ejercicio en un arte y jamás en una ciencia exacta (31).

Por otro lado, las entrevistadas refieren que el cuidado de enfermería implica también **confianza**. Roach (79), arguye que la confianza es la cualidad que fomenta relaciones confiadas. Es imposible imaginar la consecución de unos objetivos asistenciales sin al mismo tiempo asumir que la relación no se efectúe en unas condiciones de veracidad, mutuo respeto, especialmente de confianza.

[...] Cuidar es confianza, primero en Dios, en mi familia, en mis compañeros de trabajo, en mi paciente y especialmente en mí mismo. Si no tengo confianza en lo que hago no habría cuidado (E2).

[...] brindar cuidado es confianza de parte del paciente hacia el cuidado que brindo (E1).

[...] la confianza es de ambos lados tanto de mi parte hacia el paciente como de parte de él hacia mi cuidado (E3).

Maryeroff citada por Gonzales (69) explica que el cuidado implica confiar en el crecimiento del otro en su propio tiempo y de su propia manera. Confiar en el otro es dejarlo en libertad; esto incluye un elemento de riesgo y un salto a lo desconocido, y ambos exigen coraje.

[...] la paciente ha recibido cuidado personal pues le ayudé a solucionar sus problemas personales. Por ejemplo, su hermana no sabía cómo ir a su casa y tuve la oportunidad de apoyarle y oramos a Dios para que la cuide. Entonces, la paciente y su hermana se sienten aliviadas y se ve en sus rostros, eso es una satisfacción para mí. Cuando vuelvo después de tres días y vuelvo a encontrarlas, me dice “te he extrañado” y me agradece por lo que hice por ella. Por otro lado me dice “Señorita qué bueno que hoy va estar todo el día, voy a estar feliz con usted porque confío en usted”, y eso me hace sentir bien y satisfecha (E2).

Torralba (66), manifiesta que la confianza es recíproca, las dos partes de la relación necesitan sentirse seguras, pero cuando una de las partes es un profesional, entonces el otro necesita experimentar que será respetado. Esto dependerá en gran medida del grado de honestidad del profesional. En la actualidad esta característica presenta ciertas dificultades en su cumplimiento. En la mayoría de las instituciones impera la desconfianza por la manipulación de la información. En una relación de confianza no pueden existir la

coacción, manipulación, ni actitudes paternalistas que anulen la autonomía de las personas.

[...] hay confianza de ambas partes, tanto del paciente como de mi parte. Cuando no hay confianza en lo que hago, habría quejas y reclamos, lo que no he experimentado hasta el momento (E9).

Como resultado de la confianza habrá respeto por el otro, por lo tanto, ambos serán confidentes, Torralba (26) explica que la confidencialidad, es la capacidad de preservar la vida íntima del otro, es decir, su privacidad, su universo interior, de guardar secretos así como de callar para sí los mensajes que el otro vulnerable, le ha comunicado en una situación límite protegiendo al enfermo de la exposición de sí, lo que uno es, de sus intimidades y escondidos que el enfermo ha revelado.

[...] nos corresponde respetar el código de ética, guardamos todos los secretos de nuestros pacientes. Ellos nos cuentan muchas experiencias y tenemos que guardar en secreto si es que así lo desean (E13).

Es preciso también señalar que es importante la esperanza en el cuidado, tal como refiere Gonzales (99) que alude a Mayeroff y sostiene que debe existir esperanza de que el otro crezca a través de mi cuidado. Este no debe ser confundido con la esperanza irrealizable ni con las expectativas infundadas. Tal esperanza es una expresión de plenitud del presente, un presente vivo con una sensación de posibilidades. Al contrario, donde no hay posibilidades de nuevo crecimiento habrá desespero.

[...] el saber que hay una esperanza y reconocer que hay un ser que me ayudará, primeramente Dios, pues Él nunca me abandona, mi compañero de trabajo, mi Jefa,

incluso las mismas personas que cuido ... sé que existe un ser superior que nos va a ayudar y consolar, independientemente de la fe que profesemos (E10).

Watson (36), refiere que tener esperanza es mantener el sistema de creencias profundas y subjetivas del individuo, compatible con su libertad. Este individuo libre, con creencias propias, es un ser para el cuidado. Este factor habla de la importancia de la fe y la esperanza para el cuidado y la sanación, dado que está presente a lo largo de toda nuestra historia y por lo tanto también a lo largo de la narrativa que da cuenta de nuestra convivencia como especie humana, en los que ha habido influencias de lo mágico, las oraciones y los encantos.

[...] observo en ellos que tienen necesidad urgente de aferrarse a algo y ese algo es un ser superior, especialmente los pacientes que están en estado terminal. A veces me siento mal porque no puedo darles ni una biblia y lo que hago es orar con ellos, eso les hace sentir mejor, y quedan con esperanza pues lo último que se pierde es la esperanza (E12).

El cuidado de enfermería es ser **consciente y responsable**. El término de conciencia es un estado de la conciencia moral; una brújula que dirige nuestra conducta de acuerdo con el estado moral de las cosas. Es una instancia fundamental del ser humano, pertenece a su dimensión interior y tiene un valor integrador. La conciencia, entendida como virtud y no como atributo de la interioridad humana, significa reflexión, prudencia, cautela, conocimiento de las cosas (79), el hecho de ser conscientes y responsables nos llevan a tener compromiso con el cuidado al adulto mayor dependiente.

[...] muchas veces hay carencia de sensibilidad en nuestras colegas, a veces entramos en la habitación y nos olvidamos del saludo, de la sonrisa, de la cortesía al entrar en contacto con el paciente, tú entras a la habitación del paciente saludas al paciente y preguntas sus problemas qué es lo que le pasa y a veces nos volvemos rutinarias en nuestro actuar con el paciente, ejemplo: tratamientos, procedimientos que tenga que hacer o cuidados especiales (E1).

Como el cuidar es esencialmente vulnerable, la conciencia es la que permite actuar según la recta conducta: la buena, creativa y compasiva manera de relacionarse. Quizás es la más espiritual de las cinco “C” que propone Roach y la que nos exige una mayor atención. Por su lado, Torralba considera que ser consciente de algo, es asumirlo, es reflexionar en torno a sus consecuencias, es saber lo que se está llevando entre manos, es estar atento a lo que se está haciendo sin olvidar jamás que el otro vulnerable que está bajo el cuidado es un ser humano.

[...] en el hospital hay adultos mayores dependientes. Como tengo sobrecarga laboral, tengo muchos pacientes. Sería muy fácil decir que terminé todo lo que tenía que hacer en el reporte de enfermería y no quedar mal con mi jefa o mis compañeros de trabajo, sin embargo, cómo estaría quedando conmigo misma y con Dios pues él todo lo ve (E2).

[...] siempre termino mi trabajo muchos de mis pacientes, estos son lucidos y al darles su medicina les voy explicando medicina por medicina qué les estoy dando para que ellos conozcan lo que están tomando y convencerlos para que lo tomen, pues de lo contrario, no quieren tomar su medicina. Entonces, solo al culminar mi trabajo a conciencia me siento bien aunque me haya quedado más horas, es más algunos me dicen lenta eso no me importa, lo que importa es terminar mi tarea (E3).

La conciencia y la responsabilidad van de la mano. La responsabilidad se relaciona con el deber. Es un deber moral ser responsable de la propia acción, pero este deber se relaciona directamente con el deber-ser de algo. El ejercicio del cuidar como el deber de la responsabilidad exige continuidad en el tiempo. El ser responsable de otro en el sentido natural del término se traduce en una acción continua e ininterrumpida (66).

[...] cuidar es brindar un trato digno con responsabilidad, es ser respetuosos que yo le pueda dar a ese paciente el llamarle por su nombre, comunicarle todo lo que voy a hacer, realizarle las acciones como me gustaría que me hagan a mí, ellos también deben pedir permiso para lo que vamos a realizar en el paciente para tratarlo mejor, cuidarlo mejor y que tengan las menores consecuencias posible por su enfermedad y darle mejor calidad de ida y evitar que se siga deteriorando y poder lograr que se recupere (E8).

Amaro (63) refiere que el cuidar es una interacción interpersonal, una característica humana e inclusive una intervención terapéutica, el afecto debe estar siempre presente al brindar al cuidado. Siendo estas las virtudes básicas e ineludibles que se requieren para cuidar a un ser humano con excelencia profesional. Son hábitos personales y profesionales que se exigen a la tarea del cuidar. Todos ellos son necesarios, pero ninguno de ellos es suficiente a título aislado, se requieren mutuamente.

La enfermera y el enfermero para impartir cuidado humano debe poseer actitudes, aptitudes, cualidades y habilidades personales que le permitan aplicar todos los componentes del cuidado humano descritos por Roach, Torralba, Mayeroff, y Watson durante su vida personal y profesional, al cumplir sus diferentes roles.

Si hay consciencia en la labor que se realiza, habrá responsabilidad sin esperar que el inmediato superior tenga la necesidad de control o vigilancia de las acciones como profesional, sin esperar que la persona cuidada tenga la necesidad de exigir el cumplimiento de su labor como enfermera.

El cuidado al AMD es **ser respetuosos y defender el derecho del otro**. Debemos ser respetuosos al brindar el cuidado al otro que es un ser humano, con su forma de ser, tener en cuenta la cultura de la persona cuidada, pues son actos de prestación de cuidados de ayuda, apoyo, facilitación o capacitación sintetizados y culturalmente constituidos hacia uno mismo o hacia los demás, pues las costumbres de personas están arraigados de acuerdo a su cultura, es por eso hay que respetarlos (73)

[...] todos son diferentes en respeto a los principios éticos que juré respetar. Tengo en cuenta que cada quien es un mundo diferente... los que están postrados tienen otras características similares o diferentes y los que te permiten tomar decisiones de acuerdo a su necesidad y viendo a una persona que ha transcurrido toda una vida que lo ves en cama te da otra expectativa (E5).

[...] porque hay que respetar su intimidad (E7).

[...] se merecen todo el respeto de parte de nosotros y de todo el equipo de salud y familia, aunque crean que ya no están conectados hay que mantener el respeto. Con ellos hablo y estoy segura que me entienden (E3).

[...] hay que tratarles de “usted” a las personas y tenemos que entender el aspecto cultural pues ellos han tenido un aspecto rígido en su trato. Entre ellos vemos que los abuelos del día de hoy son aquellas personas que han tenido un tipo de educación rígida pues el tratarlos de “tú” para ellos es una falta de respeto y no se

sienten bien, por lo tanto, hay que respetarlos y no hay que tutearlos, ellos se sienten valorizados y sienten que ocuparon un rol en esta vida (E3).

Cuidado de enfermería es ser respetuosos y por consiguiente defender los derechos del otro ser, las entrevistadas en su actuar diario manifiestan que deben defender los derechos del ser cuidado o ser vulnerable en este caso del adulto mayor dependiente. Tal como refiere:

[...] nosotros defendemos sus derechos, [...] es un ser que si no se puede defender, hay alguien que lo defenderá y es la enfermera (E2).

La constitución Política del Perú, Artículo 7: refiere “Todos tienen derecho a la protección de su salud, del medio familiar y de la comunidad, así como el deber de contribuir a su promoción y defensa”. Ley General de Salud (100), resalta que toda persona tiene derecho a recibir atención de emergencia cuando la necesitemos y mientras subsista el estado de grave riesgo para nuestra vida o salud; al consentimiento previo a tratamiento médico o quirúrgico; a la información necesaria para la promoción de una vida saludable.

[...]En el adulto mayor se encuentra todos los problemas juntos en un solo paciente, pues demanda de mayor cuidado, de mayor observación sutileza para abordar estos temas y de allí que la enfermera tiene que ser la pionera la que tiene que estar pendiente y no dejar de lado los problemas del paciente, porque nosotros somos los que van a velar por todas estas esferas al paciente (E1).

La Ley que establece los derechos de las personas usuarios de los servicios de salud (41) refiere que el derecho a la salud debe comprender como mínimo los siguientes

elementos: disponibilidad, accesibilidad, aceptabilidad y calidad; al igual que todos los derechos humanos, el derecho a la salud impone tres tipos de obligaciones: respetar significa simplemente no interferir en el disfrute del derecho a la salud “no perjudicar”; proteger y adoptar medidas para evitar daños de terceros que interfieran en el disfrute del derecho a la salud, “preservar”; cumplir y adoptar medidas positivas para dar plena efectividad al derecho a la salud

[...] por otro lado, nosotros pedimos que el médico los evalúe cuando vemos que se está descompensando o cuando no se les indica tratamiento según la evaluación de y consideramos que debe recibir un tratamiento de acuerdo a los problemas identificados por nosotros (E8).

[...] se presentan problemas latentes que a veces no se ve es el problema económico y a veces saben que están de alta y por otro lado una sobrina o hija ya se adueñó de su casa y no tienen donde ir aun teniendo su casa saben que solo irán a un cuarto, es por eso que los pacientes muchas veces vienen de una larga estancia en los hospitales o porque vienen con un diagnostico en etapa terminal (E1).

[...] cuando el paciente tiene fiebre o tiene otra cosa tenemos que defenderlos tratando de hacer respetar todos sus derechos nosotros somos sus intérpretes, es un cuidado más completo, a veces no logramos abordar el aspecto social especialmente con la familia (E8).

[...] muchos pacientes son abandonados, la familia no lo quieren tener se asustan cuando les dan el alta y ellos sienten el rechazo hacia su paciente, saben que son motivo de problema familiar porque de por medio está el dinero que cobran de ellos y es un problema que puede radicar en un aumento de la presión arterial en mi paciente, y viene el otro problema que a veces por más tratamiento hipertensivo que

reciben y no cede la hipertensión y los Médicos a veces refieren ya le di el medicamento pero porque no cede. (E1)

[...] quien más que nosotros que estamos las 24 horas con nuestros pacientes a través de un relevo constante y el reporte constante y el seguimiento al paciente (E1).

[...] el adulto mayor postrado dependiente no protesta no reclama y nosotras las enfermeras debemos ser las abogadas de ellos y debemos reclamar por ellos (E2).

[...] nosotros somos los abogados de los pacientes, si nosotros no abogamos por ellos quien lo hará, (E3)

Las entrevistadas refieren que el cuidado de enfermería es **tener compromiso** con el adulto mayor. Roach (79), define como una respuesta afectiva compleja caracterizada por la convergencia entre nuestros deseos y nuestras obligaciones y la elección deliberada de actuar de acuerdo con ellos. Si se ordenan “las cinco C”, el compromiso debe situarse en el último lugar ya que el compromiso de algún modo confirma las anteriores características. El compromiso también ha sido descrito como devoción, fidelidad y lealtad por Maryeroff (79).

[...] el ser humano a pesar de estar postrado, no poder expresar su dolencia, no poder reclamar, no poder hablar él es un ser que vale mucho. Tenemos el compromiso de tratarlos bien pues es un ser holístico integral y su valor es hasta cuando él descienda al polvo como Dios lo ha determinado. Él es un ser valioso y entonces hasta el final de la vida hay que darle un cuidado digno al ser humano y es lo mismo para las enfermeras (E2).

[...] porque el compromiso es dar todo de nuestra parte al brindar el cuidado, si es posible debemos defenderlos de los demás (E1).

[...] al brindar el cuidado me siento comprometida con mi paciente desde que inicia mi turno hasta entregar el turno a mi colega, pues sé que algún día yo también estaré igual y a mí me gustaría que me traten bien (E11).

Las entrevistadas refieren que la enfermera debe tener fidelidad y lealtad con el adulto mayor y su profesión.

Subcategoría 2.3: Vivenciando las manifestaciones/rasgos del cuidado al AMD

La enfermera en el día a día brinda cuidados a los pacientes, específicamente en este caso al adulto mayor dependiente, ante el cuidado brindado hay respuestas, estos pueden ser positivos o negativos. Felix (98) refiere que para brindar cuidados es necesario de expresar sentimientos y por consiguiente habrá respuesta a dichos sentimientos. Por su lado King (40), considera que “la interacción es un proceso de percepción y comunicación entre una persona y el entorno o entre una persona y otra que se manifiesta por conductas verbales dirigidas hacia un objetivo”, para la autora esta relación se constituye una experiencia de aprendizaje a través de la cual dos personas interaccionan para enfrentarse a un problema de salud presente para colaborar en su evolución y para buscar formas de adaptarse a la situación. Torralba (66) señala los siguientes rasgos categoriales del cuidado, los cuales son el tacto, la escucha atenta, hacia una filosofía de escucha y el sentido del humor.

La llamada del otro. Muy poco se habla de este tema, sin embargo, Torralba (66) menciona, la llamada del otro por rostro significa responder a la llamada no solo verbal si no también cuando el Otro me llama, y me llama a través de su rostro. No puedo esquivar su mirada interpelante, no puedo bajar la mirada como si no nada pasara. Cuando estoy frente al Otro-vulnerable, me doy cuenta que debo responder a su sufrimiento y que dejar de hacerlo constituye una inhumanidad. La imagen del rostro adquiere un valor semántico decisivo. El filósofo utiliza esta imagen para desarrollar su ética de la alteridad, pues el rostro es la parte más expresiva del Otro, es el lugar más desnudo del ser humano. Cuando miro atentamente el rostro del Otro-vulnerable (el enfermo, el moribundo, el humillado, el exiliado, el deportado, la viuda, el huérfano, el anciano especialmente el ser dependiente), me doy cuenta que me necesita y que no puedo desentenderme.

[...] a veces cuando ya no los atiendes ellos te buscan para que tú les atiendas y la reacción del paciente al buscarte me hace sentir bien como también hay otros pacientes a veces después de su llamada y no respondiste inmediatamente te rechazan... no reaccionan como uno espera y te dicen no me toques, no quiero nada y luego con el seguir con ellos al brindarles el cuidado ellos te aceptan y te buscan (E11).

[...] los pacientes a veces te agarran la mano y te dicen que necesitan de ti y ellos no pueden hablar y solo con tocarte la mano ellos te dicen que necesitan de ti. Recuerdo que un paciente traqueostomizado era con Glasgow 11 porque no podía hablar y te agarraba con las manos y te pedía con mímicas lo que quería y buscaba la atención con gestos; a veces venía terapia y con las manos decía que no porque había dolor. Otro día me tomó la mano y me dio un beso en la mano pues con mímicas decía que se sentía bien con el cuidado que le daba (E4).

[...] he aprendido a vivir más con los ancianos, pues ahora hay más personas adultas mayores dependientes con problemas de hemiplejía por accidente cerebro vascular y sus secuelas. Entonces, a veces, ellos no se pueden comunicar verbalmente, pero si te miran te siguen con la mirada, entonces quiere decir que ellos te están escuchando y es necesario hacer todo lo necesario para darles un trato digno (E8).

Dulce mirada, sonrisa y contacto afectuoso. En muchos de los casos hay respuesta positiva al brindar el cuidado pues siempre y cuando de parte de la enfermera haya una dulce mirada, sonrisa y tacto.

[...] el cuidado humano se puede evidenciar a través de caricia, ponerles la mano al hombro o un cariño en la mejilla y ellos sienten y se observa cambios. A través de ello logro arrancar una sonrisa y para mí es una dosis de bienestar y tengo que hacerles sentir el calor humano (E3).

[...] Cuando entramos en contacto con el paciente o familiar da gusto ver que ellos responden a mi sonrisa, le doy apoyo con un toque en su hombro (E6).

Para brindar el cuidado es necesario tener una dulce mirada, sonrisa, y contacto afectuoso. Por otro lado, King (73) refiere, para brindar cuidado debe haber acción, reacción e interacción. Por otro lado, Torralba (66) refiere que cuidar significa aproximarse a la persona desde el respeto y la atención. Para brindar cuidado al paciente, se debe tocarle, contactar con él, rozarle, acariciar su frente o poner la mano encima de su mano, este tipo de acciones revela tacto.

[...] es hacerles saber que los queremos a través del toque de la mano, o el toque del hombro, el hablarles llamarles por su nombre y cuando estoy con ellos trato de

hacerles sentir el calor humano de parte del profesional de enfermería porque para ellos somos extraños el evidenciar los cambios de su organismo (E2).

Torralba (65) continúa diciendo, que en el universo simbólico significan, por lo general, atención, respeto, proximidad, preocupación por el otro. El tacto, en el sentido literal, revela proximidad y el enfermo, como cualquier individuo vulnerable, requiere ese tacto en el sentido literal. En el sentido metafórico tener tacto consiste en saber hacer uso de la palabra de un modo conveniente, saber distribuir adecuadamente los silencios y las palabras. Tiene tacto quien tiene la habilidad de salvaguardar en cada instante la vida privada del otro vulnerable. La enfermera tiene tacto en todos los aspectos pues al estar en contacto con la persona vulnerable y como hay interacción también tiene tacto lo que demanda satisfacción de parte de ella.

La escucha activa. Se da demostrando interés por el otro y haciendo sentir importante al adulto mayor, lo cual constituye una modalidad del estar frente el enfermo que resulta primordial para ejercer adecuadamente el arte de cuidar, esto es, en la capacidad de atender a la palabra ajena, por insignificante que sea su contenido. El buen enfermero sabe por experiencia, que las palabras que le profiere el enfermo en dichas situaciones no son banales ni circunstanciales, sino que salen de su interior y el hecho de pronunciarlas, de ponerlas al exterior, es un ejercicio, de por sí, terapéutico liberador y curativo (66),

[...] a veces el paciente no necesita algo físico sino necesita un apoyo emocional necesitan que les conversen que les hablen que sigan su sentimiento cada paciente es diferente pues ellos necesitan un toque, una mirada, escucharlos, (E5).

El ser humano cuando sufre o atraviesa una circunstancia de dolor, de fracaso, de impotencia o humillación, necesita ser escuchado, necesita poder contar a alguien lo que vive en su interior, necesita un oyente para su relato autobiográfico.

[...] saber escucharles es darle cariño. A algunos se les observa sentimentales y se pone a contarnos sus cosas y se sienten bien, se ponen a llorar recordando lo que hicieron cuando estaban bien y nos ponemos a su lado; tocar su hombro, su cabeza se sienten protegidos y tienen seguridad y se apoyan en nosotros y se sienten tranquilos ...algunos empiezan a contarte sus vivencias y escucharles, aunque sea 5 minutos más, porque eso les hace sentir bien se les da el tiempo necesario y también vamos a los demás a seguir con lo mismo (E14).

Cuidar es una actividad humana donde el demostrar interés y hacerle sentir importante al adulto mayor tiene que ver con la comunicación, el cual es un eje central en el acto de cuidar. No solo debe considerarse como un instrumento humanizador, sino como uno de los factores decisivos junto con la competencia, la eficiencia y la eficacia, de la calidad de un espacio sanitario. Cuando el destinatario detecta un clima de comunicación y un ambiente de acogida y de respeto, su bienestar aumenta y ello también tiene efectos terapéuticos (66).

[...] el paciente, cuando uno le brinda los cuidados, se identifican con nosotros. Somos un todo para ellos y le brindamos todo el apoyo que necesitan, ellos nos cuentan sus problemas y me gusta escucharlos (E9).

La asertividad y la escucha activa son herramientas muy útiles para el personal de enfermería en la atención prestada (101), escuchar es reaccionar porque si solo se habla, pero no se escucha, difícilmente puede haber diálogo. El escuchar establece una relación

entre diferentes paradigmas sin la necesidad de uniformizarlos, es decir aceptar la interlocutor tal como es, admitiendo sus diferencias (65)

[...] demostramos interés al AM cuando seguimos lo que habla, seguimos con la mirada, con los gestos, cuando conversamos con él (E8).

Escuchar es más que oír. Escuchar es una actitud, un modo de ser que compromete al ser humano en su totalidad, es decir, escucha con todo su cuerpo, con toda su alma, con lo más profundo de su corazón.

[...] entendí que era una necesidad básica escucharlos, pues ellos necesitan sentirse importantes queridos porque a veces las personas mayores se sienten marginadas olvidadas por la familia la sociedad y dar su lugar es importante yo aprendí mucho de ellos (E10).

También el escuchar es una virtud porque uno no puede escuchar verdaderamente si no tiene respeto frente a la voz que le llama, si uno no se pone en segundo lugar, si no da espacio al otro (66).

[...] darle el trato que se merecen desde que se ingresa a su habitación; este saludarlos, identificarlos, conversar; saber qué es lo que le aqueja al adulto mayor para poder ayudarlo a resolver, aunque sea un poquito de su problema; escucharlo sobre todo, porque cuando uno los escucha se siente bien, confortables y eso, ayuda para su proceso de su recuperación y rehabilitación (E6).

El escuchar es mucho más que simple recepción de sonidos. Estar receptivos al otro significa estar a su disposición, ayudarle a superar su vulnerabilidad, velar por él y

considerarle como sujeto de preocupación. Asimismo la práctica de la escucha requiere tiempo como espacio, incluyendo en el escuchar al otro, su enclave vital, su contexto.

[...] muchas veces he encontrado paciente que me dicen “Srta.” me gusta cómo me habla y tan solo escucharlo me hace sentir bien otras veces me dicen “ahora que ha venido usted voy a estar bien y cuándo le toca su próximo turno” (E11).

[...] como enfermeras que cuidamos la salud del ser humano, como un ser integral física emocional y espiritual, debemos participar en la sensibilización porque son personas que están en esta etapa y debemos entender que todos llegaremos a esta etapa y debemos entender que es un ser humano y merecen un trato digno; pues él merece ser valorado, es una vida que necesita un trato digno como todo ser humano que está enfermo y merece un cuidado especial (E8).

Subcategoría 2.4: Vivenciando el cotidiano del cuidado de enfermería al AMD

Las entrevistadas refieren que el cotidiano se vivencia de diferentes formas, a continuación se detalla algunos aspectos:

a. El cotidiano del cuidado de enfermería al AMD se ve influenciado por factores determinados por la historia personal

Las vivencias expresadas por las entrevistadas refieren que se ven influenciadas factores determinados por la historia personal. Para brindar cuidado la enfermera refiere que fue decisivo la formación de un sistema humanístico – altruista de valores, incorporación fe y esperanza, el cultivo de sensibilidad hacia uno mismo y hacia los demás, el desarrollo de una relación de ayuda y confianza y la aceptación de expresiones de sentimientos positivos y negativos, los cuales describe Watson (64).

Formación de un sistema humanístico-altruista de valores. Watson(74) asume que el “día a día” de la práctica profesional requiere que la enfermera/o evolucione en su desarrollo moral, se convierte luego en la práctica de amorosa bondad y ecuanimidad en el contexto de un cuidado consciente (77).

Cuidar al adulto mayor dependiente es dar todo de mí, poner todas mis expectativas, plasmar todas mis metas de vocación de cuidado y mantenerlo día a día presente para la mejora del paciente especialmente que no tenga dolor, que no esté en mal estado de higiene (E4).

[...] cuidado de enfermería es dar amor, es la parte descriptiva del ser, es dar un trato humano sin discriminación, equitativo para todo tipo de paciente, aprender de la experiencia de cada paciente; pues no todos son iguales y aprendes día a día (E1).

[...] en otra ocasión tuve la oportunidad de orar por una paciente y terminando la oración, ella falleció y poco tiempo antes había fallecido mi familiar y es frustrante para mí saber que siendo personal de salud y no poder hacer nada por mi familia. Y conversé con un médico este tema y al poco tiempo un familiar del médico también falleció y el también refiere que es frustrante para nosotros no poder hacer nada por nuestros familiares (E5).

[...] tienes que ver cómo vinculas a la familia en la última etapa de la vida pues un buen porcentaje de adultos mayores son pacientes dependientes con enfermedades terminales; muchas veces la indiferencia de la familia es chocante para nosotros, nos afecta emocionalmente, es una realidad muy frustrante pues es controversial (E5).

[...] en cuanto nosotros, brindamos cuidados integrales trabajando todo el equipo interdisciplinario a los pacientes en el hospital y como enfermeras nos

preocupamos en brindarle un cuidado integral al verlos en todos los turnos las 24 horas del día (E7).

La sensibilidad siempre está presente, si bien es cierto, la formación de cada uno está marcada desde la infancia y juventud, además está marcada por el contexto socio-cultural. Esto parte de una reflexión de la propia experiencia y del desarrollo a lograr individualmente las metas.

[...] al iniciar nuestras actividades oramos para que todo nos vaya bien durante el día. Esta acción es liderada por la jefa del servicio, eso me agrada (E2).

Es útil así la meditación, la reflexión y la terapia en caso necesario, así como el desarrollo de aptitudes artísticas que ayuden al profesional a encontrarse consigo mismo.

Las enfermeras nos capacitamos constantemente para fortalecer el cuidado al adulto mayor especialmente al dependiente, la institución programa múltiples capacitaciones a favor de las enfermeras aunque no todos asistimos a las capacitaciones (E5).

Este sistema de valores debe combinarse con el conocimiento científico que guía la acción de la enfermera, pero sin olvidar que los conocimientos científicos por sí solos no ayudarán a la relación con otros.

[...] el cuidado humano también es ayudarnos entre compañeros y recordar que somos seres humanos holísticos-integrales que sentimos, de la forma que nosotros nos tratemos trataremos a los demás. El hecho que uno trate bien al paciente y ellos expresen y digan que tal persona me trató bien, me gustó el trato de la enfermera tal. Eso influye en el bienestar colectivo de las enfermeras, en todos nosotros. Otros dicen tal persona me trató mal, entonces también influye en forma negativa en el

personal. Entonces buscamos cambiar y mejorar y dicen las colegas voy a tratar diferente a mi paciente y yo me siento contenta (E2).

Watson(18,36,64) otorga gran importancia a la formación en ciencias humanas, aspecto muy olvidado en la formación profesional, que brinde las herramientas necesarias para comprender las dinámicas sociales, culturales y psicológicas de los individuos. No es posible elegir solo cuidar a aquellos que concuerdan con nuestro sistema de valores, raza, clase social, generación, etc. Cuidamos a seres humanos diferentes y únicos. Este factor se puede definir como una satisfacción a través de la cual se puede dar una extensión del sentido de uno mismo (73).

Incorporación de la fe – esperanza Watson (73), El tomar en consideración un sistema de creencias y de esperanza, infundir fe y esperanza es importante para la enfermera pues es ella quien dará el soporte a los adultos mayores. Ellos se aferran a un ser superior, muchas veces solo el hecho de creer los ha llevado a su casa completamente sanos, libre de enfermedades.

[...] he tenido la experiencia de brindar el cuidado espiritual... me puse a leer un pasaje de la Biblia con el paciente y familia. Es reconfortante pues tanto el paciente y la familia refieren que se sienten mejor (E6).

[...] nuestra fortaleza es el cuidado espiritual; por lo tanto, es necesario infundir la fe-esperanza al paciente y familia (E10).

[...] siempre recuerdo la aplicación de la fe-esperanza, no es solo enseñar sino llevarlo a la práctica. Jesús fue el mejor médico o enfermera no solo atendió la

salud física sino que salvó el espíritu de la persona quedando este feliz, libre de peso, libre de la culpa (E2).

Este factor incorpora valores humanísticos y altruistas, facilita la promoción del cuidado enfermero holístico, también describe el papel de la enfermera a la hora de desarrollar interrelaciones eficaces enfermera-paciente. Se convierte luego en “ser auténticamente presente y permitir y mantener el sistema de creencias profundas y subjetivas del individuo, compatible con su libertad. Este individuo libre, con creencias propias, es un ser para el cuidado”(77).

Tuve la oportunidad de enseñar y orientar a una paciente que estaba con cáncer, estaba en agonía, quería ver a su hijo. Fue algo muy chocante porque uno también siente y se pone en el lugar del otro. Comenzamos a hablar de Dios, buen rato, yo veía pues que ella no iba bien y que su salud se deterioraba y coordiné para que toda la familia esté presente, nos pusimos a orar, todos vimos cómo se iba, al final descansó. A eso llamo cuidado humano (E13).

Este factor habla de la importancia de la fe y la esperanza para el cuidado y la sanación, dado que ha estado presente a lo largo de toda nuestra historia. De este modo, el permitir que los individuos cultiven su sistema de creencias y ejecuten sus rituales para permitir que les ayude a mantener la fe en ellos mismos, contribuirá a la sanación o mantención de la salud (73).

[...] el cuidado espiritual se le da al paciente y familia de pacientes que están en agonía... les pedimos por favor traigan un padre, un cura, un pastor de acuerdo a la religión que profesan. Algunos vienen hablarles de la biblia. Coordinamos con un sacerdote que era familiar de uno de los pacientes... aunque no siempre la

familia es colaboradora en ese aspecto, a veces piensan que eso es ya lo último que se puede hacer al paciente (E7).

[...] observo constantemente que los pacientes leen la biblia y se le permite que venga su sacerdote o capellán, y me parece que es bueno el pedir a Dios y pensar que la fe que tú tengas y con la que pides en tus oraciones te da optimismo y de valor para seguir adelante. Y sientes que tus fuerzas están quebradas y pedir a Dios te ayuda a seguir adelante (E14).

[...] los pacientes tienen necesidad de confiar en alguien superior. Leen la biblia y se le permite que venga su capellán, me parece que es bueno pedir a Dios y pensar que si la fe que tienes y con la fe que pides en tus oraciones te da optimismo y da valor para seguir adelante. De repente tus fuerzas están quebradas y pedir a Dios te ayuda a seguir adelante. He podido orar y rezar con ellos pues yo también necesito de Él (E5).

[...] para mí es importante reconocer que existe un ser superior que está presente al brindar los cuidados a las personas que tienen diferentes enfermedades y es Dios quien los cuida en el transcurso de su enfermedad (E2).

Es importante la confianza en Dios ante las dificultades que existe al pasar por el proceso salud enfermedad especialmente en los adultos mayores dependientes.

Cultivo de una sensibilidad hacia uno mismo y hacia los demás. A medida que las enfermeras reconocen su sensibilidad y sus sentimientos, estos se vuelven más genuinos, auténticos y sensibles hacia los demás El reconocimiento de los sentimientos lleva a la auto-actualización a través de la auto-aceptación tanto como para la enfermera como el ser cuidado (73).

[...] tengo más de 25 años que estoy trabajando con adultos mayores te hace reflexionar, no solamente como enfermera sino también como persona “porque tú vas a ver de repente a futuro lo que te va a pasar a ti y desde ahora uno puede ir pensando cómo hacer para evitar eso”(E1).

[...] yo le agradezco a Dios por la oportunidad que me da, yo creo que Dios, me dio una misión en este lugar que cumplir ...me hubiera gustado ver cómo Jesús los trataba y trato de imitar a Jesús y hago lo mejor; es un gozo que uno experimenta, pues no se experimenta así no más y es el gozo de servir; además, es el gozo de sentirse amado ese ser indefenso que son como niños, sobre todo los que están postrados, algunos a veces están inconscientes y se nota en su mirada o cuando ya no se encuentran lúcidos y ellos escuchan y sienten, se nota en su mirada (E2).

[...] desde que mi mamá se enfermó reconocí y valoré el cuidado espiritual. Me volví más sensible. Antes de la enfermedad de mi mamá hablaba en forma teórica y, cuando uno lo vive en forma directa y pasa por esa experiencia entonces uno entiende... si no existiera alguien superior a cualquier tipo de ciencia uno no podría vivir y el saber que hay un esperanza y reconociera que hay un ser muy superior que nos va a consolar independientemente de la fe que profesemos (E8).

[...] al confiar en alguien superior me dio valor, fortaleza, resignación y cuando los familiares piden ayuda me siento con toda la autoridad para orientar y/o aconsejar. Ahora sí, siento que puedo transmitir mi experiencia y les digo que la oración es lo único que nos puede dar la tranquilidad que estamos buscando (E10).

[...] con el pasar de los años eso es lo que yo me llevo, las vivencias, el confort que siento yo al ver que he sacado adelante mi paciente y que salió bien. Yo misma me doy ánimo, bien ya lo lograste, por fin, o estás bien, te estoy dejando bien. Gracias, le digo a todos los que pueden hablar y a los que no, te miran y con eso es suficiente, no necesito más. Esa es mi vivencia y eso te reconforta (E12).

“El cultivo libre de las propias prácticas espirituales y transpersonales, que vaya más allá del ego y la apertura a los demás con sensibilidad y compasión” (76).

[...] es muy difícil lograr entender cómo hicieron para que llegue un paciente a tener tantas heridas como las que tiene y recordar que es un ser humano. Eso te da un sentimiento de impotencia y me da una sensibilidad inmensa. Tu sexto sentido te dice que hay mucho por hacer por los adultos mayores (E7).

[...] mi experiencia en el cuidado al adulto mayor en el hospital ha complementado, el lado humano, sobre todo la relación enfermera paciente. La enfermera que trabaja en el área crítica no desarrolla este tipo de emoción. El tipo de pacientes que maneja, es diferente, es más técnico-científico y se deja de lado todas las esferas, especialmente lo emocional (E10).

Para Watson (36) el ser humano es, en primer lugar, un ser sintiente. Es habitual que en la práctica sanitaria se separe el desarrollo profesional de este ámbito, producto de lo cual las personas tienden a esconder, negar o disimular sus sentimientos. Esto llevará a no tratar con los propios sentimientos, a temerles y a no poder cambiarlos cuando estos no son positivos (102).

[...] el ser humano a pesar de estar postrado, no poder expresar su dolencia, no poder reclamar, no poder hablar él es un ser que vale mucho; es un ser holístico integral y su valor es hasta cuando él descienda al polvo como Dios lo ha determinado, él es un ser valioso y entonces hasta el final de la vida hay que darle un cuidado digno tanto al paciente como a la enfermera. Debemos recordar que debemos hacer con los demás como nos gustaría que nos traten a nosotros ... cuando los trato bien me siento realizada, me gustaría que me traten con el cariño, el mismo cariño, el mismo trato que doy (E2).

A veces, un individuo que rehúsa reconocer sus propios sentimientos, difícilmente logrará entender los de los otros. El cultivar un desarrollo evolutivo moral debe ser tan importante como mantenerse al día en las técnicas y conocimientos, como asimismo la apertura a desarrollar sentimientos como la fe y esperanza (66).

[...] cada actitud que uno tiene frente al paciente es también por una motivación interna y el amor que Dios nos da y tenemos que transmitirlo y brota naturalmente porque nos relacionamos con nuestro creador (E2).

El desarrollo de la sensibilidad forma parte de un ser auténtico y honesto, que no teme develar su rostro ante la vulnerabilidad y el dolor (76).

El desarrollo de una relación de ayuda y de confianza. El desarrollo de una relación de ayuda y confianza (76), entre enfermera y ser cuidado acepta la expresión tanto de los sentimientos positivos como de los negativos. Implica coherencia, empatía, acogida no posesiva y comunicación eficaz.

La coherencia, implica ser real, honesto, genuino y auténtico. La enfermera debe poseer estas cualidades, especialmente con los adultos mayores pues son seres vulnerables (74).

[...] darle el trato que se merecen desde que se ingresa a su habitación, saludarlos, identificarlos, conversar, saber qué es lo que le aqueja para ayudarlo a resolver, su problema, escucharlo sobre todo. Cuando uno escucha al otro se sienten bien y ayuda en su proceso de su recuperación y rehabilitación (E6).

[...] por la experiencia que tengo a veces tengo mucha decepción... de algunos profesionales; pues, ellos deben evitar la polifarmacia, sin embargo no lo hacen. No se da un trato como corresponde y nosotros somos los abogados de los pacientes, si nosotros no abogamos por ellos quien lo hará (E3).

Existen pacientes que quedan con daño permanente y ellos necesitan constantemente de nuestro cuidado y es nuestra obligación ayudarles a realizar su autocuidado con el apoyo nuestro porque son seres dignos que valen mucho (E2).

[...] tengo más de 25 años que estoy trabajando con adultos mayores que te hace reflexionar no solamente como enfermera sino también como persona porque tú ves en ellos lo que te pasará y desde ahora tienes que ver cómo evitar esa situación”. Es muy bonito (E1).

La empatía es la capacidad para la experiencia; por lo tanto, sirve para comprender las percepciones y sensaciones de otra persona y para comunicar aquellas comprensiones (36)

[...] el compromiso que sentía hacia mis pacientes era un lazo bastante relacionado con el afecto, con la empatía, con el cariño que uno manifiesta hacia los adultos mayores sobre todo a los que está hospitalizados (E10).

[...] una vez que pasa el tiempo, interrelacionas, muestras empatía con él y vas cambiando esa relación. En mi caso, por ejemplo, lo veía muy lejano llegar a ser adulto mayor, a veces es difícil siquiera solo imaginarse, siempre trato de ponerme en lugar de ellos, hasta que yo llegue va pasando los años uno va de alguna forma reflexionado al respecto que tarde o temprano llegaré a esa edad; por lo tanto, me tengo que poner en su lugar, como le vuelvo a repetir, yo digo si yo siento esto él también debe sentir lo mismo (E12).

[...] emocionalmente es fuerte y me pongo en el zapato de ellos y trato de dar lo que más puedo y trato de siempre de vincularme con ellos y digo cómo voy a llegar a esa etapa cómo me tratarán (E7).

[...] me gusta organizarme de tal manera que fuera mi día productivo. Trato de planificar todo mi actuar y la comunicación que tengo trato de que sea con asertividad. Siempre con la idea de poder conversar con alguien, con una colega, técnicos, familiares y siento que mis capacidades empáticas han mejorado (E10).

El compromiso que sentía hacia mis pacientes era un lazo bastante relacionado con el afecto, con la empatía, con el cariño que uno desarrolla a los adultos mayores sobre todo a los que están hospitalizados (E10).

La acogida no posesiva se manifiesta con un volumen moderado del habla, una postura relajada, abierta, y las expresiones faciales, que son coherentes con el resto de las comunicaciones (36).

[...] al ingresar al ambiente les saludo: hola cómo estás; informo, hola te voy a controlar tus funciones y le pregunto ¿cómo te has portado? y converso con ellos y le pregunto a la vecina ¿cómo se ha portado?, a veces me responden otras veces solamente me miran o salen lágrimas de sus ojos y entiendo lo que ellos necesitan o quieren decir, otros son conversadores... hay que escucharles, hay personas que se acuerdan de todo su vida... y lo importante es conversar con ellos y tienen más ganas de salir adelante, luego salgo de la habitación y me despido (E5).

[...] los pacientes cuando conversas con ellos a pesar de ser dependientes y crees que no te entienden ellos te escuchan y responden con gestos, o se observa lágrimas en sus ojos, otros, te cogen tu ropa o el material que llevas para brindar el cuidado (E4).

La comunicación eficaz tiene componentes de respuestas cognitivas, afectuosas y conductuales (64). El cuidado humano brindado por la enfermera merece una comunicación efectiva a través de la identificación del paciente y llamándoles por su nombre pues a las personas, especialmente a los adultos mayores, les gusta que le llamen por su nombre y con respeto (77).

[...] la adecuada comunicación es parte del cuidado y las ayudas que hay en la habitación es una fortaleza, pues en cada habitación está escrito el nombre del paciente en la parte superior de la cama del paciente y también figura en mi kardex. Me gusta llamarle por su nombre más que por el apellido porque es más bonito, es lo más hermoso, suena bien que uno escuche su nombre (E2).

[...] he tenido la experiencia de tratar a pacientes en coma pues he trabajado con pacientes en coma profundo y sopor. A todos los pacientes siempre los llamaba por su nombre y les decía lo qué les voy a hacer. Es un hábito para mí, porque sabemos que lo último que pierden ellos es la audición, en algún momento, si esa persona despierta reconoce por la voz a las personas y recuerdan todo lo que les hablan y de ello hay evidencias (E3).

[...] el hecho de que, aparentemente, no te escuchan y que no puedan comunicarse contigo no debería ser una excusa para hacer algún procedimiento sin comunicárselo porque no necesitan saber si te responde o no, simplemente hay que decirle por su nombre y ya estamos considerándolo como un ser humano, a veces, eso, los demás, no lo entienden (E8).

[...] trato de comunicarme con ellos, si bien es cierto, muchos de ellos no se pueden comunicar, sin embargo puedes a través de la familia saber cómo es el paciente y a la vez interrelacionar con el familiar del paciente y hacer parte de nuestro cuidado (E12).

El cuidado en la relación humana se convierte en desarrollo y mantenimiento de una auténtica relación de confianza (77).

[...] cuando yo entro al servicio me gusta presentarme, les digo que estoy en el turno, por ejemplo en el turno de la noche, yo soy la enfermera..., esta noche voy a quedarme de guardia voy a quedarme usted, cualquier cosa me pasa la voz, entonces responde ¡ah ya señorita! qué gusto, ya sabemos cómo se llama, si tenemos algún problema la vamos a llamar. Así ellos están a la expectativa de que los vamos a cuidar durante el turno (E6).

Esta relación de confianza va unida con la promoción y aceptación de sentimientos positivos y negativos. Para esto es necesario la sensibilidad, la apertura y el altruismo, pero también la congruencia, que tiene que ver con la honestidad, con la percepción de realidad y con el apego a la verdad.

Watson delimita tres guías para evitar la incongruencia: en primer término, las enfermeras/os no deben jugar roles estereotipados, ni emitir discursos programados cual “contestador telefónico”, ya que esto bloquea la autenticidad y aleja al paciente; en segundo término, el ser capaz de reconocer las dificultades que conlleva la relación con otros pasa por el comprender que toda relación, al menos, tiene dos emisores y dos receptores; y en último término, que si bien las experiencias que otorgan los pacientes son vitales, también lo son las propias experiencias (36).

[...] ellos querían interactuar narraban sus vivencias, experiencias, entendí que era una necesidad básica que ellos tenían, es sentirse importantes, queridos (E8).

[...] a veces las personas mayores se sienten marginadas y olvidadas por la familia, la sociedad y es necesario darles su lugar, es importante (E3).

[...] aprendí mucho de ellos, por ejemplo, algunas experiencias las guardo en mi corazón, algunos guardaban algo de comida porque decían que en la en la segunda guerra mundial no había qué comer; a veces, no entendía por qué ellos hacían eso y las otras personas les llamaban la atención, pero ellos para todo lo que hacen siempre hay una razón. Todos, en realidad, tenemos un porque hacemos algo y hay que entender sus vivencias pues en eso consiste el cuidado de enfermería (E10).

La relación de cuidado está basada en la creencia que el ser para el cuidado es único, es persona y es capaz de ejercer su libertad y su autonomía, en mayor o menor grado. Más específicamente, los pacientes o usuarios no nos pertenecen, ni su cuerpo, ni sus problemas, ni su espíritu. A modo de ejemplo: muchas veces en el cuidado de un paciente grave, que no está consciente y no puede ejercer autonomía en relación a sus funciones corporales, la certeza que es un cuerpo ajeno, pero el cuerpo de una persona, ayudará a no cosificarlo y a respetarlo como tal (76).

La aceptación de expresiones de sentimientos positivos y negativos. El hecho de compartir los sentimientos es una experiencia de riesgo tanto para la enfermera como para el paciente. Esta es una parte inherente a la formación de una relación de ayuda y de confianza. Watson la enuncia, más tarde, como un estar presente y constituirse en apoyador de la expresión de los sentimientos positivos y negativos en una conexión con la espiritualidad más profunda del ser que se cuida (73).

[...] el cuidado humano también es ayudarnos entre compañeros. El hecho que uno trate bien al paciente y ellos expresen y digan que tal persona me trató bien me

gustó. Eso influye en bienestar colectivo de las enfermeras. Otros dicen tal persona me trató mal entonces también influye en forma negativa en el personal, entonces, buscamos cambiar y mejorar y dicen las colegas voy a tratar diferente a mi paciente y yo me siento contenta (E2).

[...] cuando uno los escucha a los pacientes uno se siente bien y confortables, sin embargo, en otras ocasiones no tenemos tiempo para escuchar sus dolencias o necesidades porque no alcanza el tiempo y me produce ansiedad, preocupación porque siento que no estoy haciendo lo adecuado (E6).

[...] el saber escuchar, el saber entender, el ser un poco más tolerante me hizo desarrollar ciertas cualidades que no había desarrollados antes. El aprendizaje que pude tener en la práctica me ayudó un montón (E10).

[...] muchas veces he encontrado pacientes que me dicen: señorita me gusta cómo me habla y tan solo escucharlo me hace sentir bien. Otras veces me dicen: ahora que ha venido usted voy a estar bien y cuando le toca su próximo turno (E11).

Es ampliamente aceptado que la comprensión intelectual y la emocional de la misma información son bastante diferentes, esto es más acentuado cuando las situaciones conllevan un efecto negativo, por ejemplo, situaciones como la ansiedad, el estrés y la confusión, o incluso el temor, pueden alterar la comprensión y la conducta. La libre expresión de estos sentimientos permite no elaborar sentimientos defensivos, de negación o aumentar el estrés. (76).

[...] el cuidado del adulto mayor no solo es hacer los procedimientos o actividades de enfermería, a pesar que hoy en día tenemos que realizar muchas actividades y a veces no alcanza el tiempo, y en mí queda el sabor amargo de no haber cumplido (E12).

[...] es necesario entender que el cuidado humanizado es saber escucharles es darle cariño. Algunos expresan lo que sienten y se ponen sentimentales y se sienten bien y se ponen a llorar recordando los que hicieron cuando estaban bien y nos ponemos a su lado, el tocar su hombro su cabeza y se sienten protegidos y tienen seguridad y se apoyan en nosotros se sienten tranquilos (E13).

[...] algunos empiezan a contarte sus vivencias y escucharles, aunque sea cinco minutos más porque eso les hace sentir bien, se les da el tiempo necesario y también vamos a los demás a seguir con lo mismo... somos las personas que le vamos a ayudar en la recuperación de su salud, pues la mayoría de ellos a veces nos tienen cariño (E14).

[...] a veces cuando hablamos con familiares para explicarles, es difícil llenar el vacío ante la muerte, al final lo que importa es ayudarles. Al brindar el cuidado hay una satisfacción al lograr que el paciente se vaya bien a su casa, especialmente de las enfermedades que dejan secuela (E11).

[...] sé que lo último que ellos pierden al final de la vida es su facultad de escuchar. A veces he tenido la oportunidad de hablarles en el oído y decirles que descansen, ve tranquilo, no te preocupes al oído y pasaba dos horas máximo y ellos dejaban de sufrir; descansaban porque sufrían mucho, por eso sé que lo último en perder es la capacidad de escuchar (E8).

[...] cuando trabajo en hospitalización en piso, se habla bastante con los pacientes, pues ellos son más sociables. Cuando he trabajado en la unidad de cuidados intensivos he tenido la experiencia que se habla muy poco, y para mí el hecho de no poder conversar con mi paciente es negativo, pero yo siempre les hablo a pesar que ellos no me respondan ... en la mañana hay muchas actividades que hacer, sin embargo, siempre me doy un tiempo para conversar con ellos, me han contado sus cosas, el por qué están enfermos, lo abandonaron o tuvieron problemas con sus hijos o que le quitaron la casa y esas cosas se va uno enterando y yo digo: oh Dios

mío a veces no todos los hijos somos iguales; eso es chocante para mí como enfermera (E13).

La labor del profesional de enfermería es permitir la expresión de estos sentimientos, que es congruente con visualizar al otro como un ser para el cuidado.

b. El cotidiano del cuidado de enfermería al AMD se ve influenciado por factores determinados por la formación y la trayectoria profesional

El cotidiano del cuidado de enfermería se ve influenciado por factores determinados por la formación y la trayectoria profesional. Estos factores que influenció a la enfermera a apostar por el brindar el cuidado enfermero al otro ser que es un ser vulnerable. Dentro de ellos tenemos: la utilización sistemática del método científico de resolución de problemas durante el proceso de toma de decisiones, la promoción de una enseñanza-aprendizaje interpersonal, la provisión de un entorno de apoyo, protección y correctivo mental, físico, socio, cultural y espiritual y por último la asistencia en la satisfacción de las necesidades humanas. A continuación se desarrolla estos factores con los testimonios de las entrevistadas:

La utilización sistemática del método científico de resolución de problemas durante el proceso de toma de decisiones. El uso del proceso de enfermería aporta el un enfoque científico de resolución de problemas (75). El uso sistemático de una resolución creativa de problemas del proceso asistencial se convierte en: el uso creativo de uno mismo, como partícipe en el arte de cuidar y de todas las maneras de conocer como parte del proceso asistencia. Watson, refiere a la sistematización excesiva de normativas que

impiden el desarrollo creativo de esta profesión. Las enfermeras realizan multiplicidad de procedimientos y suponen que la corrección de estos procedimientos es la manifestación de la utilización de un método científico, por ejemplo, el uso del proceso de enfermería, el que Watson visualiza como un método de resolución de problemas para asistir con una decisión a todas las situaciones de enfermería. Esto es importante, porque la sistematización de los procesos no debe ser un impedimento para investigar, estudiar y desarrollar habilidades, para enfrentar situaciones nuevas.

[...] somos enfermería, muy rica en conocimientos, los cuales están fundamentados en el uso del método científico, pues utilizamos el proceso de atención de enfermería como la principal herramienta de trabajo para el cuidado de enfermería (E1).

Es así que dentro del ejercicio profesional, el cuidado, no es una mera técnica, sino, fundamentalmente, un arte. Desde este punto de vista Espino (62), menciona, que la enfermería no puede identificarse con una mera técnica de tipo procedimental, sino que se asemeja más a un arte. La relación entre arte y técnica tampoco debe comprenderse de forma excluyente, pues, como dice Hipócrates, el arte presupone técnica, pero algo más que técnica, una especie de predisposición natural.

[...] he mejorado mi relación con el paciente, el conocimiento fortalece mis competencias y me da seguridad (E10).

El arte de cuidar precisa unos adecuados conocimientos de tipo psicológico, anatómico, antropológico e inclusive de tipo cultural y religioso, pero además de estos conocimientos precisa un conjunto de factores que convierten este ejercicio en un arte y jamás en una ciencia exacta (31).

[...] entre el área de hospitalización y la UCI los pacientes son diferentes, y las competencias que necesito también son diferentes, debería tenerse en cuenta el conocimiento, la destreza y lo afectivo, muchas veces se deja lo emocional (E10).

Para que el cuidado ocurra realmente en su plenitud, la enfermera debe tener conocimientos y experiencia en el desempeño de las actividades técnicas, en la prestación de informaciones, en la educación al paciente y familia y en la demostración de expresiones de interés y afecto por el paciente. A través de todas estas conductas, los usuarios perciben y valorizan el cuidado y se forman una imagen positiva o negativa del mismo (10).

[...] el trabajar en el área crítica te da más conocimientos científicos, es más técnico y científico, se desarrolla muy pocas habilidades sociales. La enfermera es más práctica menos sentimental, uno adquiere competencias, capacidades,...(E10).

[...] somos enfermeras que vemos al ser humano como un integral, ... abordamos los problemas sociales, psicológicos, espirituales y el aspecto físico o funcional, ... pues se da con todo el conocimiento. Hacemos y debemos investigar constantemente temas del adulto mayor, es que es muy rico para la comunidad científica (E7).

Según Watson, para cumplir la misión de brindar cuidados efectivos es indispensable cambiar esta imagen, adquirir autoconfianza y ejercer más autonomía. Para esto el instrumento privilegiado es la investigación, el aprendizaje, la apertura a nuevas estrategias de cuidados, establecer correcciones a las teorías existentes y elaborar nuevas. En resumen, es vital desarrollar un marco de conocimientos respecto al cuidado. El proceso de enfermería es similar al proceso de investigación en lo que se refiere a la sistematización y a la organización.

[...] a partir de que he trabajado con los adultos mayores, he mejorado mis habilidades, pues antes era muy hermética hablaba muy poco, era muy cerrada y cuando fui a trabajar con adultos mayores tuve que aprender a hablar pues ellos conversaban mucho (E10).

[...] unos se esmeran en dar el cuidado al paciente y a veces lo que no te da tiempo es redactar en las notas, de enfermería pues es la cuarta etapa del proceso de enfermería la ejecución y es necesario registrar lo que has hecho por el paciente y no se puede redactar todo y se va todo el tiempo, también se complementa los registros con la actualización terapéutica en el kárdex y la historia es lo más frío (E1).

[...] si bien es cierto el proceso de atención de enfermería es nuestra principal herramienta que evidencia el actuar de la enfermera donde utilizamos el método científico (E13).

[...] cuando uno escribe es más mecánico, pues no hay interrelación con el paciente, es más frío, esa es la parte que no me gusta. Sin embargo, es en ese momento, es donde plasmamos ponemos a evidencia que hemos utilizado el método científico (E1).

El proceso de enfermería es un instrumento que muchas veces se puede convertir en un proceso mecánico. El mal uso de los formatos impide visualizar la profundidad del cuidado, cuando se realizan mecánicamente, estaríamos dejando de ser profesionales y es lo que distingue a un técnico de un profesional. Si se agrega a esto un deficiente profesionalismo, en el sentido de no ser reconocidos por el colectivo social como auténticos profesionales y con autopercepción de sacrificio y sumisión, puede desembocar en una posición rígida, auto controlada, y autodestructiva, que dificulta la relación terapéutica (36).

[...] iniciamos el proceso de atención de enfermería (PAE)... valoramos a nuestros pacientes utilizando el modelo de valoración por patrones funcionales (E2).

[...] el quehacer de la enfermera se evidencia desde la valoración, es plasmar todos los hallazgos a una hoja de valoración, luego redactamos los diagnósticos de enfermería de acuerdo a los problemas identificados en la valoración, seguidamente redactamos el plan de cuidados para arribar en la ejecución del plan y terminar en la evaluación de todos los objetivos. A este proceso se le llama el proceso de atención de enfermería (E15).

[...] me gusta mucho trabajar con el equipo que trabajo. Nos entendemos tanto enfermeras como técnicos pues son excelentes, siempre estamos compartiendo el mensaje bíblico mensaje de salvación y de paz para poder compartir con mis colegas y mis pacientes (E2).

[...] quiero ser un agente de cambio para mis compañeros y pacientes. Voy a seguir intentando ser un agente de cambio y cuando explico a mis compañeros que tienen más tiempo en la institución y aún no me sienten una autoridad. Estoy segura que poco a poco iré ganando la autoridad necesaria para que lo demuestre en los hechos y sé que voy a ganar y compartir el amor que sea necesario para los pacientes (E2).

[...] a mí me gusta actuar inmediatamente. Algunas veces me excedo en algunas cosas, pues actúo inmediatamente identifican los problemas en el paciente. Aunque el médico no responde al llamado, para mí es un reto y en tanto viene el médico yo ya atendí a la paciente y avancé. Es que para mí es ser humano y me duele que el paciente llore por dolor o que esté con falta de aire. Me duele que un paciente este llorando (E4)

[...] el cuidado que brindamos es el cuidado integral, pues estamos contribuyendo con un granito de arena y todas las enfermeras están sensibilizadas porque hacen

todo lo posible para brindar un cuidado integral a los pacientes y familia, el personal se ha comprometido en todo el cuidado y nos ha costado logrando con sensibilización, desde la primera enfermera que llegó al hospital (E5).

[...] después de hacer los procedimientos viene el trabajo de la transcripción terapéutica, de la indicación médica de la historia clínica al kárdex de enfermería. A veces los médicos no nos entregan la historia clínica en forma rápida, se demoran y tenemos dificultades para administrar el tratamiento a los pacientes (E1).

[...] hay que registrar en las notas de enfermería todo lo realizado durante el turno, posteriormente se les da su almuerzo y el tratamiento y por último culminamos el turno con el reporte a la enfermera que entra en el turno tarde (E2).

[...] hay reuniones interdisciplinarias para abordar los casos de los pacientes difíciles y con problemas pues cada uno es diferente y necesitan el apoyo de todo el equipo interdisciplinario. Todo ello es parte del actuar de la enfermera utilizando sus conocimientos adquiridos y demostrarlo a través del proceso de enfermería (E2).

[...] siempre trato de organizarme lo mejor posible, trabajar profesionalmente y no dejar de lado el cuidado humano pues tengo en cuenta que puede ser uno de mis familiares, mi abuelita, mi tío o mis padres y hago énfasis en el cuidado, le doy un trato humano, especialmente, al paciente dependiente postrado crónico, pues, necesita mayor atención de nosotros (E9).

El utilizar el proceso de atención de enfermería al brindar el cuidado al adulto mayor no debe despersonalizar la atención, muy por el contrario debe acercar más a la persona que necesita de cuidado con la enfermera, en cada etapa debe hacer una interrelación enfermera ser cuidado y familia, se debe aprovechar todo momento para brindar el cuidado humano a ese ser que espera de la enfermera.

La promoción de una enseñanza-aprendizaje interpersonal. Este factor es importante para la enfermería porque separa el cuidado de la curación, permite que el adulto mayor hospitalizado esté informado de su proceso de recuperación él y su familia y cambia la responsabilidad por el bienestar y su salud. La enfermera facilita este proceso con las técnicas de enseñanza aprendizaje diseñadas para permitir que el ser cuidado realicen su autocuidado, determinando las necesidades personales de los adultos mayores y ofrecer oportunidades para su crecimiento personal (36).

[...] el adulto mayor cuando vaya a su casa necesitará todo tipo de cuidados. Por lo tanto, es necesario enseñar al paciente como a su familia; ellos deben aprender a afrontar los problemas. En el hospital se les preparaba para brindar el cuidado del paciente en el domicilio a través del equipo de enfermeras que se dedican exclusivamente a capacitar a la familia y paciente (E4).

[...] algunos familiares ven al paciente como una carga... otros tienen el deseo de cuidarlos y hacen todo lo posible por aprender la enseñanza que da la enfermera para el cuidado en el domicilio. Eso va permitir que el paciente permanezca en el domicilio después del alta y que no regresen al hospital. Viéndolo por otro lado, nos aminora los costos pues no lo volverán a llevar al hospital y permanece en el domicilio porque el familiar del paciente está capacitado para el cuidado (E7).

Este factor de cuidado es el que más ayuda al usuario a ser partícipe activo del estado de su propia salud y a tomar las decisiones en pos de mantenerla, recuperarla, mejorarla, o en otros casos a prepararse para determinados eventos. La enfermería como profesión ha estado muy ligada a la educación en salud; sin embargo, Watson considera que la educación que se brinda es ante todo información, concretizada en una lista de acciones a

realizar o a evitar. Participar de una verdadera enseñanza-aprendizaje que atienda a la unidad del ser y de su sentido y que trate de mantenerse en el marco referencial del otro”(75).

[...] ves cómo va a responder a ese cuidado, solventar su necesidad, prepararlos para el domicilio, tienes que ver cómo vinculas a la familia en la última etapa de la vida, pues un buen porcentaje de adultos mayores son pacientes dependientes con enfermedades terminales (E8).

[...] hacemos reuniones grupales entre las familias y ellos arreglaban su situación y se programa para la visita domiciliaria o el seguimiento post hospitalario y evaluar la enseñanza / aprendizaje enfermera-paciente-familia, muchas veces se organiza para brindar el cuidado en el domicilio (E4).

[...] la familia al final de su hospitalización sale preparado y capacitado para el cuidado del paciente en casa, muchos se admiran por la capacitación que se da a la familia. Hemos sido reconocidos por la institución por esta iniciativa, pues solamente en este hospital se prepara de esta forma a la familia para atender a sus pacientes en casa (E8).

[...] la capacitación que se realiza al familiar, aquí en el hospital, es una fortaleza, es un trabajo netamente de la enfermera y no podemos perder este campo, al contrario debemos retroalimentar y mejorar; además, hay que evaluar los logros. Por otro lado, debe elaborarse el perfil de la enfermera que trabaja con familiares de pacientes geriátricos y es totalmente distinto, pues todos tenemos el don de trabajar con familiares, especialmente en la enseñanza aprendizaje, pues es muy difícil y es parte del cuidado (E1).

La educación en salud, efectuada por profesionales de la salud, requiere establecer una relación intersubjetiva para otorgar una educación personalizada y dirigida. La

educación en salud persigue un cambio positivo y proactivo de los usuarios, cambio que según Watson es difícil de obtener, si no se incorporan nuevos paradigmas (73).

[...] en cuanto a las actividades del programa son los puntos más álgidos que debemos enseñar al familiar, debemos estar preparados, es la única forma de continuar con el cuidado en domicilio y los pacientes no regresen al hospital o a una institución hospitalaria (E1).

La información, es un componente de la educación, pero no el todo. Si bien se han dado importantes pasos en este rubro, no es menos cierto que por escasez de tiempo, o motivación, se suele seguir informando a los pacientes, sin educarlos, y sin educarse a través de ellos, ya que la educación es un proceso de retroalimentación para ambas partes, y no una mera entrega de conocimientos.

[...] ellos se convierten en cuidadores de su paciente y no en expertos en geriatría y están preparados para el cuidado de su paciente y una prueba de ello es que está reconocido en la institución y es todo el impacto que tiene en la familia y en el paciente y se evalúa cuando vamos a la visita, se encuentra en mejores condiciones; se evalúa lo que percibió el conocimiento del programa al observarse en el cuidado del paciente (E1).

El cuidado supone el brindarlo en base a las necesidades sentidas de los usuarios/pacientes/clientes. Una actitud efectiva de cuidado, por tanto, supone un conocimiento de lo que los individuos necesitan. Personalizar los cuidados es, en buenas cuentas, mantener una actitud respetuosa hacia las particularidades de un individuo, comunidad o población. Según Rogers –a quien cita Watson– la enseñanza no es función de un buen currículum clínico ni académico del educador, es un proceso mucho más

complejo, que parte de tener la habilidad para lograr, en el marco de una relación –en este caso, educador-educando–cambios de conducta. Esto pasa necesariamente por nutrirse de los educandos, y no de un mero recitar de conocimientos (76).

[...] además, cada enfermera que cuida a los pacientes adultos mayores dependientes debe tener un perfil, especialmente valores como; respeto, comunicación asertiva, trabajo en equipo entre otros (E7).

[...] tenemos un programa especial para capacitar a la familia que son los cuidadores primarios. Es el programa familiar acompañante donde se los capacita en relación a los cuidados de los pacientes en el hogar, se los educa en relación al trato que debe brindar la familia, se capacita a través sesiones de grupales y sesiones individualizadas, demostraciones, utilizando videos motivacionales, entre otros y además, hay un reforzamiento para que la familia se comprometa en el cuidado y se sienta más unida a su paciente (E9).

[...] el programa familiar acompañante es un programa especial de abordaje integral a la familia. Capacita a los familiares e influye en el cuidado en la medida cómo el paciente va a satisfacer sus necesidades y cómo el familiar se siente satisfecho por los cuidados brindados al darles la dieta, bañarlos, movilizarlos, curarlos, etc. (E1).

[...] las enfermeras no solo enseñan a los cuidadores de los pacientes que está hospitalizado, sino también, a los que ya están en casa. Los familiares pueden regresar para terminar de capacitarse. Es una buena estrategia para el cuidado al adulto mayor y se puede ampliar a otros tipos de pacientes (E7).

[...] es necesario reconocer que la enfermera brinde cuidados y parte de ese cuidado es la capacitación a los cuidadores. Por lo tanto es importante trabajar

también con los cuidadores; en algunos casos, algunos cuidadores son los mismos parientes, sobrinos, nietos, tíos u otros (E1).

[...] en la mayoría de casos, los cuidadores son solteros, son los sobrinos que se hacen cargo del paciente, entonces muchos de ellos aceptan voluntariamente la educación que se les da; sin embargo, hay algunos que no aceptan cuidar de ellos, entonces desde ese punto de vista es necesario buscar el abordaje de parte de la familia y es necesario dar soporte social que necesita el paciente y su familia (E12).

[...] en el programa familiar acompañante escuchamos toda la problemática del paciente, pues ellos tienen muchos problemas y desean ser escuchados pues se sienten abandonados por sus familiares (E5).

Todas las entrevistadas refieren que el programa familiar acompañante es una fortaleza de cuidado al adulto mayor que da la enfermera, donde la labor que realiza la enfermera es de preparación a través de herramientas de enseñanza aprendizaje a favor del adulto mayor dependiente y su familia, cabe recalcar que el adulto mayor será llevado de alta a su domicilio y será trasladado con la familia capacitada para satisfacer las necesidades de cada uno de los adultos mayores dependientes.

La provisión de un entorno de apoyo, protección y correctivo mental, físico, socio, cultural 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 relevantes para el entorno interno incluyen el bienestar mental y espiritual y las creencias socioculturales de un individuo (73). Además, de las variables epidemiológicas, se incluyen otras variables externas como la comodidad, la privacidad, la seguridad y los

internos limpios, estéticamente agradables. La creación de un entorno protector y/o correctivo para el medio físico, mental, espiritual y sociocultural (76).

[...] cuando inicié mi rutina era muy pesada pues era nueva, es difícil pero con el paso del tiempo se vuelve experta y más aún cuando hice mi especialidad, adquirí mayor destreza, práctica para brindar un mejor cuidado, pues hay mucho por hacer por el paciente adulto mayor (E2).

[...] el adulto mayor es un ser muy especial, es un ser biológico, psicológico, social y espiritual... es una experiencia muy especial, que no lo había tenido con otros pacientes (E6).

El cuidado competente se refiere al cuidado integral y no fragmentario, al cuidado de todos y cada uno de los elementos que integran la corporeidad humana: los pies, los brazos, el tronco, la cabeza (65).

[...] el cuidado de enfermería que se brinda al paciente es en todos los aspectos bio-psico-socio-espiritual (E2).

[...] es necesario conocer la parte biológica, psicológica, social, espiritual de todo lo que concierne al adulto mayor (E6).

[...] especialmente en la última etapa de la vida y cuando uno refuerza esa parte espiritual en ellos se sienten fortalecidos (E3)

[...] debemos tratar al paciente en el contexto como un ser bio-psico-socio-espiritual, hay que tratarlo como un ser humano (E9)

El cuidado de enfermería debe darse en forma integral y para tal caso es necesario identificar al adulto mayor dependiente reconociendo su integralidad, tal como refiere

Millán (21) que el ser integral es: 1) Biológico o fisiológico, donde se dan cambios somáticos o vejez biológica, descenso de las facultades físicas, 2) Psicológicos, cambios como jubilación, la que debe planearse de antemano y no llegar a ella para no tener nada que hacer, disminución de recursos económicos, pérdidas progresivas de los seres queridos, alteraciones psicológicas de la inteligencia y personalidad, 3) Sociales, familia multigeneracional, en las familias pequeñas hay padres e hijos siendo el padre quien mantiene el hogar y quien decide en él pero en familias con tres generaciones es el hijo quien hace de jefe de la casa y el padre pierde sus antiguos roles. En relación a la viudez existen más viudas que viudos esto porque la mujer vive en promedio más que el hombre, migración, menor actividad económica de los ancianos, 4) Espirituales, se aferran a las iglesias y la creencia en Dios como un ser superior (49).

*[...] en lo que se refiere al cuidado en el **aspecto biológico** es atender y valorar al ser humano en el marco de su envejecimiento fisiológico o biológico. La enfermera debe valorar las funciones vitales, mantener la vía aérea permeable, especialmente cuando los pacientes se encuentran entubados, ver su hemodinamia, satisfacer las necesidades básicas, ayudar para que mejore su dependencia. Hay pacientes que tienen dificultad para comer porque tienen problema para la deglución pero pueden mejorar si se les estimula (E13).*

[...] cuando veo un paciente que está con la boca sucia, no me gusta,... le digo tú tienes que oler a flores, y hago todo lo necesario para que él se encuentre en las mejores condiciones posible. Al ayudarlo en su autocuidado, converso con ellos, a veces no responde pero igual converso. Nos empezamos a bromear y te van conociendo poco a poco, te apoyan de alguna forma, tanto como que no me toques o de pronto o simplemente inexpressión del paciente porque es un paciente postrado

muy complicado; sin embargo, si la ves otra vez, como ya te conoce se estabiliza (E12).

[...] el cuidado que brinda la enfermera también es en el aspecto psicológico. Hay pacientes que vienen muy ansiosos, especialmente, el adulto mayor dependiente generalmente son oxígeno dependiente por sufrir de enfermedades como fibrosis pulmonar o enfermedad pulmonar obstructiva crónica. Como les falta oxígeno sienten que se ahogan y refieren que ya no tienen la oportunidad de vivir. Por ello su sufrimiento, por eso hay que hablarles, explicarles sensibilizarles para entender su enfermedad y hacerles entender que en primera instancia no será tan fácil, en el segundo será más asequible (E13).

[...] se ve la gran diferencia porque el paciente se apega a ti. Por otro lado, el hecho de estar enfermos afecta su autoestima y más aún cuando la familia los abandona (E14).

[...] lo más importante es brindar cuidados en el aspecto emocional. Evidenciar los cambios de su organismo, es hacerles saber que los queremos a través del toque de la mano o el toque del hombro, el hablarles, llamarles por su nombre, etc. Cuando estoy con ellos trato de hacerles sentir el calor humano de parte del profesional de enfermería porque para ellos somos extraños y debemos acercarnos cada vez más (E3).

[...] el cuidado de enfermería también es brindar cuidados en el aspecto social. Es importante considerar especialmente al trabajar o tratar de identificar su soporte social o familiar. También nosotros hacemos una entrevista a la familia de cómo están llevando el cuidado en casa y por qué motivo, aparte del problema físico, ingresaron al hospital. Ayudamos a la familia a ver su problema social y cuando vemos que la familia no apoya, coordinamos con Servicio Social, y ellos hacen visita domiciliaria al paciente (E1).

[...] he tenido casos problemas en que el paciente fallece y no hemos encontrado a la familia, el segundo día recién lo han encontrado... en la mayoría de los casos tienen soporte familiar y fallece el paciente se lo llevan a su casa y cuando no hay soporte de igual manera se les apoya (E13).

[...] brindar cuidado de enfermería también es cuidar en el aspecto espiritual. Pues los adultos mayores son seres integrales y necesitan de cuidado espiritual, muchos de ellos se aferran a Dios, siempre se observa que tienen una biblia, a veces me piden que les lea a la biblia y yo lo hago (E2).

[...] se coordina con la familia para que puedan traer un padre, capellán o pastor (E13).

Las entrevistadas refieren que el cuidado de enfermería debe darse en forma integral, teniendo en cuenta que el ser humano es un ser biológico, social, psicológico y espiritual, debe ser considerado como un todo. Es necesario considerar, con mayor fortaleza la espiritualidad del adulto mayor pues ellos se aferran a un ser superior, pues la esperanza es lo último que pierde el adulto mayor.

La asistencia en la satisfacción de las necesidades humanas. La enfermera reconoce sus propias necesidades biofísicas, psicofísicas, psicosociales e intrapersonales y las del paciente (64).

[...] al iniciar las actividades del día en el turno de mañana se ora. A mis compañeras les gusta que ore yo. Se repite el padre nuestro y se termina rezando el Ave María. Eso me da seguridad pues tengo necesidades propias que deben ser cubiertas antes de iniciar el turno. Luego todos pasamos a nuestras actividades y recibimos el reporte de enfermería donde la colega saliente de la guardia nos

explica todo de los pacientes cómo el paciente pasó toda la noche y se realiza el reporte paciente por paciente (E2).

Los adultos mayores tienen que satisfacer las necesidades de menor rango antes de intentar cubrir las de un rango superior. La comida, la eliminación de residuos y la ventilación son algunos de los ejemplos de las necesidades biofísicas de mayor rango, mientras que la actividad, la inactividad y la sexualidad se consideran necesidades psicofísicas de mayor rango (36).

[...] valoramos a nuestros pacientes utilizando el modelo de valoración por patrones funcionales del proceso de atención de enfermería. Allí aplicamos todas las escalas de valoración geriátrica para evaluar el estado funcional, biológico, mental, social, nutricional y espiritual, con el objetivo de identificar las necesidades del paciente a ser cubiertas durante el turno (E2).

De acuerdo a Watson, el primer nivel está representado por las necesidades de supervivencia o necesidades biofísicas, por ejemplo: nutrición, eliminación y ventilación (71).

[...] ayudamos al paciente en la satisfacción de sus necesidades básicas, brindando su comodidad y confort, además de proceder a realizar todos los procedimientos necesarios para la satisfacción de necesidades básicas como, cambios de sondas, vías periféricas, realizo curaciones de lesiones, úlceras por presión, curación de catéter venoso profundo, siempre explicándoles (E1).

[...] el trabajo de la enfermera es fuerte, tenemos mucho que hacer, hay que hacer procedimientos con el objetivo de prevenir las infecciones intrahospitalarias; como cambio de sonda nasogástrica, sonda vesical, vía periférica o curaciones entre otros (E6).

[...] algunos pacientes no quieren que les realice los procedimientos refieren “no me cambies me va a doler” y les explico que soy otra enfermera y vamos hacer todo lo posible para que sea a la primera y no le cause dolor. Generalmente les pongo su vía a la primera y máximo a la segunda y ya no hay una tercera. En caso extremo cuando a la segunda no pude, pido ayuda para no lastimar a la paciente. Entonces, le digo vamos a intentar y le explico hasta que logre relajarse..., soy hábil al realizar los procedimientos, trato siempre de hacer lo mejor para ellos. Damos su alimentación, pues satisfacer la necesidad de alimentación es importante y participamos al brindarles su desayuno, almuerzo o cena (E2).

[...] en el hospital hay adultos mayores dependientes pero lúcidos y al darles su medicina les voy explicando la importancia de cada medicina ... porque si conocen la medicina que toman nos ayudará ... por ejemplo, la ranitidina, les explico, que le va a proteger la mucosa gástrica y evitará las úlceras gástricas; o cuando le doy el captopril, les controlará la presión arterial y así cada medicamento; de esa forma me ayuda a estar en constante investigación y convencerlos con conocimiento para que tomen su medicina (E8).

[...] para mí, el cuidado al adulto mayor hospitalizado son todas las acciones dirigidas a la satisfacción de las necesidades básicas. Como es dependiente, necesita de alguien para la satisfacción de necesidades básicas todas las acciones dirigidas a la limpieza, tratamiento, movilización, higiene, debe ser dirigido por la enfermera debe ser planificado en cada turno e identificar los diagnósticos de enfermería haciendo una priorización según el riesgo de vida (E7)

[...] le explicamos lo que le vamos a hacer y a la vez que lo colocamos en la posición adecuada y aspiramos inmediatamente las secreciones que tiene, nebulizamos para fluidificar las secreciones y lo volvemos a aspirar las secreciones si es necesario darle su tratamiento inhalatorio y se da el cuidado biológico. La alimentación es

otro aspecto importante, lo que nosotros hacemos es darle su dieta teniendo en cuenta las características nutricionales (E9).

En el segundo nivel se ubican las necesidades funcionales o psicofísicas como reposo actividad, y las sexuales.

[...] buscamos en todo momento la tranquilidad del paciente, especialmente en la noche, para que pueda descansar. Apagamos las luces, también pedimos la presencia constante de un familiar y de esa manera evitar los riesgos y ayudar a que ellos puedan relacionarse con su familia (E12).

[...] en relación al cuidado social tratamos de integrar a la familia en el cuidado y si la familia no viene se comunica por teléfono, se concientiza para el cuidado, tratando de identificar sus problemas por qué no vienen, si desean un informe médico se les dirige al médico se les acompaña para que reciban el informe médico y luego puedan acompañar a su paciente (E9).

[...] permito que la familia acompañe al adulto mayor dependiente especialmente en la noche pues es parte de su bienestar (E2).

[...] tuvimos la experiencia de un paciente en que logramos integrar a la familia y tratamos de vincularlos dándole tratamiento y las pautas del cuidado. Al final el paciente falleció, la familia sin embargo, terminó muy agradecida con nosotros hasta ahora frecuentamos con a la familia de ese paciente. Tenemos una buena relación (E8).

En un tercer nivel, las integrativas o necesidades psicosociales, de pertenencia y logros. En el nivel más elevado se ubican las necesidades intra/interpersonales; la necesidad de realización del sí mismo, tendientes a la búsqueda de crecimiento personal. Watson acota que los factores socioculturales afectan todas las necesidades en todos los

niveles. La consecución y la afiliación son necesidades psicosociales de rango superior.

La auto actualización es una necesidad superior intrapersonal-interpersonal (18).

[...] he tenido una experiencia importante y muy buena. Cuando ingresé a trabajar, siempre me gustaba llegar puntualmente y atenderlos sin dejar nada pendiente, realizar todas mis actividades con el adulto mayor, trabajo con el personal técnico, en el baño del paciente, el procedimiento para el cambio de una sonda, cambio de una vía, o aquella que se requiera. El cuidado que brindo es con cariño (E7).

[...] para hacer los procedimientos me tomo el tiempo necesario y siempre trabajamos con el personal técnico, me gustaba apoyarlos, ella era muy curiosa pues una vez que terminaba el baño le peinaba al paciente, si era mujer les hacía su colita con una liquita de las manoplas, quedábamos contentos al mirarla que ya estaba bien peinadita, bañadita, eso me hacía sentir bien, es parte de mi satisfacción personal (E6).

[...] el cuidado humanizado no solamente implica un tratamiento o la administración de medicinas o brindarles el cuidado y confort o realizar procedimientos para la mejora de la salud emocional y la mejora de su estima personal (E2).

[...] cuando el paciente tiene fiebre o tiene otra cosa tenemos que defenderlos tratando de hacer respetar todos sus derechos. Nosotros somos sus intérpretes, es un cuidado más completo, a veces no logramos abordar el aspecto social especialmente con la familia (E8).

[...] no solamente es brindar el tratamiento, sino también, requiere el apoyo psicológico y emocional a veces las palabras ayudan bastante e involucra a la familia puede que en algún momento hayan sido rechazados en el seno familiar no sabemos los motivos. Muchas veces conversando con las colegas no podemos

juzgarlos no sabemos porque se pueden abandonar a su paciente dándole el apoyo emocional (E11).

[...] el adulto mayor es un ser especial es un ser muy necesitado y en la guardia yo digo al final de reporte que mis pacientes estuvieron muy necesitados de mi cuidado y tuve que llamar, si es posible, al médico para que sea evaluado el adulto mayor que es un ser muy necesitado (E2).

[...] el aspecto espiritual se le brinda en todo momento, hemos tenido bastante ayuda con la familia con respeto a los pacientes que ya están en agonía siempre les decimos que por favor traigan un padre, un cura, un pastor, de acuerdo a su religión (E13).

c. El cotidiano del cuidado de enfermería al AMD es lento y prolongado

El Adulto Mayor Dependiente llega a una institución hospitalaria para recibir cuidado especializado, siendo su recuperación lenta, a veces se prolonga la estancia y permanencia pues los cambios para recuperar su estado original negativo. Las enfermedades propias del AM hacen que sea necesario un cuidado sensible, comprensible, demanda de apoyo, guía y supervisión, tal como se registra en las siguientes narrativas:

[...] llegar a ser pacientes dependientes es porqué han pasado por diversos cambios, problemas y enfermedades propias del adulto mayor... en los adultos mayores la respuesta es lenta el resultado de un cuidado se va ver muy lento por los mismos cambios propios del envejecimiento, las comorbilidades y la patología actual, hacen necesario de un cuidado sensible, delicado y depende mucho de nosotros (E3)

[...] muchas veces se encuentran pacientes desorientados se sacan la sonda a veces te pellizcan y te miran a ver cómo reaccionas, porque quieren llamar la atención o como defensa piensan que los estamos atacando. Hablándoles, ellos nos entienden y debemos comunicarles todo lo que hacemos (E14).

El cuidado del adulto mayor dependiente requiere de un cuidado especial que va de la mano con el proceso del envejecimiento, es decir, cómo nos hemos preparado en el transcurso de la vida para llegar a esta etapa de la vida, es por eso que las mejoras en la atención son muy lentas.

[...] no pueden valerse por sí mismos pero tienen su raciocinio todavía en buenas condiciones, con sus recomendaciones manifiestan de las dificultades que han tenido en la vida y nos dicen para que nosotras no tengamos esa misma experiencia (E 13).

[...] el trato que les doy es un trato familiarizado y quizá pueda ser mi abuelita mi tío o mis padres y hago énfasis en el cuidado y le doy un trato humano especialmente al paciente dependiente. El adulto mayor postrado crónico necesita mayor atención de nosotros y esa atención que debe darse con calidad y calidez (E9).

[...] ellos permanecen mucho tiempo con nosotros puesto que el promedio de permanencia en el hospital es 15 días, pues lo importante es la rehabilitación y el cuidado de enfermería (E5).

[...] el cuidado que brinda la enfermera es seguro, oportuno, integral y seguro. [...] ellos necesitan que alguien los escuche, esa persona es la enfermera pues la enfermera está las 24 horas del día, cuidamos en forma integral porque sabemos que tarde o temprano vamos a llegar a ser adultos mayores y lo que hagamos con ellos nos pasará a nosotros (E8).

[...] muchos de ellos refieren de que en la vida también se equivocaron, eso es parte de la vida y se arrepienten de no haber hecho muchas cosas, incluso uno de ellos me refería de que él nunca probó manejar una bicicleta, otro decía que él nunca probó jugar un fútbol porque su padre y su madre lo cuidaban tanto de que le prohibieron varias cosas que a él le hubiera gustado hacerlas (E15).

Las entrevistadas refieren que el cuidado de enfermería los hace sentir importantes y queridos por los demás, hablamos de la familia, de las enfermeras y de otros.

[...] muchos de ellos querían interactuar narraban sus vivencias, experiencias y yo no me abría mucho con ellos y entendí que era una necesidad básica que ellos requerían y necesitaban sentirse importantes y a la vez queridos; porque, a veces, las personas mayores de todas partes del mundo se sienten marginadas olvidadas por la familia la sociedad y darles su lugar es importante (E10).

[...] yo aprendí mucho de ellos, por ejemplo, uno de los pacientes me habló de la segunda guerra mundial que no lo había leído en los libros porque ellos lo habían vivido y esas experiencias las guardo en el corazón. Algunos guardaban algo de comida porque decían que en la guerra no había qué comer a veces no entendía por qué ellos hacían eso, en el fondo hay una razón, pues estaban llamando la atención (E10).

El cuidado de enfermería consiste en entender las vivencias del adulto mayor en forma conjunta con la enfermera pues ella tiene sus propias vivencias

[...] hay que entender sus vivencias pues en eso consiste el cuidado de enfermería, a partir de que he trabajado con los adultos mayores, he mejorado esas habilidades pues antes era muy hermética hablaba muy poco era muy cerrada y cuando fui a trabajar con ellos, tuve que aprender a hablar y entenderlos. (E10).

A medida que los años aumentan los hombres van presentando más limitaciones y dependencia, hasta duplicar el porcentaje de varones con niveles escasos de independencia respecto a las mujeres. Para la dependencia total, los factores que aparecen son relacionados con el deterioro de las capacidades y potencialidades de los adultos mayores por enfermedades crónicas y por postración (45).

d. El cotidiano del cuidado de enfermería al AMD es participar en el equipo interdisciplinario

El abordaje del cuidado al adulto mayor dependiente requiere fomentar el trabajo en equipo, interdisciplinarios, formados por los diferentes profesionales de los servicios sanitarios y sociales implicados en la atención de los seres cuidados, que garanticen la continuidad en los cuidados con la máxima participación del paciente y de su entorno (46).

[...] la enfermera participa de las reuniones del equipo interdisciplinario (E3).

[...] existen reuniones interdisciplinarias para abordar los casos de los pacientes difíciles y con problemas, pues cada uno es diferente y necesitan el apoyo de todo el equipo interdisciplinario (E2).

[...] el que sabe más del paciente es el enfermero y quien va a dar las soluciones a los problemas del paciente. La enfermera brinda un cuidado profesional las 24 horas del día, pues ella se encuentra con el paciente. Es la enfermera, quien va integrar al equipo interdisciplinario para que se aborde al paciente en todas sus esferas (E1).

La enfermera es el eje dentro del equipo interdisciplinario, depende de ella el cuidado integral y continuado del ser cuidado.

e. El cotidiano del cuidado de enfermería al AMD es integrar a la familia - adulto mayor dependiente y enfermera

La familia, es un grupo de personas formado por individuos que se unen, primordialmente, por relaciones de filiación o de pareja (98). El diccionario de la lengua española (38) define a la familia, como un grupo de personas emparentadas entre sí. Los lazos principales que definen una familia son de dos tipos: vínculos de afinidad derivados del establecimiento de un vínculo reconocido socialmente, como el matrimonio y vínculos de consanguinidad, como la filiación entre padres e hijos o los lazos que se establecen entre los hermanos que descienden de un mismo padre.

[...] al brindar el cuidado nos encontramos con familiares de los pacientes como hijos e hijas, esposas o esposos, hermanos y otros que dicen ser familia que a la hora de la hora no hacen nada por el paciente (E7).

[...] en cuanto ingresa el paciente al hospital nosotros identificamos a la familia. Identificamos dos tipos de familia, uno el familiar responsable y el segundo al familiar cuidador, con el objetivo de brindarles capacitaciones para que ellos posteriormente se conviertan en agente de cuidado con su paciente (E1).

La familia, en esta circunstancia también se torna sujeto y agente de cuidado, pues también es un ser vulnerable. Sujeto de cuidado pues al recibir al cuidado, siendo confortado, consolado y apoyado. Agente de cuidado, al recibir informaciones y orientaciones que le capaciten para brindar también los mismos cuidados, tanto en el ambiente hospitalario como en el domiciliario (60).

[...] a veces la familia también se torna ser cuidado o paciente pues también es vulnerable y necesita de cuidados pues se cansa y lo enviamos al psicólogo para que lo atienda y pueda aliviar su carga (E10).

[...] es un trabajo más enriquecedor como enfermera porque tienes que sensibilizar a la familia para que la familia se integre con el paciente y de esta forma te entienda el esfuerzo que tú haces para recuperar a tu paciente (E7).

[...] la familia también participa, lo incluyo en el cuidado especialmente si trabajo en hospitalización, cuando trabajo en la UCI es más difícil. Trato de que si el familiar viene con múltiples preocupaciones, algunos vienen ansiosos, algunos se ponen a llorar, trato de sacarlos afuera porque a veces el adulto mayor se da cuenta también se pone mal y quieren hablar cuando están con ventilación mecánica, quieren hablar también se ponen tristes, entonces, prefiero sacarlos afuera y explicarles y atenderlos pues necesitan de apoyo emocional y la enfermera es competente para brindar cuidados que necesita la familia (E13).

El cuidado de la enfermera involucra la participación de la familia, Felix (98) refiere que cuidar es acompañamiento y apoyo familiar, bajo estas circunstancias, que no son del todo desalentadoras, los cuidadores familiares manifiestan también la percepción de que cuidan con apoyo familiar, lo que les hace sentir que no van solos con la carga a cuesta. Ellos tienen la oportunidad de ayuda, otorgada por la enfermera. Existen respuestas negativas de parte de la familia hacia el paciente y también hacia la enfermera.

[...] tenemos familiares que vienen a cuidar y otros vienen a supervisar lo que hacemos... algunos piden estar con su paciente... y otros solo vienen a cobrar o a hacer firmar una carta poder del paciente... (E1).

[...] muchos familiares lejos de reconocer el trabajo que hacemos terminan quejándose porque ellos no logran entender por qué el paciente ha desmejorado en su salud (E7).

[...] hay rechazo al cuidado cuando tiene sonda o heridas, pero no hay contacto como familia que son, muchas veces son en forma negativa y cuando ellos no responden te chocas como si fueran una piedra. Ellos dicen que para eso está el personal, refieren que ellos dan un sueldo y no se dan cuenta que el paciente irá a casa y es una familia negativa donde no hay aporte y esos familiares son mínimos, pero hay que estar pendientes del soporte familiar y hay que capacitarlo y dar las orientaciones respectivas para los cuidados (E1).

[...] muchas veces quedan los familiares en la noche y no es para quedarse para dormir al lado del paciente sino para ayudar o colaborar al cuidado con el paciente. Hay familiares que insisten para acompañar al paciente y ellos solo viene a dormir y cuando están ellos a veces se sacan la vía la sonda, es doble riesgo para el paciente, por el descuido hay que tener que volver a colocar la sonda. Existen otros familiares que son muy colaboradores. (E1).

[...] el adulto mayor dependiente necesariamente cuando vaya a casa va a tener familia al costado, por lo tanto, es indispensable hacerle parte del cuidado adiestrándolo mientras que está en hospitalizado, porque el día que esté en casa ella brindará el cuidado familiar, por lo tanto, desde ese punto ya estamos haciendo partícipe del familiar en el cuidado aquí en el hospital (E12).

[...] hay otros pacientes que están en situación terminal pues necesita de su familiar y depende de la enfermera la comprensión a la familia obviamente debe estar con el paciente de repente tenga necesidad de pedirse perdón o conversar y necesitan estar juntos (E7).

[...] según la vivencia que he tenido es un poco triste porque la familia abandona a sus pacientes y creen que este hospital es un asilo dejan a su paciente, se despreocupan de él, no lo vienen a visitar, no le traen sus útiles, no le dan el apoyo o soporte emocional de parte de la familia y el paciente se siente solo, desprotegido (E9).

[...] en lugar de querer poner fuerzas para recuperarse, muchas veces el paciente decae, desmejora, y en ese momento la familia lo abandona y el paciente se vuelve como llamamos caso social, pese a tener dinero la familia se lo cobra y se lo gasta en cosas personales para ellos (E10).

Ante estas dificultades presentadas se implementó el programa familiar acompañante donde se capacita a la familia para el cuidado y es una fortaleza de las enfermeras del hospital y de ESSALUD

Cuidar al adulto mayor dependiente es integrar al adulto mayor dependiente con su familia y la enfermera, especialmente en la etapa terminal del AMD. Cuidar es estar hasta el final con la persona que requiere de cuidado. Esta actitud de cuidar es muestra de abnegación; ellos interponen como prenda de valor su ser; en condición saludable por lo que claman y agradecen a Dios por estar en condiciones de estar y seguir cumpliendo los requerimientos del cuidado donde sea necesario (98).

[...] tienes que ver cómo vinculas a la familia en la última etapa de la vida; pues, muchas veces la indiferencia de la familia es chocante para nosotros los enfermeros, nos afecta emocionalmente. Es una realidad muy frustrante pues es controversial en cuanto nosotros brindamos cuidados integrales trabajando todo el equipo interdisciplinario a los pacientes en el hospital y como enfermeras nos

preocupamos en brindarle un cuidado integral al verlos en todos los turnos las 24 horas del día (E7).

[...] cuando los pacientes acaban su días postrados se les observa tristes y a veces así terminan sus días, existen muchos adultos mayores que quedan postrados, dependientes y necesitan constantemente de nuestro cuidado y es nuestra obligación ayudarles a realizar su autocuidado con el apoyo nuestro porque son seres dignos que valen mucho (E2)

[...] muchos de nuestros paciente vienen con enfermedades terminales pero dentro de ello viene el cuidado de enfermería tratando de restablecer o recuperar la calidad de vida porque ellos se merecen el mejor trato tratar de recuperar su salud y calidad de vida hasta el final de sus días más (E5).

[...] necesitan un buen trato también los familiares y hay que estar con ellos hay que estar diciéndoles que tienen que estar con su paciente ... a veces el paciente no necesita algo físico sino necesita un apoyo emocional, necesitan que les conversen, que les hablen, que sigan su sentimiento. Cada paciente es diferente pues ellos necesitan un toque una mirada, escucharlos.... (E5).

[...] debemos ser enfermeras que da apoyo al final de la vida del paciente, aliviar su dolor, darles el soporte respiratorio, escucharlos, darles lo mejor hasta el último minuto de su vida. Recuerdo una vez a una paciente, preguntaba por mí, ... y cuando ya estaba agónica ella, oramos juntos y ella hacía el intento por orar y no le salía las palabras se le notaba el intento el entusiasmo y entonces le veo la cara y le digo que yo voy a orar y tú me sigues, le cojo la mano y estamos orando y yo veo que se agitaba más, se sentía que cada vez se agitaba más y más, termino de decir el padre nuestro y digo amén, cuando digo amén ella daba el último suspiro no sabía cómo reaccionar porque estaba la hija allí y se echó a llorar y yo estaba a su lado y me chocó, se me cayó las lágrimas y pude ser su apoyo, la abracé, la tranquilicé, pues ella se fue tranquila sin problemas, sin la agitación que a pesar de ser un paciente

con fibrosis pulmonar la señora solo cerró los ojos. Fue una experiencia gratificante porque le ayudaste a morir y apoyé a su familia y se fue tranquila (E5).

La participación de la enfermera al brindar los cuidados al adulto mayor en situación terminal es importante, pues es la enfermera que permanece con el adulto mayor las 24 horas del día y acompaña al ser cuidado que se encuentra en su lecho de dolor y su estado permite que la enfermera pueda llegar al enfermo en etapa terminal y satisfacer sus necesidades según su realidad.

4.2.3 Categoría 3: Comprendiendo los sentimientos y emociones de la enfermera al brindar el cuidado al AMD

Las enfermeras son seres humanos que necesitan de cuidado, son personas dignas pues son seres integrales al igual que el paciente, para brindar cuidado a otro ser ella debe valorarse a sí misma, debe ser valorada por los demás y solo de esta forma podrá llegar a los demás, tal como refieren las entrevistadas:

[...] el cuidado humanizado también es para nosotras las enfermeras pues engloba al ser humano como un todo como un ser valioso, por su origen somos seres creados por Dios, somos criaturas de Dios... cuando Dios creó este mundo creó al hombre como ser digno y de igual manera cuando nacemos Dios nos da la dignidad, por lo tanto, nadie puede quitarnos nuestra dignidad (E2).

En el cotidiano profesional, se requieren enfrentamientos distintos de los trabajadores de enfermería, ya que la defensa del ser cuidado, de los intereses de las instituciones de salud, hasta sus propios deseos y necesidades personales, a menudo olvidados o banalizados, relacionados con el ejercicio de la autonomía, del cuidado de sí

mismo y del otro, involucrando al mismo tiempo relaciones de poder y de resistencia, comúnmente ni siquiera percibidas. Estas relaciones presentan la inmediatez como característica principal y, del mismo modo que permiten y se mantienen en las diferencias, apartan a todo lo que hace que un individuo sea un individuo, distanciándolo de sus relaciones con los demás, fragmentándolo del cotidiano y conectándolo a sí mismo, reforzando su propia identidad, no siempre de forma positiva(103).

[...] cuando los trato bien me siento realizada y me siento bien y me gustaría que me traten con el cariño, el mismo cariño, el mismo trato que di (E2).

[...] cuando he dado un trato amable a mi paciente he cumplido con mi trabajo hasta terminar lo que me corresponde a pesar de quedarme después de mi turno dos horas más para hacer mis notas. A pesar de salir cansada después de la guardia y debo cumplir fielmente con la parte que me toca eso es algo extraordinario. Entonces, cada actitud que uno tiene frente al paciente es también por una motivación interna y el amor que Dios nos da y tenemos que transmitirlo y brota naturalmente porque nos relacionamos con nuestro creador (E2).

[...] las enfermeras somos un pilar importante en el hospital especialmente al brindar cuidado al adulto mayor y los otros profesionales nos valoran como que hay otros también que no nos reconocen el trabajo que hacemos (E8).

[...] hay reconocimientos de parte de la Jefa todos los años teniendo en cuenta algunos méritos y eso es bueno. Por otro lado, ante los logros que hemos tenido también nos reconocen, por ejemplo, hemos sido reconocidos en dos oportunidades por parte de las autoridades del nivel central de mi institución, a nivel nacional por logros en la mejora de la calidad en el cuidado al paciente (E2).

El profesional de enfermería puede experimentar un intenso malestar, no siempre entendido de una forma clara y precisa, que puede identificarse como sufrimiento moral, un sentimiento que resulta de la incoherencia entre sus acciones y sus convicciones personales y profesionales (104).

[...] muchas veces para mi cuidar al adulto mayor dependiente es frustrante. Das tanto apoyo y haces bastante por ellos y sientes que no logras nada e igual fallecen y entiendes que es parte del quehacer de la enfermera siempre que fallece (E5).

[...] le doy gracias a Dios, pocas experiencias he tenido, pero las experiencias de fallecimiento de paciente, ha sido chocante para mí, sabiendo que la atención que das es de lo mejor y el paciente se siente satisfecho también los familiares pues ellos te dan las gracias y eso es lo que vale para nosotros y nos da ganas de seguir atendiendo o cuidando a los pacientes por las gracias que te dan y se van satisfechos por el cuidado que brindamos. A veces las cosas que queda lo donan para otros pacientes ya sea pañales, cremas y por eso te hacen sentir que están satisfechos por el cuidado recibido, teniendo en cuenta que el cuidado al adulto mayor dependiente es totalmente diferente al cuidado del adulto mayor autovalente (E5).

Así, cuando los trabajadores de enfermería y los demás trabajadores de salud enfrentan limitaciones en su capacidad para la práctica ética, sintiéndose forzados a comprometer sus valores y normas personales, pueden experimentar el sufrimiento moral (105).

[...] el cuidado humano también es ayudarnos entre compañeros, entonces buscamos cambiar y mejorar en nuestro trato al paciente y me siento contenta (E2).

[...] un día una paciente me dijo: “si angelitos como tu hubieran acá todo el mundo sería diferente porque mis penas y mis dolores se van” (E4).

Es necesario entender los hechos diarios, de las relaciones establecidas, intrigarse con lo que se considera natural, ya que el peligro está en las situaciones más obvias y banales, lo que demuestra la necesidad de revisar las racionalidades impuestas por la sociedad, y también por la propia construcción como sujetos y trabajadores de enfermería (105). La comprensión del poder cómo relaciones de fuerzas con la inmanente posibilidad de resistencia, permite una nueva mirada sobre los distintos ámbitos relacionales de la enfermería, revelando que luchas, conocimientos, prácticas y estrategias de afrontamiento han permitido la defensa de valores morales y profesionales, influyendo en la construcción moral de los sujetos trabajadores de enfermería, principalmente en las situaciones derivadas de la vivencia del sufrimiento moral (48).

[...] existe deslealtad entre las mismas colegas. Pues en una ocasión me denunciaron solamente porque la otra colega hizo un comentario negativo de mí y la familia lo consideró que yo había hecho algo en contra de su paciente cuando no es verdad (E13)

Sin embargo, en el cotidiano de la enfermera, muchas situaciones parecen reflejarse en sufrimiento y angustia para ella. Se destacan las relaciones de poder con los adultos mayores dependientes hospitalizados, los gestores y los distintos equipos del área de la salud, involucrando cuestiones morales y valores relacionados con las deficiencias identificadas en la atención, la insuficiencia de enfermeras, la falta de recursos materiales y la propia organización del trabajo predominantemente burocratizada, fría y tecnicista (105).

[...] en el cuidado al adulto mayor no todo es maravilla pues existen problemas en la infraestructura porque las habitaciones son bipersonales y eso va en contra del buen cuidado especialmente al adulto mayor porque algunos están desorientados y mientras estoy atendiendo a un paciente en una habitación el otro se está cayendo en la otra habitación. Es por eso que las habitaciones deben ser comunes salvo que haya una enfermera para cada dos pacientes y eso las autoridades no entienden (E1).

[...] otro aspecto es la infraestructura; no es la adecuada, eso influye en mí, pues me da impotencia, pese a que el hospital es uno de los últimos en construirse aparentemente no hubo participación de los profesionales expertos en geriatría y gerontología, pues solo el que conoce las características del adulto mayor conoce la necesidad de infraestructura para ellos (E2).

Es importante resaltar que para el bienestar de la enfermera también es relevante la infraestructura, pues la ubicación de las habitaciones influye en el bienestar de la enfermera, de igual forma la falta de ropa, de medicamentos y las deficiencias en el mobiliario, en especial las camas: “No creo que tengan culpa las enfermeras, pero la atención no fue muy buena porque a veces faltaba mucho, lo que eran sábanas, batas y cobertores y el tipo de habitaciones” (106).

[...] es necesario reconocer el confort tanto del paciente como de la enfermera. Pues favorece el cuidado, como la iluminación adecuada, el silencio, los baños y pisos limpios para movilizarse, que el personal siempre esté atento y el apoyo de parte de nuestro personal técnico y cuando brindamos un buen cuidado al final nos sentimos bien (E10).

[...] creo que un tema que se debe tener en cuenta es la comodidad del personal, por ejemplo, hace poco mejoraron nuestros vestuarios, eso me hizo sentir bien (E2).

[...] existe un problema que es un tema delicado y no entiendo por qué las autoridades no lo valoran y es el déficit de personal. La cantidad de enfermeras que somos no alcanza para brindar un cuidado de calidad, no se trata de cuantos pacientes atiendes, sino de cómo los atiendes. He tenido experiencias bastante negativas, pues a veces no alcanza el tiempo y luego la familia te reclama hasta te denuncia, la institución no responde por ello tenemos que enfrentar los problemas solas (E13).

La contención del gasto sanitario en muchos países de Europa es una realidad a pesar de que se arriesgue la calidad y la seguridad de los pacientes. Actuar sobre los hospitales es uno de los pilares de cualquier política para mitigar lo que nos cuesta la sanidad y la enfermería es un “blanco fácil”, ya que resulta sencillo lograr una reducción del gasto prescindiendo de profesionales. Prefieren hacer eso en lugar de apostar por la eficiencia y la mejora de los procedimientos, algo que siempre daría resultados a más largo plazo. Y sin embargo, esa opción de reducir al mínimo el personal de enfermería puede tener consecuencias muy graves para los pacientes cuando los enfermeros que quedan en el centro afrontan una carga de trabajo excesiva (102).

Un nuevo estudio, publicado en el último número de la prestigiosa revista *The Lancet* (102) refleja que los pacientes tienen más riesgos de fallecer después de pasar por procesos quirúrgicos comunes si están ingresados en hospitales donde las enfermeras asumen una gran carga de trabajo.

[...] existe mucha falta de personal las autoridades quieren que veamos 18 o más pacientes por enfermera y me parece que eso es inhumano tanto para el paciente como para la enfermera pues también hay que cuidar a la enfermera, pues también

nos cansamos y eso nadie entiende, pues la institución apuesta por el recorte presupuestal no contratando enfermeras (E15).

La reducción de las plantillas en un país que ya tenía un pobre ratio entre pacientes y enfermera es probable que se traduzca en muertes evitables y costosas complicaciones para los pacientes, como las infecciones”. De hecho, el estudio recuerda que, en Estados Unidos, cada dólar invertido en mejoras en la plantilla de enfermería tiene un retorno estimado de 0,75 dólares en inversión directa en el hospital, eso sin contar los intangibles beneficios colaterales (102).

Durante las vivencias de las enfermeras emergió la sobrecarga laboral al trabajar más horas de lo programado, sin embargo, en la mayoría de las veces la hacen voluntariamente.

[...] a veces tenemos que trabajar más de 6 horas y eso afecta a nuestra vida familiar, por otro lado como el sueldo no alcanza para vivir tenemos que hacer horas extras o ir a trabajar a otro lado (E8).

Doy todo de mi parte al brindar mis cuidados pues el paciente no tiene la culpa de que falte personal aunque tenga que irme tarde de mi trabajo muchas veces me quedé 2 a 3 horas más solo por dejar bien a mi paciente pues me gusta cuidarlos (E2).

Es necesario implementar un ratio adecuado para el cuidado al adulto mayor especialmente el dependiente tal como presenta la Organización Colegial de Enfermería de España (102) investigación que ha recogido datos de más de 420.000 pacientes de 300 hospitales de nueve países europeos –incluido España- y entre sus conclusiones destaca

que por cada paciente extra que se añade a la carga de trabajo de un enfermero o enfermera las posibilidades de que un paciente muera en el mes posterior a la cirugía se incrementan un 7 por ciento. Por otra parte, elevar un 10 por ciento el índice de enfermeros con un título universitario se asocia a un descenso del riesgo de muerte también de un 7 por ciento. España tiene también la peor ratio enfermera/paciente de los nueve países analizados – Bélgica, Inglaterra, Finlandia, Irlanda, Países Bajos, Noruega, Suecia y Suiza- con 12, 7 pacientes por cada enfermera, frente a las cifras de países como Irlanda y Noruega, con 6,9 y 5,2 respectivamente. La media europea es de 8. Por lo tanto, es de vital importancia en beneficio de las personas cuidadas y de la salud de las enfermeras la necesidad imperiosa de reducir el ratio enfermera-paciente tal como es el promedio de los países europeos.

En la búsqueda del cuidado ideal al adulto mayor las entrevistadas refieren que se hace imperiosa la necesidad de identificar perfil básico de la enfermera para el cuidado al AMD, a continuación detallan algunos criterios básicos:

La vocación de servicio: Las enfermeras al iniciar el cuidado deben tener vocación, cualidad necesaria e importante para el cuidado al adulto mayor, sin embargo, no todas las enfermeras, son enfermeras por vocación. La vocación (del latín: *vocāre*; llamar) es el deseo de emprender una carrera, profesión o cualquier otra actividad cuando todavía no se han adquirido todas las aptitudes o conocimientos necesarios. Las experiencias demuestran que para ser enfermera es necesario de la vocación de servicio.

[...] yo siendo niña adopté la función de nana o de enfermera de mi abuelo y él tenía varias operaciones, le daba sus medicamento, estaba pendiente de su tratamiento, poco a poco fui desarrollando mi vocación el interés de atender a las personas (E5).

[...] una enfermera fue la que cuidó a mi abuelita, de ahí nació la vocación porque vi cómo ella se entregaba de lleno a favor de los pacientes (E13).

[...] a medida que fui avanzando en la práctica me fui dando cuenta la importancia del trato humano a la persona adulta mayor. El saber escuchar, el saber entender, el ser un poco más tolerante me hizo desarrollar ciertas cualidades que no había desarrollados antes. El saber valorar al paciente adulto mayor desde todo punto de vista. Me siento muy a gusto de trabajar en este tipo de hospital ya que sigo aprendiendo cosas nuevas, cosas que trato de enseñar a mis compañeras, la experiencia que he tenido en el área crítica, me ha servido para mejorar mis competencias, capacidades (E10).

[...] es dar todo por ellos, ponerse en una situación de que algún día todos vamos a llegar a ser adultos mayores, satisfacer todas mis ideas especialmente de la dependencia del paciente tratar de ser más atentos en su cuidado y viendo muy a la par de su patología. La meta que uno se propone cuando le presentan al paciente, les haces un plan de cuidado... los evalúo, los valoro, hago todo por ellos en mi turno, trato de alcanzar la meta, teniendo en cuenta el cuidado integral (E13).

Actitud resiliente, en el día a día la enfermera necesita tener actitud resiliente (102), la resiliencia es la capacidad de los seres vivos para sobreponerse a períodos de dolor emocional y situaciones adversas (102).

[...] también te absorbe emocionalmente la familia y tenemos un desgaste emocional fuerte, porque escuchas lo que te cuentan y tienes a cargo 60 pacientes

y me sentía cargada y todos te buscan para contar sus problemas, me sentía cargada. Hasta en casa me preocupaba por los pacientes y su familia. Te cargas emocionalmente, llega un momento en que como ser humano hay cansancio, para las enfermeras también hay cansancio. El programa dirigido a la familia es positivo y es una buena estrategia para el cuidado humano al paciente y familia (E7).

Cuando un sujeto o grupo es capaz de hacerlo, se dice que tiene una resiliencia adecuada, y puede sobreponerse a contratiempos o incluso resultar fortalecido por estos. La resiliencia se aborda desde la psicología positiva donde se observa en las capacidades, valores y atributos positivos de los seres humanos, y no en sus debilidades y patologías, como lo hace la psicología tradicional. Es superar algo y salir fortalecido y mejor que antes (101).

[...] el llamarles por su nombre les hace sentir bien y te escuchan algunos te responden a veces el saludo otros sonríen, otros levantan la mano esas respuestas a mí me satisfacen el hecho de decirme con un gesto un “gracias”. Un día una paciente me dijo “si angelitos como tú hubieran acá, todo el mundo sería diferente porque mis penas y mis dolores se van”, “cuando tú estás ya no tengo dolor y yo soy feliz”, con esta actitud de los pacientes soy feliz (E4)

[...] el cuidado de enfermería es un todo. No solo asistencial, también es la docencia, investigación y la administrativa. Es todo, para brindar un adecuado cuidado hay que tener en cuenta esas áreas. Muchas veces me hizo emocionar, me hizo sentir bien con mi trabajo. La satisfacción como enfermera es saber que con los cuidados que brindé el paciente se recupere y se vaya bien a casa (E11).

[...] a pesar de situaciones difíciles tanto con los pacientes, organizativas, de infraestructura, de déficit de personal y otros, a pesar de esas situaciones me siento muy contenta cuando voy a trabajar al hospital (E2).

[...] una vez tuve la ocasión de orar con un paciente y me dijo “cuando pueda voy a traerle un regalo por haber orado conmigo” y otro caso me pasó lo mismo yo me sentía muy emocionada por la respuesta del paciente una satisfacción por lo que hice por ella, era una paciente que le echaba ganas ella decía que se iba a recuperar porque quería recuperarse por sus hijos.

[...] al brindar el cuidado hay una satisfacción al lograr que el paciente se vaya bien a su casa especialmente de las enfermedades que dejan secuela y que la familia ya pueda continuar con los cuidados y se sienta satisfecha por los cuidados recibidos (E11).

[...] el pasar del tiempo, con el pasar de los años eso es lo que yo me llevo, las vivencias, el confort que siento al ver que he sacado adelante mi paciente y que salió bien, yo misma me doy ánimo, bien, ya lo lograste, por fin, o estas bien, te estoy dejando bien ah?. Gracias, los que te pueden hablar, los que no, de repente te miran pero bueno es suficiente no necesito más. Esa es mi vivencia y es re comfortable (E12).

[...] las personas que se dan cuenta son agradecidas y valoran a las enfermeras y las personas dependientes te escuchan, aparentemente no te hablan, sin embargo lo último que pierden es la audición (E14).

La identificación con el ser cuidado, enfermera y con los valores de ambos, y la repetición de estas situaciones, llevan a la necesidad de repensar la práctica de los profesionales de enfermería bajo un prisma de las relaciones de poder, revisando las relaciones y acciones en una perspectiva ética-estética (107).

[...] cuando son niños todos quieren atender y si es adulto también. Cuando es adulto mayor, se ve lo que se ha cosechado en la vida, muchas veces es la soledad, cómo has tratado a las personas, cosechas los afectos que has dado, cosechas los

vínculos que has tenido, a veces terminas solo pero cuando te ven a ti, enfermera y no sabes quiénes son, vas con toda la alegría con emoción y ellos se emocionan, por más que sean totalmente postrados, dependientes. Como que es la última oportunidad de la vida y puedes lograr que la familia puede perdonarse pues pueda entenderse aunque sea al final de su vida (E7).

[...] he tenido paciente coquetos, parcos a veces no te contestan el saludo, negativos, por ejemplo, pacientes conflictivos. Pero, no podemos decir conflictivos, sin embargo, crean conflicto o son negativos con el personal y presentan cierta agresividad por la personalidad que tenían eran demandantes y he podido trabajar con todos, [...] recuerdo mucho un paciente que tenía 95 años era de buena familia con buena comodidad económica pero la familia lo había abandonado, otros pacientes psiquiátricos, y también hay pacientes manipuladores, pacientes con trastornos de personalidad (E1).

Las enfermeras entrevistadas refieren que se identifican con los adultos mayores porque ellas son seres que sienten y entienden la situación de cada uno de los adultos mayores pues ambos son seres que necesitan ser cuidados de igual forma.

4.2.4 Categoría 4: Trascendiendo en el cuidado al AMD

En la presente categoría se muestra que se puede trascender al brindar el cuidado de enfermería. Torralba (66), muestra la diferencia entre trascendental y categorial según Kant estriba en que lo trascendental se refiere a las condiciones de posibilidad de algo, su condición fundante; en cambio lo categorial se refiere a aquello que se da bajo las coordenadas espacio temporales, a lo que debe hacerse en un momento dado. La enfermera trasciende en el cuidado posterior al alta del paciente, cuando este llegue al domicilio acompañado de su familia, a continuación se presenta algunas vivencias:

[...] el cuidado de enfermería se ve influenciado por la participación de la familia en el cuidado (E4). Al capacitarlos para el cuidado del paciente en su domicilio, trascendemos porque simplemente el paciente ya no regresará y permanecerá en su domicilio cuidado por su familia (E6)

[...] para los cuidados que se brindarán en el domicilio, hemos capacitado a los familiares (E3).

[...] cuando ingresa los pacientes vienen familias desunidos, ni se hablaban entre hermanos y les hemos enseñado a brindar el cuidado a su paciente en domicilio los cuales desconocían los cuidados básicos ejemplo el cambiar un pañal, administrar la medicina, etc. Al momento del alta las familias salían unidas ya sea entre hermanos, padres e hijos y aprendieron a dar cuidados integrales incluyendo el cuidado emocional también aprendieron a dar cariño les enseñábamos a programarse entre ellos para que brinden el cuidado (E4).

[...] se les prepara para brindar el cuidado en el domicilio, a través de reuniones grupales (E2).

[...] hacemos visita domiciliaria, donde observamos que los acuerdos hechos en el hospital se respetaban, se habían organizado para brindar el cuidado, pagaban a un familiar para que con ánimo podían ayudar a su paciente, el capacitar a los pacientes es parte del cuidado porque ayuda a los pacientes (E4).

[...] la participación de la familia en el cuidado que realizo es importante pero hay familiares que están para que te ayuden en el cuidado y hay otros que no apoyan y solamente vienen para criticar y la familia piensa que todo debe hacer la enfermera. Hacemos nosotros todo lo que hay que hacer. La familia no siempre es colaboradora, sin embargo, les pedimos que por lo menos le hablen a su paciente y ellos no lo hacen (E14).

[...] los pacientes y los familiares cuentan que cuando ellos estuvieron en el otro hospital, les habían hablado bien del cuidado que se daba en este hospital por todos los profesionales, especialmente, del cuidado de las enfermeras, [...] sé que lo que aprendieron en el hospital a través del programa familiar acompañante los familiares no se olvidarán pues hemos capacitado a más de veinte mil familiares. (E1).

[...] he observado muchos cambios en los pacientes cuando ingresé al hospital los pacientes venían con múltiples lesiones, múltiples escaras de 4to grado y se observa que ahora ya no vienen así, ahora ya no vienen con úlcera por presión (UPP). Se está mejorando el cuidado, la evidencia es que los pacientes vienen en mejores condiciones prácticamente el 50% de los pacientes venían con UPP ahora creo que es mucho menos (E4).

[...] una paciente, después de 6 meses que se le había dado de alta a su paciente regresó y buscó a la jefa y agradeció por los cuidados que había recibido en el hospital, creo que, como enfermeras debemos trascender en nuestros cuidados porque los pacientes y su familia sabe diferenciar los cuidados que se brindan en los diferentes hospitales (E2).

Para trascender es necesario de la participación de la enfermera y la familia. La preparación a la familia significa trascender pues queda en la familia los conocimientos impartidos para toda la vida, además, queda en el paciente en realizar su autocuidado y mejorar su calidad de vida para el adulto mayor enfermo dependiente hospitalizado y familia.

CAPÍTULO V

CONSIDERACIONES FINALES

Las consideraciones finales que emergen de los relatos expresados por las enfermeras permiten describir y caracterizar de manera consistente sus vivencias al brindar el cuidado al adulto mayor dependiente, además, se observa una mejora en el cuidado de parte de la enfermera a este grupo vulnerable, los que se describen a continuación:

La enfermera al brindar cuidados al adulto mayor dependiente hospitalizado identifica problemas físicos, psicológicos, familiares, sociales y funcionales. Interpreta que el adulto mayor es un ser vulnerable, integral y que el proceso del envejecimiento, es un proceso del ser humano donde sus capacidades físicas, mentales, sociales, espirituales, funcionales y mentales se van mermando paulatina e inexorablemente añadido por mal estilo de vida que los lleva a hospitalizarse, consecuentemente se vuelven dependientes de cuidados del equipo interdisciplinario, especialmente de los cuidados de la enfermera, por ser la profesional que se encuentra las 24 horas del día en el hospital.

Al respecto, el Perú no está preparado para brindar cuidados a los adultos mayores, especialmente a los adultos mayores dependientes, debido a un incremento sustancial creciente de la población adulta mayor, siendo actualmente el 9,1% (8), paralelamente las estadísticas referidas por el INEI (27) estiman que los adultos mayores se suman anualmente en un 3,3%. El Perú, en el sector público no existen programas de cuidado al

adulto mayor dependiente, sin embargo, hoy el gobierno, está dando énfasis en los programas sociales dirigidos al adulto mayor en general como son el programa de Pensión 65, la creación de los Taytahuasi y los Centros Integrales del Adulto Mayor (CIAM) y en EsSalud los CAM., A pesar de la vulnerabilidad, es necesario dar una mirada a este grupo vulnerable que se encuentra abandonado, tanto por el gobierno, organizaciones gubernamentales y la familia.

También, existe una significativa brecha negativa en infraestructura, equipos y materiales en los establecimientos que atienden adultos mayores, específicamente en lo referente a accesibilidad. Asimismo, existe brecha negativa en relación al talento humano, especialmente enfermeras. Ante esta situación problemática EsSalud, no es la excepción, pues, la población asegurada, ha crecido palmariamente a un ritmo de 7% anual en promedio de adultos mayores. Se proyecta que para el año en ejercicio, los asegurados será 60% más en comparación a la población del año anterior, de modo que la población adulta mayor aumentará un 13.3% (102), llegando a ser preocupantemente cerca al 50% de asegurados de la ciudad de Lima y Callao, comparativamente, según, la Organización Mundial de la Salud debe haber una cama por cada 1000 asegurados y EsSalud tiene un margen negativo de diferencia de 1418 camas hospitalarias según reporte de la institución (109).

En relación al personal de salud, hablamos que en el año 2006 había 551 trabajadores por cada 100 000 asegurados, empero, ahora existe 507 por cada 100 000 asegurados, significa que lejos de un crecimiento proporcional a disminuido, confluyendo

en un efecto contraproducente y los afectados son los adultos mayores; las enfermeras, son las que se encuentran en contacto directo con ser cuidado. Hoy en día la carga enfermera y ser cuidado cada vez es mayor, de acuerdo a los registros de EsSalud (110), “idealmente una enfermera debe atender a 18 pacientes”, atentando en contra de la población en mención y las enfermeras, referencialmente, en un reporte hispano (102), menciona que en Europa el ratio enfermera paciente es de 8 además refiere que la “la reducción del personal de enfermería deriva un riesgo directo para los pacientes y no se debe reducir el número de enfermeras, es más se debe dar énfasis en la formación de enfermeras”.

A través del presente estudio, se pone de manifiesto la necesaria relevancia en el fortalecimiento de los cuidados a través de la mejora de la infraestructura y al talento humano que debe ser considerado y normado a nivel político y gubernamental; también, es ineludible apostar por una mejora cotidiana, científica y técnica de los cuidados de los adultos mayores como resultado de la investigación científica, en beneficio de la población vulnerable, materia de este estudio.

En este contexto, la enfermera al iniciar el cuidado al adulto mayor dependiente identifica al ser vulnerable, valora sus características y la de su familia, reseña sus problemas y las necesidades de capacitación de la familia, efectúa diagnósticos de enfermería, prepara el plan de cuidados para intervenir en el desarrollo del cuidado y por último ejecuta y evalúa su actuar. La función principal de la enfermera según la Ley del Enfermero peruano (111) es “brindar cuidado integral de enfermería basado en el Proceso

de Atención de Enfermería (PAE)”, las enfermeras del hospital están preparadas y capacitadas para utilizar y sistematizar el PAE como herramienta de cuidado a favor del adulto mayor dependiente hospitalizado, el Colegio de Enfermeros del país, respalda este actuar y las enfermeras reúnen las competencias para trabajar con conocimiento científico.

La enfermera brinda, reiterando, cuidados al AM y su familia, la enfermera valora e identifica las necesidades de capacitación de la familia de acuerdo a los problemas identificados en el AMD, desde que ingresa al hospital, pues ella refiere que el contacto inicial con la familia es importante, y en el hospital, desde que llega, se capta e involucra a la familia, tanto al familiar responsable como al familiar cuidador, desde el primer día se educa y capacita a la familia en los temas de bioseguridad, proceso de envejecimiento, síndromes geriátricos, envejecimiento saludable, proyecto de vida del adulto mayor y familia, alimentación saludable, cuidados de enfermería en la comodidad y confort, cuidados al realizar procedimientos, identificación de signos de alarma, manejo de vía aérea, cuidados en la eliminación, cuidados en la movilización, cuidados al realizar procedimientos especiales, entre otros. Esta capacitación integral a la familia prepara a la familia para el alta de su paciente. A nivel nacional existen escasos programas de apoyo a la familia, sin embargo, EsSalud tiene normado la **directiva de familiar acompañante:** cuidador primario; directiva que nace desde la experiencia del Programa Familiar Acompañante del Hospital San Isidro Labrador, actualmente implementada a nivel nacional, convirtiéndose en una fortaleza para el cuidado del adulto mayor y su familia. Cabe recalcar que a través de esta norma institucional, las enfermeras trascendieron a los muros de esta institución.

Por otro lado, la enfermera al vivenciar el cuidado al AMD identifica las concepciones del cuidado, manifiesta que el cuidado al adulto mayor es un acto de amor a él y familia. La enfermera caracteriza el cuidado, donde brindar cuidado al adulto mayor dependiente es un acto de amor, tener compasión, ser competentes, tener confianza, ser consiente y responsable, tener compromiso, ser respetuosos y defender los derechos del otro. La enfermera refiere que cuidar al AMD debe tener habilidades para escuchar y responder a las expectativas del ser cuidado, atender a la llamada del otro con una dulce mirada, sonrisa, contacto afectuoso y tener una escucha activa, considerando la individualidad del ser vulnerable; al brindar el cuidado la enfermera debe manifestar interés, dedicación, compromiso y respeto por el otro.

El cotidiano de las enfermeras al brindar el cuidado al AMD es a veces gratificante o satisfactorio, sin embargo, otras veces se ve limitado por variados factores extrínsecos. Las enfermeras refieren que el cotidiano de la enfermera al brindar el cuidado al AMD es vivir con el paciente en el día a día, entender y entender sus dolencias, colocarse en el lugar de ellos, es participar en las reuniones del equipo interdisciplinario, es integrar a la familia en el cuidado, es el acompañamiento al paciente en situación terminal, y en la mayoría de las veces es lento y prolongado. Además, la enfermera manifiesta que, ella como enfermera también es un ser importante, valioso, por lo tanto, es necesario comprender los sentimientos y emociones de la enfermera, reconocer la identificación entre el adulto mayor dependiente y la enfermera. La enfermera refiere que pocas veces se reconoce la labor que realiza a favor de los adultos mayores y su familia, pues ellas brindan su cuidado con vocación y servicio, con valores éticos, muchas veces se olvidan

de lo que está fuera de la unidad del paciente, al brindar el cuidado la enfermera tiene actitud resiliente y sale adelante a pesar de las adversidades, pues se olvida de sus problemas personales y la de su familia. La enfermera necesita trascender en el cuidado que realiza, a través de la preparación de la familia para el cuidado del paciente en el domicilio, además, de realizar una propuesta de cuidado del paciente en todos los aspectos bio-psico-socio-espiritual y funcionales específicamente para el adulto mayor dependiente pues es un grupo olvidado por la sociedad.

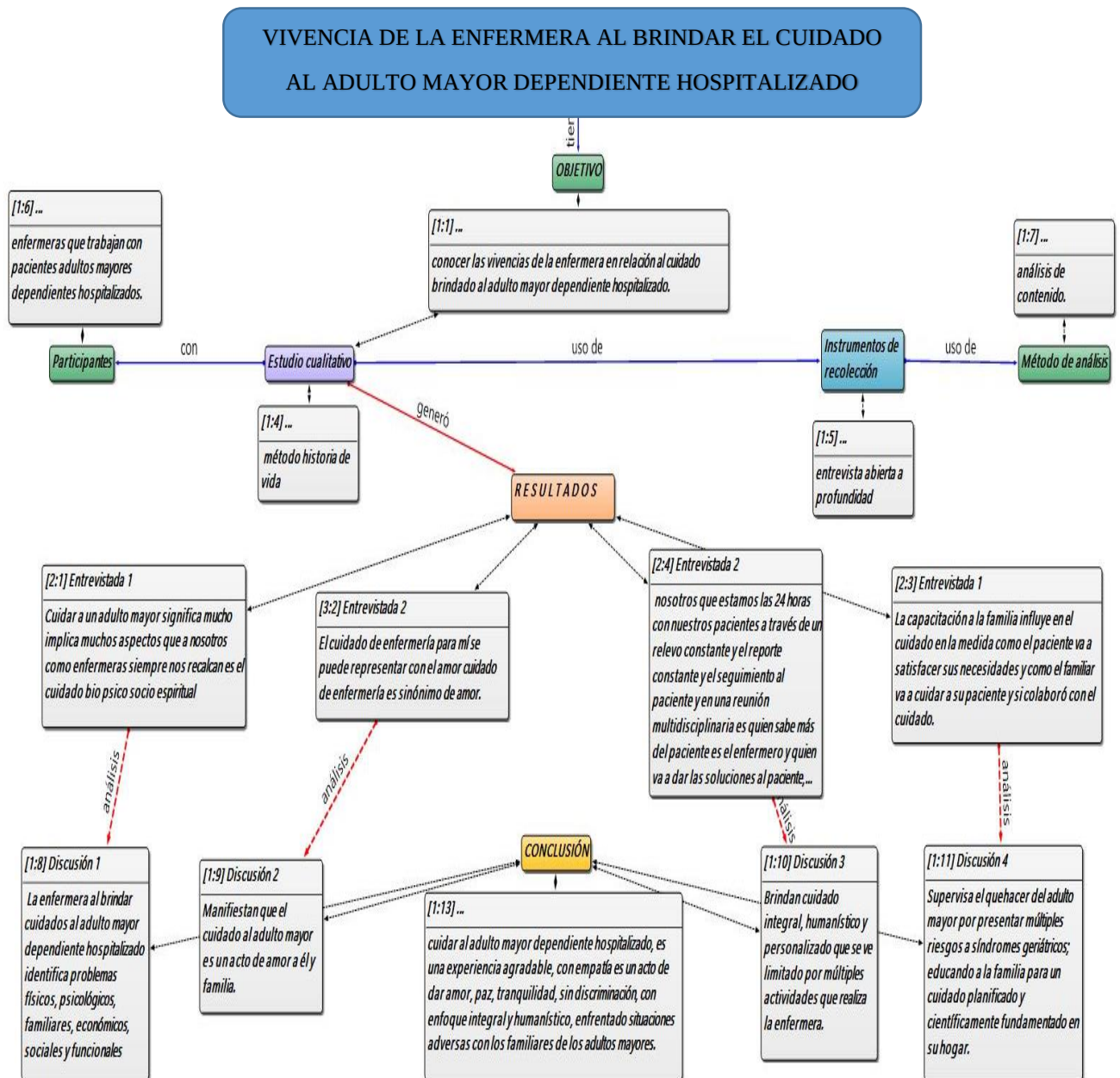
La revisión teórica efectuada permitió identificar la relación entre los conocimientos previos del cuidado y lo referido por las entrevistadas, contrastándose y creando conocimientos nuevos para la comunidad científica. Por otro lado, el tipo de estudio fue cualitativo, método historia de vida, tal como se muestra en el gráfico N° 1, el cual permitió profundizar las concepciones del cuidado de enfermería donde las enfermeras narraron sus experiencias vividas en el cuidado desde sus primeros contactos hasta la forma de trascender en el tiempo, teniendo en cuenta el conocimiento científico del cuidado. Por lo tanto, es necesario dar a conocer los resultados del estudio a la institución donde laboran las participantes de la investigación. Asimismo, difundir los hallazgos de esta investigación a la comunidad científica nacional e internacional.

Para la enfermera cuidar al adulto mayor dependiente hospitalizado, es una experiencia agradable, compasiva, con empatía, es un acto de dar amor, paz, tranquilidad, sin discriminación, con enfoque integral y humanístico, enfrentando situaciones adversas en la institución, entre enfermeras y con los familiares de los adultos mayores. Con el

propósito de promover el trabajo interdisciplinario en beneficio al adulto mayor es necesario incentivar este tipo de investigaciones en todos los ámbitos, especialmente aquellos que mejorará la calidad de vida de la persona en el proceso del envejecimiento. Se debe dar énfasis en promover investigación cualitativa pues a través de esta se genera nuevos conocimientos, en todos los niveles de formación de enfermeras, tanto en pregrado y postgrado. Por otro lado, es pertinente que las Escuelas de Enfermería a nivel universitario del Perú fortalezcan y potencialicen, el abordaje en el área del cuidado de enfermería al AMD y sus áreas, permitiendo el cuidado humanizado al adulto mayor y su familia.

Para finalizar, el camino que queda por recorrer, no será fácil, porque como lo señala el forastero, es el camino lento pero con una llegada feliz, porque serán las generaciones futuras las que vivenciarán ese cuidado, donde el profesional de enfermería y el adulto mayor, serán partícipes de su cuidado y de cuidar al otro y podrán alcanzar el envejecimiento con calidad de vida y bienestar.

Tabla 3. Resumen del estudio: Vivencias de la enfermera al brindar el cuidado al adulto mayor dependiente hospitalizado en el Hospital II CGSIL



REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Verástegui M. Significado del cuidado de enfermería otorgado por las enfermeras de un servicio de cirugía de un hospital de Chiclayo 2012. Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2014.
2. Macías J. Manual de Geriátría. 3ra ed. España: Editorial Elsevier; 2002. 836 p.
3. Macías J. Geriátría desde el principio. 2da ed. Editorial GLOSA; 2005. 543 p.
4. Abellán G, Abizanda P, Alastuey C, Albó A, Alfaro A, Alonso M, et al. Tratado de geriatría para residentes [Internet]. Coordinación editorial: International Marketing & Communication SA, editor. Madrid: Sociedad Española de Geriátría y Gerontología (SEGG); 2006. 816 p. Available from: <http://www.segg.es/tratadogeriatria/main.html>
5. Arpasi O. Efectividad del programa educativo “ Cuidando con amor ” en los conocimientos , actitudes y prácticas sobre prevención de úlceras por presión de los cuidadores de pacientes adultos mayores del Hospital San Isidro Labrador – EsSalud , Lima , Perú. Rev Científica Ciencias la Salud. 2013;6(2):15–27.
6. Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables. Plan nacional para las personas adultas mayores 2013-2017. Lima; 2012.
7. Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables. Cuaderno sobre Poblaciones Vulnerables PLAN PAM 2013-3017 promoviendo el envejecimiento activo y

- saludable. Lima: Ministerio de la Mujer y Poblaciones Vulnerables; 2013. 25 p.
8. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Perú: Crecimiento y distribución de la Población. Lima; 2007.
 9. ESSALUD. Plan estratégico institucional 2012 - 2016 EsSalud. Lima; 2012.
 10. Boff L. El cuidado esencial: Ética de lo humano. Compasión por la tierra. Madrid: TROTТА; 2002. 164 p.
 11. Watson J. Le caring. Philosophie et science des soins [Internet]. Paris: Seli Arslan; 1998. 317 p. Available from: <http://www.amazon.fr/CARING-Philosophie-science-soins-infirmiers/dp/2842760115>
 12. Leininger M. Transcultural Nursing: Concepts, Theories, Research and Practice [Internet]. Third Edit. United States of America: The McGraw-Hill Companies, Inc.; 2002. 621 p. Available from: https://books.google.com.br/books?id=Bp9QQvEn_9gC&dq=transcultural+nursing+concepts+leininger&hl=pt-BR&sa=X&ved=0CBwQ6AEwAGoVChMI6uD2x-f3yAIVwYSQCh2NrAEU
 13. Waldow V. El proceso de cuidar según la perspectiva de la vulnerabilidad. Rev Latino-am Enferm [Internet]. 2008;16(4):765–71. Available from: http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692008000400018&script=sci_abstract&tIng=es

14. Waldow V. Actualización del cuidar. Aquichan [Internet]. 2008;8(1):85–96.
[Available from: http://www.scielo.org.co/pdf/aqui/v8n1/v8n1a08.pdf](http://www.scielo.org.co/pdf/aqui/v8n1/v8n1a08.pdf)
15. Boff L. O cuidado necessário: na vida, na saúde, na educação, na ética e na espiritualidade. 2a ed. Petropolis: Editora Vozes; 2013. 296 p.
16. Barrera L, Duarte C. Significado que el gerontocuidador no profesional da al cuidado del adulto mayor en el hogar [Internet]. Universidad Pedagógica y Tecnológica de Colombia; 2006. Available from: <http://www.index-f.com/lascasas/documentos/lc0204.pdf>
17. Hesbeen W. est-il prendre soin ? 1999;1–20. Available from: <http://comiyeh.free.fr/0/Le Caring - Walter Hasbeen.pdf>
18. Abades M. Los cuidados enfermeros geriátricos según el modelo de Watson. Gerokomos [Internet]. 2007;18(4):176–80. Available from: <http://scielo.isciii.es/pdf/geroko/v18n4/176rincon.pdf>
19. Leitón-Espinoza Z, Gómez M. El cuidado singular durante el envejecimiento y la vejez. Editorial Universitaria de la Universidad de Trujillo; 2012. 239 p.
20. García M, Martínez R. Enfermería y envejecimiento [Internet]. Barcelona: Elsevier España, S.L.; 2012. 344 p. Available from: <https://books.google.com.br/books?id=wutRMVLSwcsC&printsec=frontcover&hl=pt-BR#v=onepage&q&f=false>

21. Millán J. Gerontología y Geriátría: Valoriación e intervención. Madrid: Editorial Médica Panamericana, S.A.; 2010. 690 p.
22. Organización Mundial de la Salud. Informe Mundial sobre el Envejecimiento y la Salud [Internet]. Estados Unidos de América; 2015. Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186466/1/9789240694873_spa.pdf?ua=1
23. Organización Mundial de la Salud. La salud de las personas de edad [Internet]. Madrid; 1989. Available from: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/186471/1/WHO_FWC_ALC_15.01_spa.pdf
24. MINSA. Modelo de Atención Integral de Salud Basado en Familia y Comunidad [Internet]. Ministerio de Salud, editor. Lima - Perú: Ministerio de Salud Perú; 2011. 124 p. Available from: <http://determinantes.dge.gob.pe/archivos/1880.pdf>
25. Organización Panamericana de la Salud. Envejecimiento en la Américas: Proyecciones para el Siglo XXI [Internet]. Washington D.C.; 2010. Available from: <http://ccp.ucr.ac.cr/creles/pdf/ageams.pdf>
26. Barcena A. El envejecimiento y las personas de edad. Indicadores sociodemográficos para América Latina y el Caribe [Internet]. Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE), editor. Santiago:

- Naciones Unidas; 2009. 70 p. Available from:
<http://www.cepal.org/es/publicaciones/1350-el-envejecimiento-y-las-personas-de-edad-indicadores-sociodemograficos-para>
27. Instituto Nacional de Estadística e Informática. Perfil Sociodemográfico del Perú. Lima; 2008.
 28. Ministerio de Salud. Plan Estratégico Institucional 2012-2016 del Ministerio de Salud. Lima; 2012.
 29. Congreso de la República. Ley de las Personas Adultas Mayores. Registro Oficial Lima Perú; 2006 p. 6.
 30. Coutinho AT, Popim RC, Carregã K, Spiri WC. Integrality of care for the aged in the family health strategy: the vision of the team. Esc Anna Nery - Rev Enferm [Internet]. 2013;17(4):628–37. Available from:
http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1414-81452013000400628&lng=en&nrm=iso&tlng=en
 31. Daza R, Medina L. Significado del cuidado de enfermería desde la perspectiva de los profesionales. Cult los Cuid [Internet]. 2006;10(19):55–62. Available from:
http://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/968/1/culturacuidados_19_08.pdf
 32. Parrado Y, Caro-Castillo C. Significado, un conocimiento para la práctica de enfermería. Av en Enfermería. 2008;26(2):116–25.

33. Waldow V. Cuidado integral: Cuidando de sí, del otro, del todo. Rev Paraninfo Digit [Internet]. 2012;15. Available from: <http://www.index-f.com/para/n15/002po.php>
34. Fernández V, Rondón R. Significado que le otorga la enfermera(o) al cuidado del adulto mayor. Universidad de Carabobo; 2012.
35. Ojeda G. Vivência de enfermeiros no cuidado do idoso moribundo hospitalizado: a perspectiva fenomenológica. Universidade de São Paulo; 2007.
36. Urrea M E, Jana A A, García V M. Algunos Aspectos Esenciales Del Pensamiento De Jean Watson Y Su Teoría De Cuidados Transpersonales. Cienc y enfermería. 2011;17(3):11–22.
37. Osuna J. Globalización y envejecimiento. Revisión. Rev Venez Endocrinol Metab Univ los Andes , Mérida, Venez. 2009;7(1):3–13.
38. LAPESA R. Diccionario de la lengua española [Internet]. Instituto de investigación RAPHAEL LAPESA; 2015. Available from: <http://www.rae.es/ayuda/diccionario-de-la-lengua-espanola>
39. OPS. Estrategia para la cobertura universal de salud. Washington D.C., Estados Unidos de América; 2014 p. 5.
40. Huenchuan S. Envejecimiento, solidaridad y protección social en América Latina y el Caribe. La hora de avanzar hacia la igualdad [Internet]. Santiago de Chile:

- CEPAL; 2013. 192 p. Available from:
http://repositorio.cepal.org/bitstream/handle/11362/2617/LCG2553P_es.pdf?sequence=1
41. MINSA. Ley N° 29414 Ley que establece los derechos de las personas usuarias de los servicios de salud [Internet]. Peru; 2015. Available from:
http://www.inen.sld.pe/portal/documentos/pdf/normas_legales/resoluciones_ministeriales/2015/08012015_RM005-2015-MINSA_b.pdf
42. Vera M. Significado de la calidad de vida del adulto mayor para sí mismo y para su familia. An La Fac Med [Internet]. 2012;68(3):284–90. Available from:
<http://www.scielo.org.pe/pdf/afm/v68n3/a12v68n3>
43. Espinosa J, Muñoz F, Portillo J. Clasificando a las personas mayores. Una visión dinámica. Med Fam [Internet]. 2005;6(3):167–8. Available from:
<http://www.samfyc.es/Revista/PDF/v6n3/08.pdf>
44. Aimar A. Desmitificando la vejez ... hacia una libertad situada: una mirada crítica sobre la realidad cotidiana del adulto mayor. Villa María: Editorial Universitaria Villa María; 2009. 118 p.
45. Reyes-Audiffred V, Leitón-Espinoza Z. El cotidiano del cuidador familiar del adulto mayor con dependencia: reconfigurando el espacio. Enf Neurol [Internet]. 2014;13(2):81–6. Available from:

<http://www.medigraphic.com/pdfs/enfneu/ene-2014/ene142e.pdf>

46. Ministerio de Sanidad SSEISNDS. Sistema Nacional de Salud. España; 2012.
47. Varela L, Chávez H, Herrera A, Saavedra P, Verástegui O. Valorización geriátrica integral en adultos mayores hospitalizados a nivel nacional. Diagnóstico [Internet]. 2004;43(2). Available from: <http://fihu-diagnostico.org.pe/revista/numeros/2004/mar-abr04/57-63.html#up>
48. Do Prado M, Schmidt K. Salud y globalización: retos futuros para el cuidado de Enfermería. Invest Educ Enferm [Internet]. 2004;22(2):104–11. Available from: <https://aprendeenlinea.udea.edu.co/revistas/index.php/iee/article/viewFile/2964/2675>
49. White E. El ministerio de curación. Oklahoma: Academy Enterprises, Inc.; 1995. 443 p.
50. Kane R, Ouslander J, Abrass I, Resnick B. Essentials of clinical geriatrics. Sixth Edit. United States of America: The McGraw-Hill Companies, Inc.; 2009. 598 p.
51. Gil P. Fisiología del envejecimiento y su influencia ante la cirugía. Clínicas urológicas la Complutense Serviico Geriatria Hosp Univ San Carlos Madrid-España. 1993;(2):25–40.
52. Gallo J, Rabins P, Lyketsos C, Tien A, Anthony J. Depression without sadness: functional outcomes of nondysphoric depression in later life. J Am Geriatr Soc

- [Internet]. 1997;45(5):570–8. Available from:
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/9158577>
53. Bermúdez K. Significado que le conceden las enfermeras al cuidado desde la perspectiva transcultural y su relación con el cuidado que brindan en el componente crecimiento y desarrollo de los centros de salud de la dirección de salud V-2003. Universidad Nacional Mayor de San Marcos -Lima-Perú.; 2004.
54. León E, Alfonso J. Redes de apoyo y calidad de vida en Cuba. Santiago; 2003.
55. Ortiz P, Chávez J, Chávez H, Varela L. Delirio en el paciente adulto mayor hospitalizados: presentación clínica y morbilidad. Rev Soc Peru Med Interna [Internet]. 2001;14(4):184–90. Available from: <http://bases.bireme.br/cgi-bin/wxislind.exe/iah/online/?IsisScript=iah/iah.xis&src=google&base=LILACS&lang=p&nextAction=lnk&exprSearch=315493&indexSearch=ID>
56. San Martin C. La espiritualidad en el proceso de envejecimiento del adulto mayor. Rev académica Hologramática Univ la Front Temuco; Chile [Internet]. 1(2008):103–20. Available from:
http://cienciared.com.ar/ra/usr/3/589/hologramatica08_v1pp103_120.pdf
57. Mejoramiento de los servicios de atención de atención geriátrica en Lima metropolitana. Lima; 2006.
58. White E. La edad dorada. Buenos Aires: Asociación Casa Editorial Sudamericana;

2004. 288 p.
59. White E. El hogar adventista. Oklahoma: Academy Enterprises, Inc.; 1995. 541 p.
60. Díaz R, Bustamante S. Enfermería, familia y persona con cáncer terminal. Del cuidado hospitalario al cuidado en el hogar. Lima: Editora Grafica Emmanuel; 2011. 122 p.
61. Collière M-F. Cuidar a primeira arte da vida. 2a ed. Loures: Lusociência; 2003. 440 p.
62. Espino S, Gómez M. Enfermería y sus resonancias del cuidado en el niño hospitalizado. Trujillo: Editorial Universitaria de la Universidad de Trujillo; 2013. 183 p.
63. Amaro M, Espinoza T. Significado del cuidado de enfermería en las enfermeras del Hospital Nacional Edgardo Rebagliati Martins, EsSalud. Universidad Nacional Mayor de San Marcos; 2004.
64. Ayala-Valenzuela R, Calvo-Gil M, Torres-Andrade M, Koch-Ewertz T. Evidencias para la filosofía de Watson: versión preliminar del caring behaviors assessment en Chile. Rev Cubana Enferm. 2010;26(1):42–51.
65. Torralbal F. Antropología del cuidar. Madrid: Editorial MAPFRE, S.A.; 1998. 392 p.
66. Torralbal F. Ética del cuidar. Fundamentos, contextos y problemas. Madrid:

Editorial MAPFRE, S.A.; 2002. 272 p.

67. Álamo M. La idea de cuidado en Leonardo Boff. Rev Tales Univ Autónoma Madrid - España. 2011;4:243–53.
68. Waldow V. Cuidado humano - O resgate necessário [Internet]. 2a Edição. Porto Alegre: SAGRA-DC LUZZATTO; 1999. 202 p. Available from: <https://books.google.com.br/books?id=UjfhQwAACAAJ&dq=cuidado+humano+o+resgate+necess%C3%A1rio&hl=pt-BR&sa=X&ved=0CBsQ6AEwAGoVChMI-tqAtp73yAIVxRSQCh1GAAoF>
69. González RM, Bracho, Cira; Zambrano A, Marquina, Mary; Guerra CA. El cuidado humano como valor en el ejercicio de los profesionales de la salud - Mayeroff. Available from: <http://servicio.bc.uc.edu.ve/fcs/vol6n2/6-2-4.pdf>
70. Caro S. Enfermería: Integración del cuidado y el amor. Una perspectiva humana. Salud Uninorte. 2009;25(1):172–8.
71. Rojas A, Pérez S, Lluch A, Cabrera M. Gestión del cuidado enfermero en la teoría del déficit de autocuidado. Rev Cubana Enferm [Internet]. 2009;25:3–4. Available from: http://scielo.sld.cu/scielo.php?pid=S0864-03192009000200002&script=sci_arttext
72. Torralba Roselló F. Esencia del cuidar. Siete tesis. Sal terrae Univ Ramón Llull - Barcelona España. 2005;93(1095):885–94.

73. Raile M, Marriner A. Modelos y teorías en enfermería. 7a ed. Barcelona: Elsevier España; 2011. 816 p.
74. Watson J. Human Caring Science. Theory of Nursing. 2a ed. United States of America: Jones and Barlett Publishers; 1940. 117 p.
75. Watson J. Nursing: Human science and human care. A theory of nursing [Internet]. London: Jones and Barlett Publishers; 2007. 111 p. Available from: <http://www.amazon.com/Nursing-Human-Science-Care-Watson/dp/076375322X>
76. Watson J. Nursing: The philosophy and science of caring [Internet]. Boston: University Press of Colorado; 2008. 336 p. Available from: <https://books.google.com.pe/books?id=Ggt4JlHH37gC&dq=nursing+the+philosophy+and+science+of+caring+by+jean+watson&hl=pt-BR&sa=X&ved=0ahUKEwj tubO0hc3JA hWBkx4KHR3yD2cQ6AEIGjAA>
77. Watson J. Caring science as sacred science [Internet]. Philadelphia: F.A. Davis Company; 2005. 242 p. Available from: <http://www.amazon.com/Caring-Science-as-Sacred/dp/0803611692>
78. Gasull M. La ética del cuidar y la atención de enfermería. TFC Humanit [Internet]. 2005;12. Available from: <http://openaccess.uoc.edu/webapps/o2/bitstream/10609/1242/1/31802tfc.pdf>

79. Roach M. The human act of caring: A blueprint for the health professions. Ottawa: Canadian Hospital Association; 1992. 148 p.
80. Martínez M. La investigación cualitativa: síntesis conceptual. Rev IIPSI Fac Psicol UNMSM - Lima Perú. 2006;9(1):123–46.
81. Martínez M. Ciencia y arte en la metodología cualitativa. México: Editorial Trillas, S.A.; 2006. 330 p.
82. Ñaupas H, Mejía E, Novoa E, Villagómez A. Metodología de la investigación científica y elaboración de tesis. 3a ed. Lima: CEPREDIM; 2013. 455 p.
83. Do Prado M, Souza M, Carraro T. Investigación cualitativa en enfermería: contexto y bases conceptuales [Internet]. Washington D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 2008. 240 p. Available from: https://books.google.com.pe/books/about/Investigación_cualitativa_en_enfermería.html?id=agQfcgAACAAJ
84. Muñoz L. Antecedentes sobre la investigación cualitativa en enfermería. Horiz enferm. 1995;6(2):18–23.
85. Puyana Y, Barreto J. La historia de vida : Recurso en la investigación cualitativa. Maguaré [Internet]. 1994;10:185–96. Available from: <http://revistas.unal.edu.co/index.php/maguare/article/view/185-196>
86. Espiritu Santo F, Cunha B. Envelhecimento e morte na concepção dos idosos e

- profissionais de enfermagem: uma revisão integrativa. Rev Temática Kairós Gerontol [Internet]. 2012;15(4):161–74. Available from: <http://revistas.pucsp.br/index.php/kairos/article/view/10192/12636>
87. Bertaux D. Los relatos de vida en el análisis social. Hist y Fuente Oral [Internet]. 1989;1:87–96. Available from: http://www.jstor.org/stable/27753230?seq=1#page_scan_tab_contents
 88. Rodriguez Y. Violencia conjugal contra a mulher - bases para o aconselhamento em enfermagem (Tesis Doctoral). Journal of Chemical Information and Modeling. Universidad Rio de Janeiro; 2003.
 89. Valdés T. Venid, benditas de mi Padre: las pobladores, sus rutinas y sus sueños. Santiago: Facultad Latinoamericana de Ciencias Sociales; 1988. 396 p.
 90. Denzin N. The interactionist study of social organization: a note on method. Symb Interact [Internet]. 1979;2(1):59–72. Available from: <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1525/si.1979.2.1.59/abstract>
 91. Gómez O, Gutierrez E. La situación de enfermería: fuente y contexto del conocimiento de enfermería. La narrativa como medio para comunicarla [Internet]. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia; 2011. 204 p. Available from: <http://www.amazon.com/situación-enfermería-conocimiento-narrativa-comunicarla-ebook/dp/B011SCQRHI>

92. Do Prado M, Souza M, Monticelli M, Cometto M, Gómez P. Investigación en enfermería. Metodología y didáctica. Washington D.C.: Organización Panamericana de la Salud; 2013. 252 p.
93. Pérez G. Investigación cualitativa. Retos e Interrogantes. Madrid: Editorial La Muralla, S.A.; 1994. 230 p.
94. Polit D, Hungler BP. Investigación científica en ciencias de la salud [Internet]. 6a ed. México: The McGraw-Hill Companies, Inc.; 2000. 725 p. Available from: <http://www.amazon.com/Investigacion-Cientifica-Ciencias-Salud-Principios/dp/970102690X>
95. Hernández R, Fernández C, Baptista P. Metodología de la investigación. 4a ed. México: The McGraw-Hill Companies, Inc.; 2006. 850 p.
96. Ferreira F, Bansi L, Paschaal S. Serviços de atenção ao idoso e estratégias de cuidado domiciliares e institucionais. RevBrasGeriatrGerontol [Internet]. 2014;17(4):911–26. Available from: <http://www.scielo.br/pdf/rbgg/v17n4/1809-9823-rbgg-17-04-00911.pdf>
97. Báez-Hernández F, Nava-Navarro V, Ramos-Cedeño L, Medina-López O. El significado de cuidado en la práctica profesional de enfermería. AQUICHAN [Internet]. 2009;9(2):127–34. Available from: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=74112142002>

98. Félix A. Significado de cuidar para el cuidador familiar de adultos mayores dependientes en Matamoros Tamaulipas, México: Una perspectiva de género. Universidad de Alicante; 2012.
99. Gonzáles G. Concepto, significado del acto de morir y consecuencias en el cuidado que expresan las enfermeras de Chihuahua, México. Universidad Nacional de Colombia; 2014.
100. Congreso de la República. Ley General de Salud - PERU [Internet]. Igarss 2014. 1997. p. 1–5. Available from: [http://www.minsa.gob.pe/renhice/documentos/normativa/Ley 26842-1997 - Ley General de Salud Concordada.pdf](http://www.minsa.gob.pe/renhice/documentos/normativa/Ley%2026842-1997-Ley%20General%20de%20Salud%20Concordada.pdf)
101. Gazquez J, Pérez M, Molero M, Mercader I, Barragán A, Núñez A. Calidad de vida, cuidadores e intervención para la mejora de la salud en el envejecimiento. Volumen 3 [Internet]. Almería: ASUNIVEP; 2013. 728 p. Available from: <http://dialnet.unirioja.es/servlet/libro?codigo=522568>
102. Consejo General de Enfermería. La sobrecarga del trabajo y la formación de las enfermeras afecta la supervivencia del paciente [Internet]. España; 2015. Available from: <http://www.consejogeneralenfermeria.org/index.php/sala-de-prensa/noticias/item/2587-la-sobrecarga-de-trabajo-y-la-formaci%C3%B3n-de-las-enfermeras-afectan-a-la-supervivencia-del-paciente#.Vpa1afnhA2x>

103. Velásquez V, López L, López H, Cataño N. Tejido de significados en la adversidad: discapacidad, pobreza y vejez. *Hacia la Promoción la Salud*. 2011;16(2):121–31.
104. Numminem O, Leino-Kilpi O, Isoaho H, Meretoja R. Ethical Climate and Commitment References. Finlandia; 2014. p. 845–59.
105. Debos E, Lerch V, Lerch G, Tomaschewski-barlem J, Silva R. Sufrimiento moral en el cotidiano de la enfermería : huellas ocultas de poder y resistencia Método. 2013;21(1):1–8. Available from: *Rev. Latino-am. Enfermagem*
106. Moreno M, Interrial M. Percepción del paciente acerca de su bienestar durante la hospitalización. *Index de Enfermería [Internet]*. 2012;21(4):1132–296. Available from: <http://dx.doi.org/10.4321/S1132-12962012000300002>
107. Flores G, Borges Z, Budó M, Silva F. A dádiva do cuidado: estudo qualitativo sobre o cuidado intergeracional com o idoso. *Ciência, Cuid e Saúde [Internet]*. 2011;10(3):533–40. Available from: <http://eduem.uem.br/ojs/index.php/CiencCuidSaude/article/view/11683/pdf>
108. ESSALUD. Estimación de carga de enfermedad y lesiones en la población asegurada - 2010. Lima; 2012.
109. Bafigo V. expo comisión salud congreso - EsSalud [Internet]. 2015. Available from: file:///D:/Tesis Doctorado/articulos tesis doctorado/expos_comsionsalud_congreso-plan maestro ESSALUD.pdf

110. Gerencia Central de Prestaciones de Salud - ESSALUD. Lineamientos de Programación de Prestaciones de Salud - 2014 [Internet]. 2014. Available from: http://www.essalud.gob.pe/downloads/LINEAMIENTOS_2014.pdf
111. Colegio de Enfermeros del Perú. Ley del Enfermero peruano 27669 [Internet]. 2002. Available from: http://www.mintra.gob.pe/contenidos/legislacion/dispositivos_legales/ley_27669.htm

ANEXOS

Anexo 1

CONSENTIMIENTO INFORMADO PARA LA REALIZACIÓN DE LA ENTREVISTA INDIVIDUAL

El abajo firmante declara, que ha sido informado por la investigadora de los motivos y propósitos de la entrevista a realizar, que conoce que los resultados se utilizarán solo para fines científicos y que se garantizará su anonimato. Acepta participar en el proyecto de investigación, realizando una entrevista individual que será grabada en su totalidad mediante la utilización de una grabadora de voz.

Y para que así conste:

Firma: _____

Lima, ____ de _____ de 201__.

ANEXO 2

PREGUNTAS DE ENTREVISTAS

A. Datos de Generales:

Datos de Generales de la enfermera

Edad:

Sexo:

Estado Civil:

Religión:

Años de experiencia:

Especialidad:

B. Datos específicos:

Entrevistador: Muy buenos días, Agradecerte tu participación en esta investigación

Cuéntame tus vivencias en relación al cuidado al adulto mayor dependiente hospitalizado.