



UNIVERSIDAD
AUTÓNOMA
DE ICA

FACULTAD DE CIENCIAS DE LA SALUD

TRABAJO ACADÉMICO

**“NIVEL DE SATISFACCION DEL PACIENTE ADULTO
MAYOR SOBRE EL CUIDADO QUE BRINDA LA
ENFERMERA EN EL SERVICIO DE GERIATRIA
HOSPITALIZACION DEL CENTRO MEDICO NAVAL
LIMA - 2018”**

**PARA OPTAR EL TÍTULO DE SEGUNDA ESPECIALIDAD EN:
GERIATRÍA Y GERONTOLOGÍA**

**PRESENTADO POR:
RAMÍREZ MIRANDA ANGÉLICA MARIBEL**

**ASESOR:
DRA. HERNANDO MARTIN CAMPOS MARTINEZ**

**CHINCHA – ICA - PERU
2018**

ÍNDICE

CAPÍTULO I: PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 DESCRIPCIÓN DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA.....	04
1.2 DELIMITACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN.....	05
1.3 PROBLEMAS DE INVESTIGACIÓN.....	06
1.3.1 PROBLEMA PRINCIPAL.....	06
1.3.2 PROBLEMA SECUNDARIO.....	06
1.4 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN.....	06
1.4.1 OBJETIVO GENERAL.....	06
1.4.2 OBJETIVO ESPECÍFICO.....	06
1.5 JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA DE LA INVESTIGACIÓN.....	06
1.5.1 JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA.....	06
1.5.2 LIMITACIONES.....	07

CAPÍTULO II: MARCO TEÓRICO

2.1 ANTECEDENTES DEL PROBLEMA.....	08
2.2 BASES TEÓRICAS.....	09

CAPÍTULO III: HIPÓTESIS Y VARIABLES

3.1 HIPÓTESIS GENERAL.....	26
3.2 HIPÓTESIS SECUNDARIA.....	26
3.3 VARIABLES (DEFINICIÓN CONCEPTUAL Y OPERACIONAL).....	26

CAPÍTULO IV: METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

4.1 TIPO Y NIVEL DE INVESTIGACIÓN.....	30
--	----

4.2 MÉTODO Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN.....	30
4.3 POBLACIÓN Y MUESTRA DE LA INVESTIGACIÓN.....	30
4.3.1 POBLACIÓN.....	30
4.3.2 MUESTRA.....	31
4.4 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE LA RECOLECCIÓN DE DATOS.....	31
4.4.1 TÉCNICAS E INSTRUMENTO.....	31
4.4.2 FUENTES.....	32
CAPÍTULO V: ADMINISTRACIÓN DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN	
5.1 RECURSOS (HUMANOS, MATERIALES).....	33
5.2 PRESUPUESTO.....	33
5.3 CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES.....	35
REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS.....	36
ANEXOS	

CAPÍTULO I

PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 DESCRIPCIÓN DE LA REALIDAD PROBLEMÁTICA

En la ciudad de Lima la expectativa es más altas que en otros lugares del país lo que significa que el grueso de adultos mayores y sus respectivas demandas es mayor; el servicio de hospitalización del Centro Medico Naval no es ajeno a esta realidad. Sin embargo, no cuenta con ningún estudio que aborde la mencionada problemática.

Se ha percibido que los adultos mayores durante su hospitalización no se sienten totalmente satisfechos, por lo que se considera importante evaluar las deficiencias del problema, se percibe desinterés y falta de gestión por parte del jefe, en mejoras del servicio. La motivación para la realización del presente proyecto surge, por la experiencia como enfermera en el Servicio de Geriátría Hospitalización, si bien es cierto se trata de Brindar los cuidados de enfermería y satisfacer al 100% todas las necesidades de los pacientes adultos mayores; pero existen algunas deficiencias en el servicio como: un plan de capacitación continua, las malas condiciones del entorno físico y materiales, que impide a la enfermera mejorar sus cuidados diarios, en beneficio y satisfacción del adulto mayor.

1.2 DELIMITACIÓN DE LA INVESTIGACIÓN

La población objeto de estudio serán los pacientes adultos mayores hospitalizados.

Este proyecto se desarrollará entre los meses de Enero – Abril 2018, Hospital Medico Centro Naval. Esta investigación abarca dos conceptos fundamentales como el nivel de satisfacción y cuidados de Enfermería. Siendo así que el profesional de Enfermería al ser un personal de salud tiene mucho que ofrecer a este grupo etéreo, a través de los cuidados, ya que juega un rol importante al representar ese ser, que le brindara un ambiente de confianza y seguridad buscando el bienestar y la pronta recuperación, el paciente, aplicando los cuidados basados en valores y conocimientos científicos.

1.3 PROBLEMAS DE INVESTIGACIÓN

1.3.1 PROBLEMA PRINCIPAL

¿Cuál es el nivel de satisfacción del paciente adulto mayor respecto el cuidado que brinda la enfermera en el servicio de Geriatria hospitalización?

1.3.2 PROBLEMA SECUNDARIO

- ¿Cuál es el Nivel de Satisfacción del Paciente Adulto Mayor según la dimensión Humana?
- ¿Cuál es el Nivel de Satisfacción del Paciente Adulto Mayor según la dimensión Técnico -Científico?

- ¿Cuál es el Nivel de Satisfacción del Paciente Adulto Mayor según la dimensión Entorno que brinda la Enfermera?

1.4 OBJETIVOS DE LA INVESTIGACIÓN

1.4.1 OBJETIVO GENERAL

Determinar el nivel de satisfacción del paciente adulto mayor respecto el cuidado que brinda la enfermera en el servicio de Geriatria hospitalización del centro Médico Naval. Lima 2018.

1.4.2 OBJETIVO ESPECÍFICO

- Identificar el Nivel de Satisfacción del Paciente Adulto Mayor según la dimensión Humana.
- Identificar el Nivel de Satisfacción del Paciente Adulto Mayor según la dimensión Técnico - Científico que brinda la Enfermera.
- Identificar el Nivel de Satisfacción del Paciente Adulto Mayor según la dimensión Entorno que brinda la Enfermera.

1.5 JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA DE LA INVESTIGACIÓN

1.5.1 JUSTIFICACIÓN E IMPORTANCIA

El incremento del número de Adultos Mayores ha puesto de relieve la importancia de investigar la satisfacción del

adulto mayor sobre los cuidados que recibe por parte de la enfermera.

El presente trabajo, servirá para futuras investigaciones acerca del nivel de satisfacción sobre los cuidados que recibe de la enfermera(o), pues es un indicador importante para evaluar el trabajo de enfermería y con ello mejorar la atención de salud a este grupo etario, que cada vez es mayor en nuestro País.

La presente investigación tiene un impacto individual, familiar y social, es una de las etapas que todo individuo pasa; en la que se requiere de especial atención familiar.

1.5.2 LIMITACIONES

Dado que la población adulto mayor es una población muchas veces dependiente, con múltiples problemas de salud, podría haber dificultades para la recolección de la información, lo cual trataremos de superarlo.

CAPÍTULO II

MARCO TEÓRICO

2.1 ANTECEDENTES DEL PROBLEMA

En relación a las investigaciones relacionadas con la variable en estudio, se tendrá en cuenta a la autora Sarah L. Vlachos con el trabajo titulado **“Satisfacción de la enfermería en el cuidado de ancianos” (2016)**

A pesar del creciente número de estadounidenses que tienen más de 65 años de edad, poca investigación existe sobre la satisfacción de las enfermeras que atienden esta población. Este estudio descriptivo cualitativo investigó los factores que influyen en la satisfacción de esas enfermeras y produjeron cinco temas principales. Enfermeras registradas (RNs) informó de proporcionar atención de alta calidad, desarrollo de relaciones y marcar la diferencia a ser gratificante componentes de enfermería geriátrica. Las enfermeras también discuten retos, que incluye cuidado de ancianos con demencia y no poder entregar el cuidado de alta calidad que se sentían los pacientes merecen. Varios de estos encontrar fueron consistentes con los estudios que trataron la enfermera satisfacción en general. El resultado del presente estudio implicó que reconociendo a enfermeras por su trabajo y proporcionando RNs con formación relacionados con el cuidado de adultos mayores puede ser formas eficaces de mejorar la satisfacción. Recomendaciones para futuras investigaciones incluyen realizar investigaciones similares que

son más grandes e incluye enfermeras que optan por trabajar exclusivamente con pacientes geriátricos. También se sugiere la investigación sobre formas efectivas de implementar programas de educación relacionados con la demencia en el lugar de trabajo.

2.2 BASES TEÓRICAS

La presente investigación para dar respuesta a sus objetivos va a presentar dos teorías de enfermería, para el área de satisfacción del paciente adulto mayor respecto el cuidado que brinda la enfermera en el servicio de Geriátrica hospitalización del centro Médico Naval.

Sus experiencias a menudo revelan cómo un sistema hospitalario está funcionando y puede estimular importantes conocimientos sobre los tipos de cambios que se necesitan para cerrar el abismo entre la atención brindada y los cuidados que deben proporcionar. (14) los pacientes se debe definir sus propias prioridades y evaluar la atención, por lo tanto, en lugar de tener los criterios seleccionados por profesionales. Estudios de satisfacción pueden funcionar para dar a los proveedores de atención de una idea de cómo tendría que modificar su prestación de servicios con el fin de hacer que sus pacientes más satisfechos. El grado al que consumidor opinión puede influir en los responsables políticos y personal de salud no sólo depende de que recoge el tipo de datos, también requiere que los responsables políticos y personal de salud acepta el valor del punto de vista del consumidor. (1) a diferencia de las medidas de proceso clínico, que son estrictamente facilidad centrado, satisfacción del paciente es un paciente" centrada en el" proceso de medida. Refleja ante personal del

paciente y evaluación de la atención (a diferencia de la opinión de hospitales de lo que es apropiado). Satisfacción del paciente es la medida sólo está disponible de los efectos personales del espectro completo del proceso del cuidado. (15)

Hay acuerdo general en que la satisfacción del cliente es un componente integral de la calidad de servicio (16) y ampliado las definiciones de calidad de servicio de salud por lo general hacen mención explícita de la satisfacción del paciente. El argumento se le ha ofrecido que la efectividad de la atención de salud depende, en cierto grado, por la satisfacción de los consumidores con los servicios prestados. Apoyo a este punto de vista se ha encontrado en estudios que han reportado que un paciente satisfecho es más probabilidades de cumplir con el tratamiento médico prescrito más médicamente relevante informar al proveedor y más probabilidades de continuar usando la medicina servicios. La lógica se ha extendido a los países en desarrollo; calidad percibida y satisfacción del paciente influirá en utilización de servicios, así como el cumplimiento de las recomendaciones del médico (17) paciente evaluación de servicios de salud implica dos procesos psicológicos: evaluación cognitiva (o clasificación) de la estructura, proceso y resultados de servicios y una respuesta afectiva (o reacción emocional) a la estructura, proceso y resultado de los servicios. La respuesta emocional de los pacientes es encontrada para ser tan importante como su juicio Cognitivo del encuentro médico. En lugar de estar relacionado con competencia técnica, satisfacción con la atención estaba relacionada con la comunicación, capacidad de respuesta y fiabilidad, así como tener expectativas se reunió (18) cada vez mayor énfasis se ha puesto en los resultados centrada en el paciente como un importante paso hacia la mejora de la calidad de la atención clínica. Estos resultados incluyen la función física, bienestar psicológico, calidad

de vida (CDV) y satisfacción del paciente. Los resultados, evaluados desde la perspectiva del paciente han sido aceptados como indicadores válidos, importantes y estándar de calidad de la atención. Satisfacción del paciente es un resultado importante centrada en el paciente para medir, se acepta como una medida estándar de calidad de la atención y constantemente está ganando en popularidad. (19) estudios de satisfacción de consumidores se pueden utilizar para tres relacionados pero distintos propósitos: como evaluaciones de la calidad de la atención, como variables de resultado y como indicadores de que los aspectos de un servicio deben cambiarse para mejorar la respuesta del paciente. (1) en general, la mayoría de las medidas de calidad se pueden colocar en 2 grupos de tema general. Estos incluyen medidas de proceso y resultado. Proceso de medida reflejan la calidad de las actividades (preparación, interacciones e intervenciones) que ocurren antes y durante la atención. Así, el proceso de atención incluye la infraestructura, así como la entrega directa de la atención a los pacientes. Medidas de proceso se dividen en 3 categorías generales: procesos infraestructurales (técnicos y organizativos) que ocurren antes del contacto con el paciente; Cuidado de procesos (técnicos y organizativos) que se producen durante el contacto con la satisfacción paciente y paciente con los procesos de atención.

Atención y satisfacción del paciente enfermería atención de enfermería es uno de los principales componentes de servicios de atención médica. Así, los pacientes tienen derecho a esperar una calidad de atención de enfermería. Personal de enfermería, que constituyen la gran mayoría de personal del hospital, tener el mayor contacto con los pacientes. Abramowitz et al., (1987) observó que las enfermeras actúan como embajadores de buena voluntad y representantes de primera línea para hospitales. Enfermeros, más

médicos, son considerados responsables de las actividades diarias en la unidad. Enfermeras proporcionan la principal conexión con los pacientes, actúan como defensor de pacientes con otros proveedores de cuidado, dan cuidado físico a los pacientes y ofrecen apoyo emocional a pacientes y familiares. En su capacidad de enseñanza, también juega un papel clave en el ajuste post-hospital. La importancia de la función de enfermería se evidencia en varios estudios. 9 satisfacción de los pacientes con cuidados de enfermería se considera un factor importante en la explicación de las percepciones de pacientes de calidad del servicio. Según o ' Connor et al.: es la perspectiva del paciente que cada vez más es ser vista como un indicador significativo de la salud servicios de calidad y puede, de hecho, representan el punto de vista más importantes. (25) la mayoría de los primeros estudios sobre satisfacción de los pacientes ha explorado el impacto del cuidado médico (55%) en el lugar de asistencia (6%) o ambos tipos de atención provisión (39%) (26) paciente satisfacción es una forma popular de evaluación práctica de la enfermería en los países desarrollados. Satisfacción del paciente tiene un sentido común como evidencia en apoyo de la práctica y con frecuencia se ha utilizado en los últimos intentos para evaluar los cambios en enfermería, como la introducción de la enfermería primaria. (24) un número de estudios ha identificado los aspectos del pensamiento para contribuir a la buena calidad de atención de enfermería. Estos incluyen individualizada atención al paciente en forma empática y afectuosa, enfermería que es competente y coherente y enfermeras que ofrecen a los pacientes con información eficaz y adecuadamente. 27 satisfacción de los pacientes se ha utilizado como un indicador para medir la calidad de la atención sanitaria proporcionada por enfermeras (28, 29). Más específicamente, la evaluación de la calidad de la atención de la salud desde la perspectiva del paciente ha sido operacionalizada como la

satisfacción del paciente (10). Satisfacción del paciente se ha recomendado como una medida de resultado de calidad asistencia (4, 30).

Calidad del servicio de salud puede ser evaluada desde la perspectiva del proveedor en el que se basa en estándares aceptables y desde la perspectiva del consumidor en este caso a través de examinar la satisfacción del paciente. Satisfacción del paciente se ha convertido en popular forma de evaluación de la calidad en instalaciones sanitarias. Se ha utilizado como un indicador para medir la calidad de la atención médica proporcionada por personal de enfermería (31). De enfermería puede ser clasificado por la profesión como de alta calidad puede no verse de esa manera por el paciente. Ayudar a los pacientes a recuperar independencia alentándolos a lavar y vestir ellos mismos puede verse como una atención deficiente por pacientes que piensan que la enfermera debe hacer el lavado y preparación. (24) hay siete dimensiones principales que se han abordado en la literatura como crucial en la medición de la satisfacción de los pacientes. Estas dimensiones son: respeto a los pacientes los valores, preferencias y necesidades; flujo de información, integración y coordinación; información y educación; comodidad física; apoyo emocional y la reducción de miedo y ansiedad; participación de familiares y amigos; y transición y continuidad de la atención (31, 13). En consecuencia, herramientas de medición de satisfacción de pacientes deben considerar las dimensiones mencionadas. En esta línea, la 'satisfacción de Newcastle con escala de enfermería (NSNS) cubre la mayor parte de las dimensiones de satisfacción del paciente sugerida en la literatura como la calidad de la atención y opiniones de pacientes del cuidado. (13)

La satisfacción de Newcastle con cuidado (NSNS)

El NSNS está diseñada principalmente para detectar diferencias entre salas (hospitales) y grupos de pacientes con respecto a la experiencia general y satisfacción con enfermería. Por lo tanto, el objetivo principal del análisis es unas puntuaciones de la escala general. La base para la construcción de la NSNS:

-Atención general conocimiento o previsión de las necesidades del paciente; control regular del paciente; haciendo tiempo para los pacientes; dispuestos a responder a las solicitudes de pacientes - disponibilidad: disponible cuando necesario y rápido para responder a peticiones de pacientes - tranquilidad - que paciente se sienta en casa, enfermeras conscientes cuando paciente malestar; paciente reconfortante, disipando temores; mostrando empatía - atención Individual de sastrería de tratamiento a los pacientes individuales; recordar preferencias personales; dando apertura a elección del paciente - informalidad-paciente permite cierta libertad; las enfermeras parecen amigos; cuidado de enfermería para el paciente con humor - información - enfermeras mantener informado sobre la condición del paciente / atención; las enfermeras explican sus acciones; enfermeros mantienen relaciones informadas - profesionalismo-enfermeras hacen cualquier trabajo sin quejarse; las enfermeras siempre mantienen una forma placentera; las enfermeras tratan igualmente todos los pacientes. -Conocimiento de enfermería enfermeras demuestran conocimiento de enfermería sonido y tener buen conocimiento de la condición individual del paciente y el tratamiento - organización Ward / administración: ward parece organizarse eficientemente; las enfermeras proporcionan continuidad de la atención; hay buena comunicación entre las enfermeras; las enfermeras trabajan como un equipo.

El cuidado de pacientes en el borde de la vida en reposo, que los asilos de contexto son lugares donde principalmente ancianos reciben atención y a un cierto grado también médico. En Noruega, hogares de ancianos son instalaciones dentro de la responsabilidad de las comunidades para personas mayores que no pueden permanecer en sus propias casas. Representa a una casa de reposo hogar de muchos pacientes, y se señalan las instituciones para organizar un ambiente hogareño, para que pueden mantenerse la privacidad y las relaciones sociales de los pacientes. Servicios de atención de enfermería y el cuidado personal están disponibles 'alrededor del reloj', caracterizado por un bajo número de RNs y muchos asistentes de enfermería (Leppa, 2004) y tiempo limitado para los médicos, que son responsables de la atención médica (Travis et al., 2002; Vohra et al., 2006; Wetle et al., 2005). Rotación de personal ha sido reportada como un problema generalizado y grave en hogares de ancianos (Asociación Americana de salud, 2002). La atención en hogares para ancianos en Noruega está regulada por el Reglamento de calidad de la atención (MEDLEX, 2006), que describe los servicios que deben prestarse por la comunidad. Algunos hogares de ancianos tienen camas para cuidados paliativos, estancia temporal, rehabilitación y estancia intermedia, que también incluyen tratamiento curativo, y la mayoría de ellos también tienen unidades para los pacientes con demencia. Los pacientes en hogares de ancianos las condiciones de salud de los pacientes son complejas (Sandman y Wallblom, 1996). Se describen tres grupos de pacientes en hogares de ancianos: pacientes que son admitidos para la rehabilitación y se esperan que se dispare de nuevo a sus casas, enfermos que esperan a morir dentro de poco tiempo y crónicamente enfermo y funcionalmente con discapacidad pacientes que normalmente pasan el resto de su vida en un hogar de ancianos (Wunderlich et al., 1996). Para el último grupo, mantenimiento o mejora de su

estado funcional de los pacientes es el objetivo, pero 7 declinación y la muerte son resultados inevitables (Forbes, 2001) y su fase de declive podría abarcar durante meses o años de cuidado (Leppa, 2004). Los pacientes en asilos noruego tienen en promedio cuatro diagnósticos médicos cada uno que deban ser seguido por los médicos (la Asociación Médica de Noruega, 2005). Además 50 – 70% de los pacientes son más o menos dementes (Engedal y Haugen, 1993). En comparación con otros países de Europa, Noruega es divulgado como teniendo el porcentaje más alto de la población en hogares de ancianos (Husebø & Husebø, 2005). En hogares de ancianos muertes han sido caracterizadas como que de repente ocurre, generalmente espera y a veces también dio la bienvenida ya que fueron causadas por enfermedades crónicas progresivas. Este patrón también se ha descrito como relativamente estables períodos interrumpidos por las exacerbaciones y muertes abruptas, porque la trayectoria de la enfermedad crónica disfrazado el proceso agonizante (Covinsky et al., 2003; Forbes, 2001; Hanson et al., 2002; Teno y Coppola, 1999). Esto significa que muchos pacientes en hogares de ancianos pueden morir sin ser identificado como siendo en el borde de la vida, o como enfermos, que según Bartolomeo (1999) podrían darles la oportunidad de reajustar las prioridades, restaurar relaciones y prepararse para morir. Qué cuidados buena es o no es objetivo de los estudios varios sobre el cuidado de fin-de-vida en hogares de ancianos, pero aunque estos resultados no están especialmente relacionadas con cuidados de enfermería, puede mostrar áreas de interés para las enfermeras. En una revisión de la literatura, Bosek et al (2003) han iluminado el cuidado de fin-de-vida por delinear una buena muerte para los pacientes de hogares de ancianos. Se identificaron seis temas: gestión de dolores y síntomas, clara toma de decisiones y comunicación abierta con los trabajadores de la salud, conocimiento sobre lo que podría

esperarse, terminación de la vida, contribuyendo al bienestar familiares y los cuidadores y afirmación de la persona, que implicó la atención empática de un cuidador. Estos temas fueron bien según otros estudios en que calidad de la atención del final de la vida se describe como que contiene la planificación de cuidados avanzados y decisiones adecuadas, atención psicosocial y espiritual y acceso a cuidados paliativos (Bradley et al., 1998; Hallenbeck, 2000; Wilson & Daley, 1999). Sloane et al (2003), que estudió la situación actual del cuidado de la extremo-de-vida en instalaciones de vida asistida en atención residencial y hogares de ancianos, encontró que el confort de los pacientes fue muy bueno, pero menos bueno en los hogares de ancianos. Aunque morir en hogares para ancianos en un estudio de Hanson et al., (2002) se ha caracterizado como una aceptación pacífica con poco dolor físico y otros síntomas, hay absolutamente un cuerpo extenso de investigación destacando una baja calidad de la atención de estos pacientes. Estudios han reportado a físicamente incómodos pacientes con dolores y problemas respiratorios (Forbes, 2001; Hall et al., 2002; Reynolds et al., 2002). Además, agitación, intranquilidad, aislamiento social y soledad, problemas con la higiene personal, la incontinencia y la fatiga, estado de ánimo Depresión y ansiedad han sido a menudo observado (Forbes, 2001; Hanson et al., 2002; Reynolds et al., 2002). Un estudio por KayserJones et al., (2003) muestra que pacientes que eran incapaces de pedir ayuda solos, no recibió una alimentación adecuada y ayuda con la comida, y que pacientes cognitivamente deteriorados y coma fueron descuidados a menudo. Otros estudios de estrés que cuidado al final de la vida en hogares de ancianos debe mejorarse en cuanto a las necesidades emocionales y espirituales, cuidado de higiene personal y tratamiento médico mayor (Kayser-Jones et al., 2003; Reynolds et al., 2002). Esta revisión de la literatura muestra un amplio cuerpo de investigación

con respecto a extremo-de-vida de los pacientes en hogares de ancianos, sin embargo, enfermería investigación sobre pacientes seriamente enfermos en el borde de la vida y su situación y necesidades en reposo es todavía escasa. 8 retención y retirar tratamiento curativo allí es cierta vaguedad sobre los conceptos 'tratamiento para prolongar la vida', 'tratamiento curativo', 'soporte – ' y 'vida - prolongando el tratamiento' sobre sus significados y las fronteras. Parecen utilizarse indistintamente en la literatura médica, sobre todo cuando se trata de retener o retirar el tratamiento para los pacientes gravemente enfermos (Cook et al., 2006; Prendergast et al., 1998; Sayers y Perera, 2002; Invierno & Cohen, 1999). Por lo tanto, estos conceptos han sido utilizados indistintamente en esta tesis, aunque puede haber algunas diferencias entre ellos. El uso de restricciones del tratamiento está condicionado culturalmente. Las variaciones se muestran de país a país y configuraciones diferentes de atención de la salud con respecto a la sincronización, la frecuencia y las restricciones de diferentes tipos de tratamiento (invierno & Cohen, 1999). En Europa, nacionalidad y religión parecen tener en cuenta la variabilidad en retirar el tratamiento. Países del sur, donde los médicos son principalmente católico, ortodoxo, judío, y musulmanes sean más restrictivas que en Europa NorthernCentral entre médicos protestantes o agnósticos (Ferrand et al., 2001; Iyilikci et al., 2004; Suspendida et al., 2003; Vicente, 2004). La investigación sobre el tema en Noruega es escasa, pero hay indicaciones que los médicos noruegos son restrictivos, y un estudio ha demostrado que a veces o a menudo podrían continuar tratamiento más allá de la significación (Førde et al., 1997). Terapia vital de retención está relacionada con una decisión de no iniciar una 'médicamente apropiada y potencialmente beneficiosa terapia, con el entendimiento de que el paciente probablemente va a morir'. Retirar la terapia vital es el 'cese y retiro de un curso terapéutico con la intención explícita de

no sustituir un tratamiento alternativo equivalente; completamente se prevé que el paciente morirá tras el cambio de terapia ' (Prendergast et al., 1998, p. 1164). Esto incluye acciones que permiten que la muerte ocurra; se consideran justificadas puesto que la intención es dejar inútil la terapia conforme a los códigos éticos, y es el proceso de enfermedad subyacente que provoca finalmente la muerte (Prendergast y Puntillo, 2002; Puntillo et al., 2001; Vicente, 2004). A menudo la retirada y el tratamiento de la retención se combinan en el mismo paciente y son por ejemplo el tratamiento con antibióticos, desfibrilación cardíaca, diálisis, ventilación mecánica, cirugía, vasopresores y la administración de fluidos y alimentación nutricional. En hogares de ancianos limitar la hospitalización es también una manera de restringir el tratamiento. Retirar el tratamiento exige un plan que podría incluir cualquier cosa, desde la retirada de todos los tratamientos hasta el retiro de algunos. El período de tiempo sobre el cual debe ser retirado un tratamiento está determinado por el potencial de malestar para el paciente (Rubinfeld y Crawford, 2001).

La necesidad de la teoría de las necesidades

Desde el final de la Segunda Guerra Mundial hasta finales de la década de 1970, las teorías generales del conflicto tuvieron dos variantes, ninguna de las cuales, en opinión de John Burton, era adecuada para explicar la persistencia de luchas sociales "irracionales" o las oportunidades reales para su resolución. Podemos llamar a estas escuelas de pensamiento aparentemente opuestas (pero en realidad complementarias) personalismo conservador y situacionalismo liberal.

Las teorías personalistas conservadoras describen a los humanos como criaturas impulsadas a participar en conflictos violentos por rebeldía pecaminosa, instintos agresivos innatos o ansias de poder

(p. Ej., Freud, 1989b, Lorenz, 1997). Desde esta perspectiva, el entorno situacional simplemente proporciona un contexto y desencadena pensamientos conflictivos y actividades que se generan principalmente internamente. Por definición, los impulsos humanos de pecar, agredir o dominar no pueden ser eliminados; requieren control o "equilibrio" mediante la fuerza compensatoria. Si esto es cierto, por supuesto, la resolución de conflictos no violenta y autoejecutable (lo que Johan Galtung (1996) llama "paz por medios pacíficos") debe considerarse una fantasía utópica.

Las teorías situacionistas liberales, por otro lado, al principio parecían proporcionar a los resolutores de conflictos fundamentos para el optimismo. Al enfatizar la potencia de los determinantes sociales en lugar de la intratabilidad de los instintos individuales, sugirieron que los comportamientos de conflicto podrían alterarse mediante la alteración de la situación externa. El conductismo estricto (para un ejemplo extremo, ver Skinner, 1965), instintos relegados y otros mecanismos internos a una "caja negra" metafórica, postulando que, dado un cierto ambiente o situación, las personas se comportarían de maneras predecibles. Teóricos de la frustración-agresión como Dollard (1980) redujeron el instinto agresivo a un mero potencial de acción destructiva, con atención primaria se centró en situaciones que activan este potencial frustrando la actividad orientada a objetivos. La teoría del aprendizaje social presentaba a los humanos como criaturas cognitivas cuyas ideas y actitudes estaban en gran parte determinadas por el condicionamiento social (Bandura, 1976). Y gran parte de la teoría psicoanalítica post-freudiana se movió análogamente de la primacía del instinto al determinismo situacional basado en la familia o la cultura (Mitchell y Black, 1996).

La percepción crucial de Burton era que la aparente dicotomía personalista / situacionalista ocultaba una similitud subyacente. Tomados en su palabra, los personalistas sostuvieron que el individuo era invariablemente agresivo y los situacionalistas que él / ella era infinitamente maleable. Pero estos modelos de comportamiento "impulsados por dentro" y "exteriormente determinados" en realidad funcionaron como los extremos polares de un continuo en el que la mayoría de los analistas y legisladores ocuparon algún punto medio. Por lo tanto, mientras que los personalistas abrieron la puerta a la "ingeniería social" limitada al sugerir que los instintos agresivos podrían ser controlados externamente o contrarrestados,

Cuando se enfrenta un caso de violencia destructiva, ambas escuelas de pensamiento tienden a responder como si el comportamiento objetable pudiera modificarse aplicando la combinación correcta de amenazas y recompensas. Ambas filosofías, es decir, fueron esencialmente utilitarias, con los conservadores enfatizando el control del comportamiento a través de la administración del dolor ("disuasión") y el control de los liberales a través de la administración del placer ("refuerzo positivo").

Ambas perspectivas, como señalaron John Burton, Johan Galtung y otros, fueron esencialmente elitistas; es decir, asumieron que las élites gobernantes podían pacificar a sus sujetos ingobernables al descubrir el punto en el que las curvas de dolor y placer se cruzarían para producir un comportamiento "consensual". Y ambos, en la práctica, tendieron a enfatizar el palo más que la zanahoria, sobre la base de que la fuerza debe usarse como el "persuasor" de último recurso. Donde los utilitaristas conservadores y liberales se unieron más claramente se encontraba en el terreno del "realismo

político", la perspectiva que considera a los actores políticos como buscadores de poder agresivos y como calculadores racionales de los intereses individuales y grupales.

En los asuntos exteriores, los realistas enfatizan la implacable búsqueda de poder por naciones y bloques en competencia, la guerra como continuación de la política por otros medios y las negociaciones basadas en el poder como la única alternativa práctica a la violencia intergrupala (Morgenthau, 1985). En asuntos internos, enfatizan las necesidades de consenso normativo, negociación comercial y política basada en intereses y la represión violenta del crimen (Coser, 1964, Wilson, 1998). El problema, de acuerdo con John Burton y otros teóricos de las necesidades, era que los métodos dictados por el pensamiento realista habían demostrado ser ineficaces para prevenir o terminar conflictos sociales transnacionales y domésticos serios.

TEORÍA DE LA MOTIVACIÓN DE MASLOW

La jerarquía de necesidades de Maslow es una teoría motivacional en psicología que comprende un modelo de cinco niveles de las necesidades humanas, a menudo representado como niveles jerárquicos dentro de una pirámide.

Maslow (1943, 1954) afirmó que las personas están motivadas para lograr ciertas necesidades y que algunas necesidades tienen prioridad sobre otras. Nuestra necesidad más básica es la supervivencia física, y esto será lo primero que motiva nuestro comportamiento. Una vez que se alcanza ese nivel, el siguiente nivel es lo que nos motiva, y así sucesivamente.

TEORÍA DEL CUIDADO HUMANO

Según la teoría de Watson, "la enfermería se preocupa de promover la salud, prevenir enfermedades, cuidar a los enfermos y restablecer la salud". Se centra en la promoción de la salud, así como en el tratamiento de enfermedades. Según Watson, el cuidado es fundamental para la práctica de la enfermería, y promueve la salud mejor que una simple cura médica.

El modelo de enfermería también establece que el cuidado puede ser demostrado y practicado por las enfermeras. Cuidar a los pacientes promueve el crecimiento; un entorno de cuidado acepta a una persona como él o ella es, y mira a lo que él o ella puede llegar a ser.

La filosofía y la ciencia del cuidado tiene cuatro conceptos principales: ser humano, salud, ambiente o sociedad y enfermería.

Sociedad

La sociedad proporciona los valores que determinan cómo debe comportarse uno y a qué objetivos debe aspirar. Watson dice:

"El cuidado (y la enfermería) ha existido en todas las sociedades. Cada sociedad ha tenido algunas personas que se han preocupado por los demás. Una actitud de cuidado no se transmite de generación en generación por los genes. Se transmite por la cultura de la profesión como una forma única de lidiar con su entorno".

Ser humano

El ser humano es una persona valiosa que debe ser cuidada, respetada, nutrida, comprendida y asistida; en general, una visión filosófica de una persona como un yo integrado completamente

funcional. El ser humano es visto como mayor y diferente de la suma de sus partes.

Salud

La salud es la unidad y la armonía en la mente, el cuerpo y el alma; la salud se asocia con el grado de congruencia entre el yo como percibido y el yo como experimentado. Se define como un alto nivel de funcionamiento físico, mental y social general; un nivel general de mantenimiento adaptativo de funcionamiento diario; y la ausencia de enfermedad, o la presencia de esfuerzos que conducen a la ausencia de enfermedad.

Enfermería

La enfermería es una ciencia humana de las personas y la salud humana: experiencias de enfermedad que están mediadas por transacciones de cuidado humano profesionales, personales, científicas, estéticas y éticas.

Ocasión real de cuidado

La ocasión real de cuidado implica acciones y elecciones por parte de la enfermera y el individuo. El momento de reunirse en una ocasión de cuidado presenta a las dos personas la oportunidad de decidir cómo estar en la relación: qué hacer con el momento.

Transpersonal

El concepto transpersonal es una relación intersubjetiva de persona a persona en la cual la enfermera afecta y es afectada por la persona del otro. Ambos están completamente presentes en el momento y sienten una unión con el otro; comparten un campo fenomenal que se convierte en parte de la historia de vida de ambos.

Definición de Adulto Mayor

La persona adulta mayor, es aquella persona que se encuentra cursando la etapa de la ancianidad, la cual es considerada como la etapa final de la vida de todo ser humano, en donde algunos de estos siguen viviendo el quehacer diario sin ningún problema. (21)
(32)

Proceso de envejecimiento

El envejecimiento es inherente a toda persona humana, es una de las etapas de la vida.

Aspectos generales del envejecimiento

Según la Organización Mundial de la Salud (OMS) establece el uso del término “adulto mayor” para referirse a las personas de 60 a más años de edad.

Definición de Enfermería

Enfermería es velar por el cuidado de la salud del ser humano, el principal objetivo de enfermería es asistir integralmente a la persona enferma.

CAPÍTULO III

HIPÓTESIS Y VARIABLES

3.1 HIPÓTESIS GENERAL

Existirá relación entre el nivel de satisfacción del paciente adulto mayor respecto el cuidado que brinda la enfermera en el servicio de Geriatria hospitalización del centro Médico Naval. Lima 2018.

3.2 HIPÓTESIS SECUNDARIA

- Existirá un Nivel de Satisfacción del Paciente Adulto Mayor según la dimensión Humana que brinda la Enfermera.
- Existirá un Nivel de Satisfacción del Paciente Adulto Mayor según la dimensión Técnica.
- Existirá un Nivel de Satisfacción del Paciente Adulto Mayor según la dimensión Entorno que brinda la Enfermera.

3.3 VARIABLES (DEFINICIÓN CONCEPTUAL Y OPERACIONAL)

El Tema de Investigación, es **Univariable** la cual es el **NIVEL DE SATISFACCIÓN del paciente Adulto Mayor**.

Los métodos de análisis univariable se utilizan para estudiar el comportamiento de las variables de forma individual.

OPERACIONALIZACIÓN DE LA VARIABLE

VARIABLE	DEFINICIÓN CONCEPTUAL	DEFINICIÓN OPERACIONAL	DIMENSIONES	INDICADORES	MEDICIÓN
El Nivel de Satisfacción del Usuario Adulto Mayor	Nivel de cumplimiento de las expectativas del usuario con respecto a la atención recibida y los resultados de la misma. La satisfacción del usuario Adulto Mayor, es el indicador más utilizado y expresa un juicio de valor subjetivo de la Atención recibida. (MINSA, 2013)	El Nivel de Satisfacción es el grado de expresión relacionadas al bienestar que experimenta el paciente Adulto mayor, sobre los cuidados recibidos de la enfermera durante su hospitalización, que puede ser valorada a través de la observación o expresada por medio del lenguaje.	Dimensión Humana	<ol style="list-style-type: none"> 1. Cortesía 2. Empatía con el paciente 3. Trato y amabilidad con el paciente 4. Apoyo espiritual 5. Interrelación con el paciente 6. Información y acercamiento al paciente 7. Entrega y amor al servicio que realiza. 	Nunca Algunas Veces Siempre

			<p>Dimensión Técnica – Científica</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Oportuno 2. Explica y facilita. 3. Orientación acerca de su medicación. 4. Eficaz 5. Explicación sobre el problema de salud 6. Explicación sobre los cuidados 7. Explicación sobre los exámenes 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Oportuno 2. Explica y facilita. 3. Orientación acerca de su medicación. 4. Eficaz 5. Explicación sobre el problema de salud 6. Explicación sobre los cuidados 7. Explicación sobre los exámenes 	<p>Nunca Algunas Veces Siempre</p>
			<p>Dimensión Entorno</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Mobiliario del servicio. 2. Condiciones físicas. 3. Suministro 4. Limpieza e Iluminación 5. Libre de riesgos 6. Privacidad 7. Comodidad de los ambientes 8. Seguridad 	<ol style="list-style-type: none"> 1. Mobiliario del servicio. 2. Condiciones físicas. 3. Suministro 4. Limpieza e Iluminación 5. Libre de riesgos 6. Privacidad 7. Comodidad de los ambientes 8. Seguridad 	<p>Nunca Algunas Veces Siempre</p>

CAPÍTULO IV

METODOLOGÍA DE LA INVESTIGACIÓN

4.1 TIPO Y NIVEL DE INVESTIGACIÓN

Es descriptiva porque en ella va a especificar las diversas propiedades como sus rasgos que van a ser importantes, como también cualquiera que los analice y describa a la población estudiada.

El diseño metodológico va a ser una investigación de forma básica cuantitativa como descriptiva, de forma retrospectiva con un corte transversal.

4.2 MÉTODO Y DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

El estudio tendrá un diseño descriptivo de forma simple, la que nos permita obtener información precisa sobre la cual la variable se tiene que investigar, como también tiene corte transversal por lo que permitirá obtener información para la tabulación de los resultados, como también las variables estudiadas.

4.3 POBLACIÓN Y MUESTRA DE LA INVESTIGACIÓN

4.3.1 POBLACIÓN

La población de estudio estará constituida por los pacientes adultos mayores del sexo y cuyas edades

estén comprendidas de 60 a más años de edad del servicio de Geriátría hospitalización del centro Médico Naval. Lima 2018.

12 pacientes hospitalizados en el servicio de Geriátría del Centro Medico Naval.

4.3.2 MUESTRA

El tipo de muestreo será aleatorio individual, donde las unidades muestrales tienen la misma probabilidad de ser elegidos. Los pacientes son de Geriátría servicio de hospitalización del Centro Medico Naval. De esta manera se eliminará el error de muestreo permitiendo hallar resultados mucho más confiables.

4.4 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE LA RECOLECCIÓN DE DATOS

4.4.1 TÉCNICAS E INSTRUMENTO

Técnica:

La técnica utilizada para el estudio de investigación será la encuesta.

Instrumento:

El instrumento que se empleará para la recolección de datos será un cuestionario y fue diseñado por la autora, el cual se aplicará en forma personal a cada paciente adulto mayor por parte de la investigadora.

4.4.2 FUENTES

Se realizará el uso de la fuente primaria, la que consisten la entrevista aplicada al adulto mayor.

CAPÍTULO V

ADMINISTRACIÓN DEL PROYECTO DE INVESTIGACIÓN

5.1 RECURSOS (HUMANOS, MATERIALES)

❖ Recursos Humanos

- Personal investigador
- Asesor
- Paciente Adulto Mayor y personal de Salud del servicio hospitalización del Centro Médico Naval
- Estadístico.

5.2 PRESUPUESTO

❖ Recursos Materiales y Servicios

- Materiales de escritorio:
 - Papel bond 80 gr.
 - Papel bulky.
 - Papel cuadriculado oficio.
 - Lapiceros.
 - Lápices.
 - Regla.
 - Corrector.
 - Engrapador.
 - Grapas.
 - Fólder Manila.
 - Resaltador de texto.
 - Tajador.

- Borrador.
- Plumones.
- Diskette.
- Cinta de impresión.

- Servicios:
 - Fotocopias.
 - Internet.
 - Movilidad local, interprovincial.
 - Viáticos.
 - Impresiones.
 - Digitación en cómputo.
 - Empastado.
 - Teléfono.
 - Celular.

- Material de impresión:
 - Computadora.
 - Impresora.

5.3 CRONOGRAMA DE ACTIVIDADES

Actividades	2018					
	MAR	ABR	MAY	JUN	JUL	AGO
Elaboración del Proyecto	X					
Aprobación del proyecto		X				
Validación de instrumento			X			
Recolección de Datos			X			
Procesamiento de Datos				X		
Análisis de Datos				X	X	
Elaboración del Informe final					X	
Aprobación del informe					X	
Sustentación						

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Constanza Martínez P, Hernández Alvarenga G. Conocimientos de geriatría y gerontología que posee el personal de enfermería y su aplicación en el cuidado a usuarios adultos mayores hospitalizados en los servicios de medicina y cirugía. Tesis para optar el grado de Enfermería. Universidad de el salvador, 2011.
2. Zapata Durango, Sandra. Percepción del paciente adulto mayor sobre el cuidado que recibe de la enfermera en el servicio de geriatría. Tesis para optar el grado de enfermería. Universidad de Colombia, 2013.
3. Larson Smith, Paulo. Satisfacción del Paciente con el Cuidado de las Enfermeras. Washington- Estados Unidos, 2012.
4. Jiménez Morales, Julio y Villegas Fernández, Luisa. Satisfacción de los usuarios Adultos con la Calidad del Servicio. Tesis para obtener el grado de maestro en ciencias de salud pública con énfasis en administración en los servicios de salud. México, 2012.
5. Salcedo Ramos, Augusto y Torres Meza, Zaira (2012). México. Uso de servicios de salud por adultos mayores y calidad de la atención de enfermería.
6. García Carrera, Martha. Satisfacción del usuario adulto mayor con la calidad de la atención de enfermería. Madrid-España. 2012.
7. Anguiano Angulo Cesar. Percepción del adulto mayor del trato digno que brinda enfermería. Tesis para optar el grado de Maestría en enfermería. Universidad Michoacana de San Nicolás de Hidalgo. México, 2011.

8. Ramírez N., y Pimentel, R. Nivel de satisfacción de los usuarios que asisten a la sala de emergencia del Hospital Regional y Universitario Jaime Mota de Barahona. 2011.
9. Molina, L., y Rivera, R. Percepción del cliente interno y externo sobre la calidad de los servicios en el Hospital General de Cárdenas, Tabasco. Universidad Juárez Autónoma de Tabasco, México. (2012)
10. Ruíz, A., Fajardo, J. (2011). SATISFACCIÓN DE LOS PACIENTES ATENDIDOS EN EL SERVICIO DE URGENCIAS DEL HOSPITAL SAN JUAN DE DIOS DEL ALJARAFE. Sevilla-España
11. Quintana D., y Humaní, C. (2012). La calidad del cuidado de Enfermería y el nivel de satisfacción de las necesidades espirituales en los pacientes del servicio de emergencia del Hospital José Agurto Tello, Lurigancho, Chosica, 2012.
12. Salcedo Sánchez Andrés y Torres Lara, Miguel. Uso de servicios de salud por adultos mayores y calidad de la atención de enfermería. México, 2011.
13. Retamal Soto, Carlos y Monge Saavedra, David. Calidad de Atención brindada por el Profesional de Enfermería. Caracas-Venezuela,
14. Coligiere Cáceres, Ángel y Díaz Sosa, Juan. (2011) satisfacción del usuario en el área de hospitalización de un hospital de tercer nivel. Venezuela.
15. Altamirano, R. y Chávez, J (2012) en Tarapoto. En su estudio: CALIDAD DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA Y EL NIVEL DE SATISFACCIÓN DEL USUARIO ADULTO MAYOR. SERVICIO DE HOSPITALIZACIÓN MEDICINA. Hospital II-2 MINSA Tarapoto, agosto- diciembre 2011”,

16. Quispe Basauri, Ana. Opinión que tienen los pacientes del Servicio de Medicina general sobre la calidad de atención de la enfermera en el Hospital Nacional Arzobispo Loayza. Perú, 2011.

ANEXOS

1. MATRIZ DE CONSISTENCIA

<p>Satisfacción del Paciente Adulto Mayor según la dimensión Técnico - Científico que brinda la Enfermera en el Servicio en el servicio de Geriatría hospitalización del centro Geriátrico Naval.</p> <p>Cuál es el Nivel de Satisfacción del Paciente Adulto Mayor según la dimensión Entorno que brinda la Enfermera en el Servicio en el servicio de Geriatría hospitalización del centro Geriátrico Naval.</p>	<p>centro Médico Naval 2018.</p> <p>Identificar el Nivel de Satisfacción del Paciente Adulto Mayor según la dimensión Técnico - Científico que brinda la Enfermera en el Servicio en el servicio de Geriatría hospitalización del centro Médico Naval. Lima 2018.</p> <p>Identificar el Nivel de Satisfacción del Paciente Adulto Mayor según la dimensión Entorno que brinda la Enfermera en el Servicio en el servicio de Geriatría hospitalización del centro Geriátrico Naval. Lima 2018.</p>				<p>Adulto Mayor según la dimensión Técnica que brinda la Enfermera en el Servicio en el servicio de Geriatría hospitalización del centro Médico Naval 2018.</p> <p>Existirá un Nivel de Satisfacción del Paciente Adulto Mayor según la dimensión Entorno que brinda la Enfermera en el Servicio en el servicio de Geriatría hospitalización del centro Médico Naval 2018.</p>		<p>IN Y IA</p> <p>isente</p> <p>como 12</p> <p>s en de del ledico</p>
--	---	--	--	--	--	--	---

2. CONSENTIMIENTO INFORMADO



UNIVERSIDAD
AUTÓNOMA
DE ICA

RESOLUCIÓN N° 136-2006-CONAFU

RESOLUCIÓN N° 432-2014-CONAFU

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Yo, identificado con
DNI N°, en pleno uso de mis facultades mentales
me comprometo a participar del estudio de **“NIVEL DE SATISFACCION DEL
PACIENTE ADULTO MAYOR SOBRE EL CUIDADO QUE BRINDA LA
ENFERMERA EN EL SERVICIO DE GERIATRIA HOSPITALIZACION DEL
CENTRO MEDICO NAVAL. LIMA 2018”** y declaro:

Haber sido informado de forma clara y precisa sobre el cuestionario a realizarme, habiendo tenido la ocasión de aclarar las dudas que sean surgidas, manifiesto que he entendido y otorgo mi consentimiento para que sea efectuado y utilizado este cuestionario en el documento de investigación, comprendo que mi participación es voluntaria y puedo retirarme en cualquier momento. Además, que la información será confidencial y se mantendrá en el anonimato y para que así conste firmo el presente documento.

.....

.....

Firma del paciente

Huella digital del paciente

3. ENCUESTAS



NIVEL DE SATISFACCIÓN DEL USUARIO

CUESTIONARIO

A. INTRODUCCIÓN:

Estimado Sr. solicito su participación en la presente investigación cuyo objetivo es “Determinar el nivel de satisfacción del paciente adulto mayor respecto el cuidado que brinda la enfermera en el servicio de Geriatria hospitalización del centro Médico Naval. Lima 2018, para la cual le entrevistare acerca de la atención que usted ha recibido de la enfermera durante su hospitalización. Es por eso le pido que sus respuestas sean lo más sincera_posible, es de carácter anónimo y servirá para mejorar la atención del profesional de enfermería. Agradeciendo de antemano su colaboración y participación.

B. CONTENIDO:

EDAD:.....años

GRADO DE INSTRUCCIÓN:

Sin Nivel.....

Primaria.....

Secundaria.....

Superior.....

INFORMACIÓN ESPECÍFICA.

A continuación, le entrevistaré en base a las siguientes preguntas elaboradas, que tienen tres posibles respuestas de las cuales usted responderá lo que crea conveniente sobre la base de las alternativas siguientes que mencionaré:

3= Siempre: Cuando esas actividades los observa siempre para ofrecer sus necesidades.

2= A veces: Cuando esas actividades lo realizan de vez en cuando o en muy raras ocasiones.

1= Nunca: Cuando nunca realiza esa actividad.

DIMENSION HUMANA	SIEMPRE 3	A VECES 2	NUNCA 1
1. ¿La enfermera lo saluda y se presenta cordialmente?			
2. ¿La enfermera lo identifica por su nombre cuando lo atiende?			
3. ¿La enfermera le trata con amabilidad?			
4. La Enfermera le preguntó cómo pasó el turno anterior?			
5. ¿La Enfermera lo hizo sentirse bien como persona, durante su hospitalización?			
6. Cuando Ud. realiza una pregunta la enfermera le contesta con términos sencillos que Ud. Pueda entender.			
7. ¿Cree que la enfermera dedica el tiempo necesario para atenderlo?			
DIMENSION TECNICO - CIENTIFICO	SIEMPRE 3	A VECES 2	NUNCA 1
8. ¿La Enfermera le brindó tratamiento en el horario establecido?			
9. ¿La enfermera involucra a su familia en los cuidados que Ud. Debe tener (cambios de posición, alimentación, baño, cuidado de sondas, entre otros)			
10. ¿Durante la administración de su tratamiento le explicó en forma clara sobre los beneficios del medicamento en su organismo?			
11. ¿Cuándo Usted necesitó de la Enfermera, ella acudió a atenderlo de inmediato?			
12. ¿Al preguntar a la Enfermera sobre algún aspecto de su salud le explicó			

adecuadamente?			
13. ¿La Enfermera explicó a sus familiares sobre los cuidados en el hogar después del alta?			
14. ¿Cuándo el médico solicita exámenes de laboratorio, Rayos x. etc. Sabe usted si la enfermera efectiviza durante el día?			
DIMENSION ENTORNO	SIEMPRE 3	A VECES 2	NUNCA 1
15. ¿Son adecuadas los recursos con lo que cuenta (Cama, colchón, almohadas, silla de ruedas, etc.)?			
16. ¿Cree usted que son adecuadas las instalaciones físicas (habitación, baño, etc.)			
17. ¿Es adecuado el suministro de agua caliente en la ducha?			
18. ¿Cree que el ambiente donde está Ud. Hospitalizado está limpio, tiene buena ventilación, buena iluminación?			
19. ¿Considera que el ambiente donde esta Ud. hospitalizado está libre de riesgos (caídas, señalización de evacuación, incendios, entre otros)?			
20. ¿Se le brinda un ambiente donde se respeta su intimidad?			
21. ¿Si hay mucho ruido en el ambiente, la enfermera se preocupa por disminuir el ruido y facilitar su descanso?			
22. ¿Durante su estancia hospitalaria se siente tranquilo(a) por la atención que le brinda la enfermera?			

Para medir la variable se asignará un puntaje a las respuestas del paciente adulto mayor que a continuación se presenta:

Para el Nivel de Satisfacción: total 66p (22 ítems)

- Nivel de Satisfacción Alto: 52 – 66p.
- Nivel de Satisfacción Medio: 37 – 51p.
- Nivel de Satisfacción Bajo: 22 – 36p.



**FORMATO DE VALIDEZ SUBJETIVA DE
INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS
ESCALA DE OPINIÓN DEL EXPERTO
APRECIACION DEL EXPERTO SOBRE EL INSTRUMENTO DE
MEDICIÓN**

N°	ASPECTOS A CONSIDERAR	SI	NO
1	El instrumento tiene estructura lógica.		
2	la secuencia de presentación de ítems es óptima		
3	El grado de dificultad o complejidad de los ítems.		
4	Los términos utilizados en las preguntas son claros y comprensibles.		
5	Los reactivos reflejan el problema de investigación.		
6	El instrumento abarca en su totalidad el problema de investigación.		
7	Los ítems permiten medir el problema de investigación.		
8	Los reactivos permiten recoger información para alcanzar los objetivos de la investigación.		
9	El instrumento abarca las variables, sub variables e indicadores.		
10	Los ítems permiten contrastar la hipótesis.		

FECHA:...../...../.....

NOMBRE Y APELLIDOS



**FORMATO DE VALIDEZ SUBJETIVA DE
INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS
ESCALA DE OPINIÓN DEL EXPERTO
APRECIACION DEL EXPERTO SOBRE EL INSTRUMENTO DE
MEDICIÓN**

N°	ASPECTOS A CONSIDERAR	SI	NO
1	El instrumento tiene estructura lógica.		
2	la secuencia de presentación de ítems es óptima		
3	El grado de dificultad o complejidad de los ítems.		
4	Los términos utilizados en las preguntas son claros y comprensibles.		
5	Los reactivos reflejan el problema de investigación.		
6	El instrumento abarca en su totalidad el problema de investigación.		
7	Los ítems permiten medir el problema de investigación.		
8	Los reactivos permiten recoger información para alcanzar los objetivos de la investigación.		
9	El instrumento abarca las variables, sub variables e indicadores.		
10	Los ítems permiten contrastar la hipótesis.		

FECHA:...../...../.....

NOMBRE Y APELLIDOS