



Actitudes de adultos hospitalizados ante los cuidados otorgados por estudiantes de enfermería.

Seminario Tesis para optar al grado de
Licenciado en Enfermería

Autores:

Carolina Campos Guzmán
Pamela Elgueta Cancino
Celia González Fajardo
Francisca Olivares Gray
Andrea Sánchez Araya
Macarena Sarabia Fuenzalida
Lorena Velásquez Ponce

Docente guía:

Paulina Hurtado Arenas

**Valparaíso
Mayo 2012**

AGRADECIMIENTOS

El estudio desarrollado a continuación es el resultado de meses de trabajo de un grupo de siete estudiantes de enfermería que han puesto su fuerza, tiempo, conocimientos y capacidades para llevar a cabo una investigación que aporte a la disciplina y formación profesional.

En esta gran misión, que hoy nos llena de orgullo haber completado, han participado directa e indirectamente muchas personas. Es por ello, que los agradecimientos van dirigidos a todos aquellos que hicieron posible la realización exitosa de esta investigación.

Agradecemos a quienes contribuyeron en las diferentes etapas de éste estudio. A los profesionales que participaron en la elaboración del instrumento, la estadista Mónica Catalán, las psicólogas Claudia Miranda y Bianca Dapelo, la enfermera-matrona Lorena Bettancourt, y al estadista Roberto Rojas quien realizó el análisis estadístico de los datos.

También queremos agradecer al Hospital Carlos Van Buren, Hospital Dr. Eduardo Pereira, y a todos los funcionarios, quienes facilitaron sus dependencias y entregaron parte de su tiempo para ayudarnos en la aplicación de nuestro instrumento.

Por otra parte, no podemos olvidar a los estudiantes de enfermería de tercer año, que con gran disposición colaboraron con la ejecución de la investigación, entendiendo la importancia de ésta para la formación académica y profesional.

Agradecemos a nuestra docente guía Sra. Paulina Hurtado Arenas, quien nos acompañó en esta travesía, apoyándonos en las decisiones tomadas, animándonos cuando decaíamos y exigiéndonos en los momentos precisos. Destacamos su experiencia en el área de investigación que fue un gran aporte para la realización adecuada del estudio, y su dedicación y entrega diaria.

Además queremos agradecer a nuestras familias, quienes se han esforzado día a día para mantener este sueño, nos han brindado su apoyo incondicional y la fuerza espiritual para continuar en los momentos difíciles.

Gracias también a nuestro propio esfuerzo, a la paciencia, tolerancia, comprensión, responsabilidad y tantas otras habilidades y aptitudes que desarrollamos a lo largo de estos meses, que nos permitieron trabajar en equipo, y así finalizar satisfactoriamente esta misión.

Finalmente, gracias a todos quienes aportaron de una u otra forma en la realización de esta investigación, que ha significado para nosotras un gran paso en nuestra formación como enfermeras.

I. RESUMEN

Esta investigación se basa en un estudio cuantitativo, descriptivo y transversal, que identifica las actitudes de los adultos hospitalizados ante los cuidados otorgados por estudiantes de enfermería de la Universidad de Valparaíso, en el año 2011, en las Unidades de Baja Complejidad Médica, Mediana Complejidad Médica y Neurocirugía del Hospital Carlos Van Buren, y en los Centros de Responsabilidad de Cirugía y Medicina del Hospital Dr. Eduardo Pereira. La muestra esta constituida por cien adultos hospitalizados en los centros y unidades descritas, que han sido atendidos por estudiantes de enfermería de tercer año de la Universidad de Valparaíso, en el período señalado.

Se utiliza la metodología de recolección de datos mediante cuestionario Escala tipo Likert modificada. El instrumento es aplicado por las estudiantes tesis y analizado estadísticamente a través de los programas “Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)”, “Paquete Estadístico R” y “Microsoft Excel”.

Al finalizar el estudio se logran identificar los tres componentes de las actitudes en cada una de las esferas del cuidado, observándose una predisposición favorable por parte de los adultos hospitalizados hacia los cuidados otorgados por los estudiantes de enfermería, sin encontrar divergencias significativas en los resultados obtenidos.

Palabras Claves: Actitudes, Adultos hospitalizados, Cuidados otorgados, Estudiantes de enfermería.

ABSTRACT

This investigation is based on a quantitative, descriptive and transversal study, that identifies the attitudes of hospitalized adults towards care given by nursing students of Valparaíso University, in 2011, in Unities of Low Medical Complexity, Medium Medical Complexity and Neurosurgery at Carlos Van Buren Hospital and in the Centers of Responsibility of Surgery and Medicine at Dr. Eduardo Pereira Hospital. The sample of the study is one hundred hospitalized adults in the mentioned centers and unities that have been attended by third level nursing students of Valparaíso University, in the mentioned period.

The methodology of data collection used is a Likert type Scale modified questionnaire. The instrument is applied by the thesis students and it is statistically analyzed with computerized programs “Statistical Package for the Social Sciences (SPSS)”, “Statistic package R” and “Microsoft Excel”.

At the end of the study it were identified the three components of the attitudes in each of the spheres of the care, observing a favorable predisposition of hospitalized adults towards the care provided by nursing students, without finding significant differences in the results obtained.

Key words: Attitudes, Hospitalized adults, Care given, Nursing Students.

II. ABREVIATURAS

ACHIEEN	:	Asociación Chilena de Educación en Enfermería
BCM	:	Unidad de Gestión del Cuidado de Baja Complejidad Médica
CR	:	Centro de Responsabilidad
CIR H	:	Centro de Responsabilidad de Cirugía, sector hombres
CIR M	:	Centro de Responsabilidad de Cirugía, sector mujeres
HCVB	:	Hospital Carlos Van Buren
HEP	:	Hospital Dr. Eduardo Pereira
HGF	:	Hospital Dr. Gustavo Fricke
INE	:	Instituto Nacional de Estadísticas
MINSAL	:	Ministerio de Salud
MCM H	:	Unidad de Gestión del Cuidado de Mediana Complejidad Médica, sector hombres
MCM M	:	Unidad de Gestión del Cuidado de Mediana Complejidad Médica, sector mujeres
MED H	:	Centro de Responsabilidad de Medicina, sector hombres
NRC	:	Unidad de Gestión del Cuidado de Neurocirugía
Sector “H”	:	Centro de Responsabilidad perteneciente al Área Médico Quirúrgica
SPSS	:	Statistical Package for the Social Sciences. Software con el cual se realiza el Test de Chi cuadrado de Pearson
UCG	:	Unidad de Gestión del Cuidado

III. ÍNDICE DE MATERIAS

Capítulo 1

INTRODUCCIÓN

1.1 Introducción	2
1.2 Justificación del problema	4
1.3 Delimitación del problema y definición de términos	9
1.3.1 Delimitación del problema	9
1.3.2 Definición de términos	9
1.3.2.1 Actitudes	9
1.3.2.2 Adultos hospitalizados	9
1.3.2.3 Cuidados otorgados	10
1.3.2.4 Estudiantes de enfermería	10
1.4 Limitaciones de la investigación	11
1.4.1 Etapa de diseño	11
1.4.2 Etapa de ejecución	11
1.4.3 Etapa post ejecución	11
1.5 Objetivos generales y específicos	12
1.5.1 General	12
1.5.2 Específicos	12

Capítulo 2

MARCO CONCEPTUAL

2.1 Fundamentos teóricos de la investigación	14
2.1.1 Generalidades de la adultez	14
2.1.1.1 Adultez: Fase Temprana	16
2.1.1.2 Adultez: Fase Media	18
2.1.1.3 Adultez: Fase Tardía	20

2.1.2 Descripción de las actitudes en la adultez	22
2.1.2.1 Mecanismos de formación de las actitudes	24
2.1.2.2 Funciones de las actitudes	24
2.1.2.3 Medición de las actitudes	25
2.1.3 Contexto del cuidar en enfermería	26
2.1.3.1 Fundamentos del cuidar: modelos y teorías de enfermería	27
2.1.4 Formación académica del cuidar	30
2.1.4.1 Formación académica: Universidad de Valparaíso	31
2.2 Definición y operacionalización de variables	34

Capítulo 3

MATERIALES Y MÉTODOS

3.1 Tipo de diseño de la investigación	43
3.2 Población en estudio	43
3.2.1 Universo	43
3.3 Diseño muestral	43
3.3.1 Muestra	43
3.3.2 Unidad muestral	44
3.4 Método de recolección de datos	45
3.5 Descripción del instrumento de recolección de datos	46
3.6 Criterios utilizados para el análisis de los datos	48
3.7 Plan de recolección de datos y organización del trabajo en terreno	50

Capítulo 4

RESULTADOS

4.1 Antecedentes de la muestra	53
4.2 Análisis descriptivo	59
4.2.1 Componente cognoscitivo en la esfera biológica	59

4.2.2 Componente cognoscitivo en la esfera psicológica	62
4.2.3 Componente cognoscitivo en la esfera social	63
4.2.4 Componente afectivo en la esfera biológica	64
4.2.5 Componente afectivo en la esfera psicológica	66
4.2.6 Componente afectivo en la esfera social	67
4.2.7 Componente conductual o conativo en la esfera biológica	68
4.2.8 Componente conductual o conativo en la esfera psicológica	72
4.2.9 Componente conductual o conativo en la esfera social	73

Capítulo 5

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 Conclusiones del estudio	75
5.2 Recomendaciones	79

Capítulo 6

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS Y ANEXOS

6.1 Referencias bibliográficas	82
6.2 Anexos	87
6.2.1 Cartas	87
6.2.1.1 Carta enviada a Hospital Dr. Eduardo Pereira	87
6.2.1.2 Carta enviada a Hospital Carlos Van Buren	88
6.2.5.3 Carta enviada a Hospital Dr. Gustavo Fricke	89
6.2.2 Consentimiento informado	90
6.2.3 Instructivo	92
6.2.4 Instrumento	94
6.2.5 Tablas	96
6.2.5.1 Rango de puntaje de antecedentes de la muestra	96
6.2.5.2 Relación de variables	100

IV. ÍNDICE DE GRÁFICOS

ANTECEDENTES DE LA MUESTRA

Gráfico N°1	Distribución de adultos hospitalizados por rango de edad y género	53
Gráfico N°2	Distribución de adultos hospitalizados por rango de edad y Unidad de Gestión del Cuidado en Hospital Carlos Van Buren	55
Gráfico N°3	Distribución de adultos hospitalizados por rango de edad y Centro de Responsabilidad en Hospital Dr. Eduardo Pereira	57

ANÁLISIS DESCRIPTIVO

Componente cognoscitivo en la esfera biológica

Gráfico N°4	Creencia del adulto ante realización de aseo personal	59
Gráfico N°5	Creencia del adulto ante control de presión arterial y temperatura	60
Gráfico N°6	Creencia del adulto ante extracción de sangre venosa	61

Componente cognoscitivo en la esfera psicológica

Gráfico N° 7	Creencia del adulto ante interés del estudiante por estado de ánimo	62
--------------	---	----

Componente cognoscitivo en la esfera social

Gráfico N°8	Creencia del adulto ante inclusión de la familia en la recuperación por parte del estudiante	63
-------------	--	----

Componente afectivo en la esfera biológica

Gráfico N°9	Sentimientos del adulto ante control de presión arterial y temperatura	64
Gráfico N°10	Sentimientos del adulto ante extracción de sangre venosa	65

Componente afectivo en la esfera psicológica

Gráfico N°11	Sentimientos ante la escucha y comprensión por parte del estudiante	66
--------------	---	----

Componente afectivo en la esfera social

Gráfico N°12	Sentimientos del adulto ante comunicación entre estudiante y la familia acerca del estado de salud	67
--------------	--	----

Componente conductual o conativo en la esfera biológica

Gráfico N°13	Conducta del adulto ante realización de aseo genital	68
Gráfico N°14	Conducta del adulto ante extracción de sangre venosa	69
Gráfico N°15	Conducta del adulto ante realización de aseo personal	70
Gráfico N°16	Conducta del adulto ante control de presión arterial y temperatura	71
Componente conductual o conativo en la esfera psicológica		
Gráfico N°17	Conducta del adulto ante comunicación con el estudiante	72
Componente conductual o conativo en la esfera social		
Gráfico N°18	Conducta del adulto ante comunicación del estudiante con el médico acerca del estado de salud	73

V. ÍNDICE DE TABLAS Y CUADROS

Cuadros

Cuadro N°1	Niveles de respuesta y puntaje asignado	45
Cuadro N°2	Puntaje asignado para análisis estadístico	49

Tablas

RANGO DE PUNTAJES DE ANTECEDENTES DE LA MUESTRA

Tabla N° 1	Rango de puntaje por Hospital	96
Tabla N° 2	Rango de puntaje por Unidad de Gestión del Cuidado y Centro de Responsabilidad	97
Tabla N° 3	Rango de puntaje por Rango de edad	98
Tabla N° 4	Rango de puntaje por Género	99

RELACIÓN DE VARIABLES

Componente cognoscitivo en la esfera biológica

Tabla N° 5	Hospital v/s Puntaje biológico cognoscitivo	100
Tabla N° 6	Unidad de Gestión del Cuidado y Centro de Responsabilidad v/s Puntaje biológico cognoscitivo	101
Tabla N° 7	Rango de edad v/s Puntaje biológico cognoscitivo	102
Tabla N° 8	Género v/s Puntaje biológico cognoscitivo	103

Componente cognoscitivo en la esfera psicológica

Tabla N° 9	Hospital v/s Puntaje psicológico cognoscitivo	104
Tabla N° 10	Unidad de Gestión del Cuidado y Centro de Responsabilidad v/s Puntaje psicológico cognoscitivo	105
Tabla N° 11	Rango de edad v/s Puntaje psicológico cognoscitivo	106
Tabla N° 12	Género v/s Puntaje psicológico cognoscitivo	107

Componente cognoscitivo en la esfera social

Tabla N° 13	Hospital v/s Puntaje social cognoscitivo	108
Tabla N° 14	Unidad de Gestión del Cuidado y Centro de Responsabilidad v/s Puntaje social cognoscitivo	109
Tabla N° 15	Rango de edad v/s Puntaje social cognoscitivo	110
Tabla N° 16	Género v/s Puntaje social cognoscitivo	111

Componente afectivo en la esfera biológica

Tabla N° 17	Hospital v/s Puntaje biológico afectivo	112
Tabla N° 18	Unidad de Gestión del Cuidado y Centro de Responsabilidad v/s Puntaje biológico afectivo	113
Tabla N° 19	Rango de edad v/s Puntaje biológico afectivo	114
Tabla N° 20	Género v/s Puntaje biológico afectivo	115

Componente afectivo en la esfera psicológica

Tabla N° 21	Hospital v/s Puntaje psicológico afectivo	116
Tabla N° 22	Unidad de Gestión del Cuidado y Centro de Responsabilidad v/s Puntaje psicológico afectivo	117
Tabla N° 23	Rango de edad v/s Puntaje psicológico afectivo	118
Tabla N° 24	Género v/s Puntaje psicológico afectivo	119

Componente afectivo en la esfera social

Tabla N° 25	Hospital v/s Puntaje social afectivo	120
Tabla N° 26	Unidad de Gestión del Cuidado y Centro de Responsabilidad v/s Puntaje social afectivo	121
Tabla N° 27	Rango de edad v/s Puntaje social afectivo	122
Tabla N° 28	Género v/s Puntaje social afectivo	123

Componente conductual o conativo en la esfera biológica

Tabla N° 29	Hospital v/s Puntaje biológico conductual	124
Tabla N° 30	Unidad de Gestión del Cuidado y Centro de Responsabilidad v/s Puntaje biológico conductual	125
Tabla N° 31	Rango de edad v/s Puntaje biológico conductual	126

Tabla N° 32	Género v/s Puntaje biológico conductual	127
Componente conductual o conativo en la esfera psicológica		
Tabla N° 33	Hospital v/s Puntaje psicológico conductual	128
Tabla N° 34	Unidad de Gestión del Cuidado y Centro de Responsabilidad v/s Puntaje psicológico conductual	129
Tabla N° 35	Rango de edad v/s Puntaje psicológico conductual	130
Tabla N° 36	Género v/s Puntaje psicológico conductual	131
Componente conductual o conativo en la esfera social		
Tabla N° 37	Hospital v/s Puntaje social conductual	132
Tabla N° 38	Unidad de Gestión del Cuidado y Centro de Responsabilidad v/s Puntaje social conductual	133
Tabla N° 39	Rango de edad v/s Puntaje social conductual	134
Tabla N° 40	Género v/s Puntaje social conductual	135

CAPÍTULO 1

INTRODUCCIÓN

1.1. INTRODUCCIÓN

Las actitudes son predisposiciones para responder frente a algún estímulo, y se componen de sentimientos, creencias y acciones de la persona hacia el objeto de actitud (Rodríguez, 2003). Según Torregrosa (1968), el estudio de las actitudes constituye un área de convergencia interdisciplinaria dentro de las ciencias humanas, por lo que considerarlo en la atención de salud se hace indispensable para una mejor programación de los cuidados y para el abordaje integral del usuario, incluyendo no sólo el aspecto científico y técnico, sino también la esfera humana y sociocultural que influyen de manera considerable en el proceso salud-enfermedad del individuo y su familia.

Así como las actitudes constituyen un factor importante de abarcar en la atención de las personas, también lo son la edad y las distintas fases del ciclo vital, debiendo incorporar en los cuidados las particularidades de cada una de éstas. Según proyecciones del INE 2010 y 2011, en nuestro país, la fase de la adultez ha marcado un cambio demográfico importante en los últimos años, aumentando la población mayor a 15 años en un 1,3% desde el 2010 al 2011. En ésta, las personas adquieren la madurez de su personalidad, generando cambios en sus pensamientos y comportamientos, transformándose en usuarios activos y protagonistas de sus propias decisiones en salud, participando en conjunto con la institución en lo que respecta a su bienestar (Craig, Baucum, 2001).

Según Camargo, Caro (2008), es indispensable valorar los cuidados desde la perspectiva del usuario para conocer las actitudes asociadas a éste, con los cuales se adquiere información que beneficia a la institución de salud, a la enfermera como prestadora directa de los servicios y a los usuarios mismos, al facilitar la satisfacción de sus necesidades y expectativas. Para estos últimos, el cuidado a nivel hospitalario se compone de preocupación, amor, ánimo, buen trato, acción oportuna, rehabilitación, poder y dependencia, procesos que realizan los estudiantes de enfermería en la práctica clínica mediante una atención personalizada (Balanza citado por Poblete, Valenzuela, 2007). Todo esto implica que la formación del profesional enfermera debe

estar adecuada a las necesidades y expectativas de los usuarios, a los cambios demográficos y epidemiológicos del país, y a lo que plantea el actual modelo de salud respecto a la atención integral de las personas.

En relación a lo anterior, y asociado a la falta de estudios publicados referentes a la atención entregada por estudiantes de enfermería, nace el interés de realizar una investigación que identifique cuáles son las actitudes que presentan los adultos hospitalizados ante los cuidados otorgados por estudiantes de la Escuela de Enfermería de la Universidad de Valparaíso.

1.2. JUSTIFICACIÓN DEL PROBLEMA

1. Según las proyecciones de población del INE para el año 2011, la población total chilena es de 17.248.450 habitantes. De este total, el 30,4% se encuentran en el rango de edad de 20-39 años, el 29,9% entre los 40-64 años, y el 9,3% están en el rango de 65 y más años (Instituto Nacional de Estadísticas [INE], 2011).
2. En cuanto a la composición por edad, Chile está viviendo una etapa de transición hacia el envejecimiento de la población, pues para el año 2009 se contemplaban 2.005.684 personas mayores de 60 años, de los cuales el 56% eran mujeres (1.122.547) y el 44% hombres (883.137), (INE, 2011). Para el año 2010 la cifra de personas mayores de 60 años aumenta a 2.213.436, la cual corresponde al 13 % de la población. Esto se debe, principalmente, al descenso de la fecundidad, así como a la disminución de la mortalidad general y al menor riesgo de morir en la niñez y en la juventud. Ello ha generado una mayor sobrevivencia de toda la población y, en especial, de los adultos mayores. Se espera que para el 2015, los mayores de 60 años sean 2.638.331 (INE, 2007).
3. En cuanto a la división por rangos de edad, del total de la población estimada para el año 2011 en la comuna de Valparaíso, 43% corresponde al rango 20-39 años, 41% al rango 40-64 años, y 16% al rango de 65 y más años. En estos mismos rangos de edad, la división por género se proyecta de la siguiente manera: 22,05% hombres y 20,85% mujeres entre 20-39 años, 19,5% hombres y 21,5% mujeres entre 40-64 años, y 6,4% hombres y 9,7% mujeres de 65 y más años (INE, 2008).
4. A nivel intra-hospitalario, específicamente en el Hospital Dr. Eduardo Pereira, para el año 2010 existen 9.065 egresos hospitalarios de todos los Centros de Responsabilidad de dicho establecimiento. De éstos el 27,6% corresponden al Área Médica, el 42,3% al Área Quirúrgica y el 14,9% al Área Médico Quirúrgica (Departamento de Estadística, Hospital Dr. Eduardo Pereira, 2010).

5. En el Hospital Carlos Van Buren, durante el año 2011 se registran 21.543 egresos hospitalarios correspondientes al total de las Unidades de Gestión del Cuidado. De éstas, el 6,1 % corresponde a la Unidad de Mediana Complejidad Médica, el 14,9% a la Unidad de Baja Complejidad Médica y el 18,3% a la Unidad de Neurocirugía (Departamento de Estadística, Hospital Carlos Van Buren, 2011).
6. En el año 2011 en el Hospital Carlos Van Buren, del total de egresos hospitalarios, el 38,6% corresponde al género masculino y el 61,4% al género femenino (Departamento de Estadística, Hospital Carlos Van Buren, 2011).
7. En el Hospital Carlos Van Buren durante el año 2011, del total de egresos hospitalarios en la Unidad de Baja Complejidad Médica, el 46,4% corresponde al género masculino y el 53,6% al género femenino. En relación a los egresos hospitalarios y rangos de edad dentro de la misma unidad, se tiene que el 15,3% se encuentra entre los 20-39 años, el 39,9% entre los 40-64 años y el 44% entre los 65 y más años (Departamento de Estadística, Hospital Carlos Van Buren, 2011).
8. Durante el año 2011, en el Hospital Carlos Van Buren, del total de egresos hospitalarios en la Unidad de Mediana Complejidad Médica, el 48% pertenece al género masculino y el 52% al género femenino. En relación a los egresos hospitalarios y rangos de edad, se tiene que para la Unidad de Mediana Complejidad Médica Hombres se concentra el 11% entre 20-39 años, el 38% entre los 40-64 años, y el 51% entre los 65 y más años. En la Unidad de Mediana Complejidad Médica Mujeres, el 12% de egresos hospitalarios corresponde al rango de edad entre 20-39 años, el 30% entre los 40-64 años y el 58% entre los 65 y más años (Departamento de Estadística, Hospital Carlos Van Buren, 2011).
9. En el año 2011, en el Hospital Carlos Van Buren, del total de egresos hospitalarios en la Unidad de Neurocirugía, el 39% pertenece al género masculino, mientras que el 61% corresponde al género femenino. En relación a los egresos hospitalarios y rangos de edad para esta unidad, se tiene que el 24,5% corresponde a las edades de entre 20-39 años, el

45,8% al rango entre los 40-64 años y 29,7% a los 65 y más años (Departamento de Estadística, Hospital Carlos Van Buren, 2011).

10. El usuario adulto de las instituciones de salud se enfrenta, generalmente, a un medio desconocido y a situaciones en las que no desearía estar. Por ello todos los factores que podrían contribuir a proporcionar una óptima atención de salud, deben ser considerados y de esta forma facilitar la adecuada adaptación al entorno hospitalario (Caligiore, Diaz, 2003, p.2).
11. El adulto mayor que acude a las consultas de enfermería tiene que confrontar constantes tensiones psicológicas, físicas y sociales, como ansiedad, depresión, cólera, ira, negación, culpa, disminución de la autoestima, según la situación que lo aqueje. De esta manera la unidad holística del individuo sufre resquebrajamiento, genera reacciones emocionales negativas, las cuales hacen que manifieste diversas actitudes hacia la consulta, como la inasistencia, el rechazo al profesional enfermera o, por el contrario, la asistencia continua a controles y la dependencia del recurso de enfermería (Camargo, Caro, 2008, p.50).
12. La percepción del adulto mayor es la expresión referida respecto a si la atención en la consulta se caracteriza por considerarlo una persona humana, con respeto, amabilidad, interés por sus necesidades afectivas, paciencia y comprensión (Camargo, Caro, 2008, p.52).
13. La actitud de los usuarios frente a los servicios sanitarios es de suma importancia porque está contrastado que un paciente satisfecho se muestra más predispuesto a seguir las recomendaciones médicas y terapéuticas y, por tanto, a mejorar su salud (Serrano-del Rosal, Lorient-Aurú, 2007, p.163).
14. El cuidado de enfermería consiste en la esencia de la profesión; posee dos esferas distintas: una objetiva, que se refiere al desarrollo de técnicas y procedimientos, y otra

subjetiva, que se basa en la sensibilidad, creatividad y la intuición (Bub, De Gasperi, Fabiane, Kuerten, Lenise, Waterkemper, 2007, p. 106).

15. El cuidado de enfermería promueve y restaura el bienestar físico, síquico y social, así como las capacidades para asociar diferentes posibilidades de funcionamiento factibles para la persona. El cuidado de enfermería debe ser un soporte para vivir bien, promoviendo condiciones para una vida saludable y para el beneficio del bien común (Bub, De Gasperi, Fabiane, Kuerten, Lenise, Waterkemper, 2007, p. 106).
16. El cuidado es la esencia de enfermería, estos debieran estar constituidos por acciones transpersonales e intersubjetivas para proteger, mejorar y preservar la humanidad ayudando a la persona a hallar un significado a la enfermedad, sufrimiento, dolor y existencia y ayudar a otro a adquirir autocontrol, autoconocimiento y autocuración (Poblete, Valenzuela, 2007, p.501).
17. El cuidado humano debe basarse en la reciprocidad y debe tener una calidad única y auténtica. La enfermera es la llamada a ayudar al paciente a aumentar su armonía dentro de la mente, del cuerpo y del alma, para generar procesos de conocimiento de sí mismo. Desde este punto de vista, el cuidado no solo requiere que la enfermera sea científica, académica y clínica, sino también, un agente humanitario y moral, como co-partícipe en las transacciones de cuidados humanos (Poblete, Valenzuela, 2007, p.501).
18. La enfermería es fundamental en la atención que se brinda en cualquier institución de salud, conocer la percepción del usuario sobre la calidad del cuidado que se ofrece es de vital importancia en la práctica de enfermería (Bautista, 2008, p.76).
19. La integralidad del cuidado como principal atributo de la calidad, requiere que la formación de la enfermera contemple una preparación humanística para reconocer la humanidad de quienes cuida, apropiar conocimientos científicos para integrar teorías de lo físico, lo psicológico y lo social de cada persona que cuida, y reconocer y aplicar

teorías y modelos de cuidado para brindar cuidado oportuno según los requerimientos individuales (Mejía, 2008, p.2).

1.3. DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA Y DEFINICIÓN DE TÉRMINOS

1.3.1. Delimitación del problema

Actitudes de adultos hospitalizados ante los cuidados otorgados por estudiantes de Enfermería de la Universidad de Valparaíso, en Septiembre 2011.

1.3.2. Definición de términos

1.3.2.1. *Actitudes*

Predisposición de adultos hospitalizados a responder ante los cuidados otorgados por estudiantes de enfermería. Involucra tres componentes:

- Cognoscitivo: aquel que se relaciona con las creencias, conocimientos, opiniones y pensamientos que el adulto tiene respecto a los cuidados otorgados por los estudiantes de enfermería.
- Afectivo: definido como el sentimiento a favor o en contra que el adulto tiene respecto a los cuidados otorgados por los estudiantes de enfermería.
- Conductual o Conativo: es la acción en respuesta al componente cognoscitivo y el afectivo de la actitud, es decir, es la manera concreta de comportarse del adulto respecto a los cuidados otorgados por los estudiantes de enfermería.

1.3.2.2. *Adultos hospitalizados*

Aquellas personas de género femenino y masculino, con un rango de edad de 20 y más años, hospitalizadas en las Unidades de Gestión del Cuidado de Baja Complejidad Médica, Mediana Complejidad Médica Mujeres, Mediana Complejidad Médica Hombres y Neurocirugía del Hospital Carlos Van Buren, y en los Centros de Responsabilidad de Cirugía Mujeres, Cirugía Hombres, Medicina Hombres y Sector “H” del Hospital Dr. Eduardo Pereira. La división por género de las unidades y centros es a causa de la distribución académica de los grupos de estudiantes de enfermería en los campos clínicos.

1.3.2.3. Cuidados otorgados

Son aquellos brindados por estudiantes de enfermería que comprenden acciones para satisfacer la esfera biopsicosocial de la persona hospitalizada:

- Esfera biológica: Control de Signos Vitales, Técnicas de Aseo y Confort, Técnica de Extracción Venosa, y Técnica de Curación Plana e Irrigada.
- Esfera psicológica: Preocuparse por el estado de ánimo, practicar la escucha activa.
- Esfera social: Comunicación con otros profesionales del equipo multidisciplinario, comunicación con familiares.

1.3.2.4. Estudiantes de enfermería

Persona de género femenino y masculino, que cursa la cátedra de Enfermería del Adulto y Senescente III del quinto semestre correspondiente al tercer nivel de la malla curricular en la Escuela de Enfermería.

1.4. LIMITACIONES DE LA INVESTIGACIÓN

1.4.1. Etapa de diseño

- Dificultad en elaboración de marco teórico debido a falta de estudios respecto al tema de investigación.
- Dificultad para contactar a las psicólogas de la Universidad de Valparaíso, quienes colaboraron en la elaboración del instrumento.

1.4.2. Etapa de ejecución

- Retraso en la respuesta emitida por los hospitales, en relación a la solicitud de permisos para la aplicación del instrumento de recolección de datos, especialmente del hospital Dr. Carlos Van Buren.
- Mientras se espera la confirmación de los hospitales, la Escuela de Enfermería de la Universidad de Valparaíso se suma a las movilizaciones estudiantiles, suspendiéndose el desarrollo de todas las actividades académicas, incluyendo los prácticos y la elaboración de la tesis de pregrado.
- Al reiniciar la elaboración de la tesis, luego de las movilizaciones estudiantiles, se debe modificar tanto el universo como los estudiantes en estudio, con el objetivo de facilitar la ejecución de la investigación sin perjudicar la misma.
- Inasistencia de docentes a campo clínico hospital Dr. Eduardo Pereira por problemas de salud. Esto provoca una reorganización de los estudiantes pertenecientes a los grupos sin docente, limitándose así la recolección de datos en esos campos clínicos.
- Ocasionalmente, los estudiantes de tercer año olvidan registrar los usuarios a quienes le brindaron los cuidados de enfermería, dificultándose la aplicación del instrumento de recolección de datos.

1.4.3. Etapa post ejecución

- Desconocimiento del grupo en relación a herramientas de análisis estadístico.

1.5. OBJETIVOS GENERALES Y ESPECÍFICOS

1.5.1. General

Conocer actitudes de adultos hospitalizados ante los cuidados otorgados por estudiantes de enfermería.

1.5.2. Específicos

- Identificar el componente cognoscitivo presente en las actitudes de los adultos, ante los cuidados otorgados en la esfera biológica.
- Identificar el componente cognoscitivo presente en las actitudes de los adultos, ante los cuidados otorgados en la esfera psicológica.
- Identificar el componente cognoscitivo presente en las actitudes de los adultos, ante los cuidados otorgados en la esfera social.
- Identificar el componente afectivo que se encuentra en las actitudes de los adultos, ante los cuidados otorgados en la esfera biológica.
- Identificar el componente afectivo que se encuentra en las actitudes de los adultos, ante los cuidados otorgados en la esfera psicológica.
- Identificar el componente afectivo que se encuentra en las actitudes de los adultos, ante los cuidados otorgados en la esfera social.
- Identificar el componente conductual o conativo que se encuentra en las actitudes de los adultos, ante los cuidados otorgados en la esfera biológica.
- Identificar el componente conductual o conativo que se encuentra en las actitudes de los adultos, ante los cuidados otorgados en la esfera psicológica.
- Identificar el componente conductual o conativo que se encuentra en las actitudes de los adultos, ante los cuidados otorgados en la esfera social.

CAPÍTULO 2

MARCO CONCEPTUAL

2.1. FUNDAMENTOS TEÓRICOS DE LA INVESTIGACIÓN

2.1.1. Generalidades de la adultez

La adultez es el periodo más extenso de la vida, dado que se inicia aproximadamente a los 20 años y culmina con la muerte. Contiene al grupo etario más productivo de la sociedad y en el cual los individuos desempeñan variados roles a nivel social, laboral y familiar.

Según Craig, Baucum (2001), con el transcurso de los años el individuo logra adquirir la madurez de su personalidad, generando cambios en sus pensamientos y comportamientos, siendo capaz de adaptarse a distintas circunstancias. Estos cambios son influenciados principalmente por los factores personales, sociales y culturales que los rodean, y con una menor influencia por cambios biológicos y cronológicos. Ello explica por qué todos los adultos se diferencian entre sí, pues no todos avanzan y estructuran su vida de la misma forma.

“No obstante, se observan algunos aspectos comunes en el desarrollo de los adultos, aunque no hay marcadores físicos semejantes a los de la pubertad, ni etapas cognoscitivas bien delineadas, sí existen hitos sociales definidos por los que hay que atravesar” (Craig, Baucum, 2001, p. 410). Estos comprenden un desarrollo emocional, profesional y familiar, e integración al medio social, haciendo valer sus derechos, libertades y responsabilidades.

Por otra parte, la adultez se caracteriza por la liberación de las grandes presiones y la búsqueda de placeres individuales, junto a una mayor experiencia que será bien aprovechada si no se mantienen sueños imposibles ni se mantienen posiciones muy rígidas (Sheehy, 1984). El autoconcepto, la confianza en uno mismo suele aumentar en esta época y la salud mental dependerá del buen ajuste entre las expectativas y la realidad. (Hofmann, 1996). (Cornachione, 2006, p.11-12).

A través del tiempo diversos personajes han intentado comprender las etapas por las que pasa el ser humano, generándose un conjunto de teorías del desarrollo. Sigmund Freud crea la teoría psicosexual del desarrollo, en la que describe cinco etapas, siendo la última de ellas la etapa genital, que se inicia con la maduración sexual y abarca a las personas desde la adolescencia hasta el término de su vida. En ella, el individuo busca estimulación y satisfacción

sexual con un miembro del sexo opuesto. Durante la adolescencia, se caracteriza por un creciente potencial para las relaciones sociales y sexuales responsables. Al finalizar la etapa se logra una capacidad madura para el amor y la realización de una sexualidad plena. Así, las fuentes de placer llegan a ser los contactos sexuales y la productividad (Cuenca, 2006).

Por otro lado, Erik Erikson crea la teoría psicosocial del desarrollo humano, en la cual concluye que existen diversas “motivaciones y necesidades psicosociales que se convierten en fuerzas que impulsan el desarrollo y la conducta humana” (Rice, 1997, p.33). En esta teoría describe ocho etapas del ciclo vital donde cada una de ellas corresponde a una crisis o conflicto a la cual el individuo debe enfrentarse durante su vida. Para efectos del presente estudio se consideran como apoyo teórico las últimas tres etapas: intimidad v/s aislamiento, generatividad v/s estancamiento e industriosidad v/s desesperación.

En la primera de ellas, intimidad v/s aislamiento, los individuos comienzan a relacionarse más íntimamente con los demás, explorando relaciones que conducen a compromisos largos, ya sea de amigos o pareja. El conflicto se centra entre el desarrollo de relaciones cercanas con los demás y el aislamiento de dichas relaciones significativas. Completar esta etapa conduce a relaciones satisfactorias que incluyen sensación de compromiso, seguridad y preocupación por el otro. En cambio, al no completarse la etapa, existe temor al compromiso y a las relaciones, se generan sentimientos de soledad, aislamiento y, en ocasiones, depresión (Rice, 1997).

Según Cuenca (2006), en la segunda etapa, generatividad v/s estancamiento, el conflicto se genera al asumir responsabilidades y roles en la comunidad, en la tarea de guiar y enseñar a las siguientes generaciones en la crianza, actividades cívicas y otras cosas similares, dado que la persona requiere ayudar a miembros más jóvenes de la sociedad. Si esto no sucede, el individuo puede sentirse estancado o empobrecido.

En la última etapa, industriosidad v/s desesperación, el adulto mayor evalúa su vida y acepta los hechos vividos. El desarrollo de la desesperación es el resultado de no haber manejado de forma adecuada los conflictos anteriores. Las personas se sienten disgustadas con ellas mismas y no logran encontrar un significado a su vida, pues se quedan en un estado de incurable remordimiento por el resto de sus días. En cambio, el desarrollo de cualidades adaptativas en las siete primeras etapas, da lugar a la adaptación psicosocial y aceptación de su vida, lo cual se refleja en la generación de un duradero sentido de integridad.

Otro aporte a las teorías del desarrollo fue Jean Piaget, quien elabora la teoría del Desarrollo Cognitivo, la cual aborda los principios de la lógica, que comienzan a desarrollarse antes del lenguaje, y que se generan a través de las acciones sensoriales y motrices del individuo en su interacción con el medio. Piaget describe la última etapa, Estadio de las Operaciones Formales, como aquella que involucra a personas de 11 años y más. Según Gerrig, Zimbardo (2005) es el último periodo de crecimiento cognitivo, en el cual se desarrolla el pensamiento abstracto del individuo. Desde la adolescencia las personas comienzan a plantearse de manera más profunda interrogantes acerca de la realidad, la existencia y la justicia. A su vez el individuo adquiere una lógica de tipo deductiva, siendo capaz de crear hipótesis y actuar de forma empírica, es decir, experimentando y comprobando.

A causa de los diversos cambios que se producen en la adultez, la literatura ha diferenciado tres fases: Temprana, Media y Tardía.

2.1.1.1. Adultez: Fase Temprana

La adultez temprana es aquel periodo que comprende desde los 20 a 39 años de edad (Craig, Baucum, 2001). Y en ella, así como durante todo el ciclo vital, ocurren cambios de tipo biológicos, psicológicos y sociales.

Esfera biológica

Todos los sistemas del cuerpo, incluyendo el digestivo, respiratorio, circulatorio y reproductivo, funcionan de manera óptima al comienzo de la adultez. No suelen sufrir enfermedades graves en esta etapa y algunos padecimientos de la niñez han quedado atrás (Berger, 2009).

Son años de buena salud y gran energía. La fortaleza física aumenta en la década de los 20 años en ambos sexos, decreciendo de forma gradual con el tiempo, siendo los músculos de la espalda y piernas los primeros en debilitarse (Berger, 2009). Los sujetos se encuentran en el punto máximo de su fortaleza muscular y destreza manual.

El sistema reproductivo se encuentra en su apogeo en esta etapa. Los jóvenes tienen un impulso sexual muy fuerte, la fertilidad es mayor y las pérdidas de embarazo son menos comunes; “el orgasmo es más frecuente; y la testosterona, la hormona asociada al deseo sexual,

es significativamente más alta para mujeres y varones a la edad de 20 que a los 40” (Anis y Huang citado por Berger, 2009, p.11).

Esfera psicológica

En este periodo la característica más importante del pensamiento es la diversidad, que difiere según la madurez del individuo.

La identidad, aún no alcanzada, es lo que se pretende encontrar en esta etapa. “En todo el mundo, los adultos jóvenes ponderan los compromisos religiosos, roles sexuales, lealtades políticas y opciones laborales, y tratan así de reconciliar las esperanzas en el futuro con las creencias adquiridas en el pasado” (Berger, 2009, p.58)

Individualmente se buscará la estabilidad emocional, que en este periodo, y tanto en el hombre como en la mujer, se relacionará con el establecimiento de una relación íntima y amorosa satisfactoria, que brinde la seguridad necesaria para originar planes futuros.

Esfera social

Para el adulto, la familia de origen es una mínima obligación, puesto que con el tiempo ha ido desarrollando la independencia suficiente para no necesitar del amparo de los padres como en etapas anteriores. Es por ello que la separación de dicha familia será el primer hito del ciclo de vida familiar (Craig, Baucum, 2001).

Los adultos buscan ser amigos, amantes, compañeros y socios. Sienten urgencia por conectarse socialmente con el otro, compartir sus sentimientos y pensamientos, y generar intimidad. Esta intimidad progresa desde la mera atracción a la conformación de una relación personal, llegando finalmente al compromiso duradero. Según Berger (2009), la crisis de intimidad se origina del deseo de compartir la vida con otro individuo, pues sin ésta los seres humanos sufren de soledad y aislamiento.

El compromiso va de la mano con la unión casi completa de la vida rutinaria y la formación de proyectos en pareja. Éste lleva tiempo y dedicación, va creciendo de manera gradual mediante las decisiones de estar juntos y compartir posesiones (Berger, 2009). Aunque hay quienes prefieren cohabitar en vez de casarse, actualmente la tendencia al matrimonio no se está abandonando, sino que se está posponiendo. “En cada país, la mayoría de los adultos jóvenes

desea y espera casarse y que el compromiso dure” (Berger, 2009, p.65), siendo éste el segundo gran hito de la edad adulta.

La paternidad, tercer hito del ciclo de vida familiar, implica la adquisición de nuevos roles y responsabilidades, pues el nacimiento de un hijo encarna una serie de tensiones físicas y psicológicas. Confiere, además, otro estatus social al abrir paso a un mundo más maduro que el anterior. “Los desafíos y las exigencias de la paternidad representan una importante fase en el desarrollo de los padres como individuos y de la pareja como sistema” (Osofsky y Osofsky citado por Craig, Baucum, 2001, p.454).

Por otro lado, “tener amigos íntimos se correlaciona positivamente con la felicidad y la autoestima a lo largo de la vida” (Berger, 2009, p.62). La universidad, el trabajo y las actividades comunitarias son espacios donde los adultos jóvenes logran encontrar compañía, confidentes, simpatía e información, transformándose en centros sociales esenciales para el desarrollo psicológico y social satisfactorio.

2.1.1.2. Adulthood: *Fase Media*

La adultez media es aquel periodo que comprende desde los 40 hasta los 64 años de edad de un individuo (Craig, Baucum, 2001).

Esta etapa es considerada un periodo de transición, caracterizado por el paso de la productividad al cese de actividades, y está sujeto a cambios continuos que van precisando una reevaluación de los objetivos de vida de cada persona y la propuesta de nuevas metas (Masalán, González, 2003).

Según Potter (2002), la transición a la edad madura se establece cuando las personas jóvenes perciben los cambios en las capacidades físicas y reproductivas, pues esto indica el comienzo de un nuevo periodo en su ciclo vital.

En esta etapa, el adulto descubre que sus capacidades van disminuyendo progresivamente, y que el desempeño que antes poseía ya no es el mismo. “Tanto los hombres como las mujeres deben adaptarse a los cambios biológicos inevitables” (Potter, 2002, p.243).

Esfera biológica

Dentro de los principales cambios físicos que sufren los adultos de mediana edad, está el desgaste de los tejidos. Esto se manifiesta principalmente en la presencia de dolor, molestias articulares y disminución en la reacción de la musculatura.

En relación al sistema tegumentario, la piel se hace más fina, pierde elasticidad, y aparecen progresivamente las canas y arrugas. En el caso del hombre la calvicie puede manifestarse a partir de los 40 años de edad, aunque muchas veces se ha presentado antes, en la adultez joven (Masalán, González, 2003).

A su vez, un cambio que experimentan tanto hombres como mujeres, es la disminución en la capacidad sexual o reproductora. Un hecho relevante de esta etapa en las mujeres es el climaterio, que comprende los periodos previos y posteriores a la menopausia, la cual consiste en la interrupción de la menstruación producto de la disminución de la estimulación hormonal periódica (progesterona y estrógenos).

Por otra parte, la Andropausia es un fenómeno que se manifiesta en el hombre al final de los 40 años, caracterizada por un descenso en la producción de andrógenos y la disminución de la función eréctil, conservando aún, la capacidad de generar esperma fértil y procrear (Lefrançois, 2000).

Esfera Psicológica

Según Masalán, González (2003) la personalidad del adulto medio se ve afectada, pero de distinta manera en ambos géneros. Mientras que la mujer se torna introvertida, con menos inclinación a enfrentar riesgos y mayor tendencia a buscar la tranquilidad, los hombres suelen posicionarse en función del ámbito laboral y se cuestionan constantemente si la vida que llevan es la correcta.

Otro aspecto importante a considerar en esta etapa es el desarrollo cognitivo, el cual se ve reflejado en la agudeza mental del adulto. A este nivel el individuo se encuentra en su máximo rendimiento intelectual, adquiere nuevos conocimientos y a la vez es capaz de buscar herramientas para potenciar sus habilidades en general. El vocabulario, la memoria verbal, el razonamiento inductivo y las relaciones espaciales son habilidades que dentro de esta etapa incrementan su nivel en forma significativa (Berger, 2009).

Esfera social

En esta etapa el adulto se replantea las experiencias vividas y los cambios que enfrenta pueden afectar el matrimonio y la dinámica familiar. Es un periodo importante en cuanto a la relación con los hijos, los padres y la pareja (Masalán, González, 2003).

La laboriosidad que el individuo experimenta en esta etapa determina en gran parte la autoestima de la persona, ya que sienten que todavía tienen responsabilidades y cumplen un rol social y familiar. Es por esto que a medida que este apogeo laboral disminuye, los adultos buscan la comprensión y empatía en sus pares, las relaciones con los demás se hacen más importantes que en otra época y son indispensables para sopesar los cambios que viven en conjunto.

En cuanto a la pareja, luego de que los hijos crecen y comienzan a dejar el hogar, lo que se conoce como Síndrome del nido vacío, se produce un reencuentro y una redefinición como compañeros en función a las experiencias y logros obtenidos (Masalán, González, 2003).

2.1.1.3. Adulthood: Late Phase

Esta fase comprende el período desde los 65 años hasta la muerte del individuo (Craig, Baucum, 2001) y se centra en el proceso de envejecimiento. Éste se define como un proceso continuo, progresivo e irreversible, que implica una pérdida gradual de la capacidad de adaptación y que concluye con la muerte del individuo. Se caracteriza por ocurrir en todos los seres vivos y llevar al organismo a un estado de disminución de la reserva funcional, aumentando su labilidad y vulnerabilidad (Kornfeld, Orellana, 2006).

En el mismo texto de Kornfeld, Orellana (2006), se describen 6 características propias del envejecimiento, éstas son: universal, continuo, irreversible, heterogéneo, deletéreo e intrínseco.

Esta etapa de la adultez ha adquirido gran importancia en la actualidad, ya que con el avance de la medicina y la tecnología se ha producido un aumento considerable en la calidad de vida de la población, generando un incremento de la expectativa de vida y por lo tanto, de la población de adultos mayores.

Esfera biológica

Según Potter (2002) la piel se hace más delgada, seca y transparente, se vuelve arrugada, amarillenta y menos elástica. Las uñas crecen más lento, se engrosan, se opacan y se endurecen. Hay pérdida y encanecimiento del pelo de la cabeza, disminución del vello axilar, púbico y de las extremidades. Además, en hombres disminuye el pelo facial y en mujeres, aparece pelo en la barbilla y en el labio superior.

Disminuye la agudeza visual, hay menor capacidad de enfoque y de adaptación a la oscuridad, y hay mayor sensibilidad a destellos de luz. Asimismo, disminuye la agudeza auditiva y la discriminación del tono de voz. También, se produce una disminución del olfato. En la cavidad bucal, hay menor sentido del gusto y atrofia de las papilas gustativas; comienza la utilización de dentaduras postizas (Potter, 2002).

Disminuye la fuerza y masa muscular, al igual que la masa ósea. La desmineralización ósea se presenta en ambos sexos al envejecer, pero con mayor probabilidad en las mujeres después de la menopausia (Potter, 2002).

Según Kornfeld, Orellana (2006), hay alteración de los procesos cognitivos lo que se refleja en la disminución de la memoria reciente, disminución en la capacidad de mantener la atención ante situaciones de estrés y de la capacidad para filtrar estímulos, mayor lentitud para aprender tareas nuevas, para el pensamiento, la acción y el tiempo de reacción. En cuanto al lenguaje aparece cierta dificultad para comprender mensajes complejos o largos, y para encontrar algunas palabras en la formación de oraciones. Por último, se presenta dificultad para conciliar el sueño, despertar precoz, y disminución del número de horas de sueño y del efecto reparador.

Esfera Psicológica

La crisis de identidad es una característica significativa en esta etapa y puede determinar su emocionalidad, en tanto “estén más expuestas a pérdidas sucesivas y más conscientes de la vivencia del tiempo que en otras etapas de vida” (Kornfeld, Orellana, 2006, p. 54).

Socialmente, existe una imagen desvalorizada y negativa del adulto mayor, y esto es lo que influye en la percepción que éste tiene de sí mismo, afectando su emocionalidad.

Un adulto mayor, al vivir fenómenos sociales como la jubilación, la pérdida de un ser querido, la falta de capacidad para ser una persona activa, entre otros, compromete su autoimagen y es por esto que le es tan difícil asentarse y aceptar la edad en la que está viviendo.

Esfera Social

Kornfeld, Orellana (2006) afirma que al envejecer, el individuo ejerce diferentes roles que la sociedad ha determinado para esta etapa, según maneje y desarrolle las tareas que se le han encomendado y la forma en que internalice la percepción social de anciano, que este mismo tiene.

Es importante hacer notar que nuestra sociedad aún no ha valorizado suficientemente al adulto mayor, percibiéndolo como:

- Recurso poco útil para los fines sociales y económicos
- Con presencia de un sinnúmero de deficiencias físicas y mentales
- Con escaso desarrollo de potencialidades y capacidades
- Frágil y dependiente de su entorno (Kornfeld, Orellana, 2006, p. 55).

Según Kornfeld, Orellana (2006), se describen cuatro cambios sociales que influyen en el deterioro de la calidad de vida del adulto mayor, los que son: la respuesta social frente al deterioro biológico propio del envejecer; la pérdida de la ocupación, la disminución del ingreso económico y el deterioro de la identidad social; la ausencia de un rol social del anciano; y la ideología del viejismo y su desvalorización social.

Si bien la validez de esta ideología no tiene un fundamento importante, está incorporado en la cultura y es lo que principalmente conduce el comportamiento que la sociedad ejerce sobre el adulto mayor.

2.1.2. Descripción de las actitudes en la adultez

Rodriguez (2003) señala que una de las definiciones de actitudes más usadas y aceptadas es la propuesta por Rosemberg y Hovland, quienes consideran las actitudes como predisposiciones a responder a alguna clase de estímulos con cierta clase de respuestas. Estas

respuestas conllevan dimensiones relativas a sentimientos de agrado o desagrado, a creencias, opiniones e ideas acerca del objeto de actitud y a acciones manifiestas o tendencias a la acción.

De esta manera, tradicionalmente se han considerado las actitudes compuestas por tres elementos: componente cognoscitivo, componente afectivo y componente conductual o conativo.

Componente cognoscitivo

Este componente hace referencia al conjunto de conocimientos, creencias, pensamientos y opiniones que el individuo tiene sobre el objeto de la actitud. Es lo que se cree y piensa respecto a algo, basándose en la experiencia de cada persona, ya que para poder tener un sentimiento de agrado o desagrado frente a determinado objeto de acción, se requiere una representación cognoscitiva previamente elaborada (Rodríguez, 2003).

Componente afectivo

Se define como “el sentimiento a favor o en contra de un determinado objeto social” (Rodríguez, Assmar y Jablonski, 2002, p.87), y se considera como el elemento más característico de las actitudes sociales, ya que hace que la actitud de una persona se diferencie de la de los demás. Por lo tanto, el componente afectivo es la parte subjetiva, es decir, es el conjunto de sentimientos que se generan como reacción al haber adquirido el componente cognoscitivo, y que luego en conjunto con el afectivo, se manifestarán mediante el componente conductual.

Componente conductual o conativo

Se refiere a aquel “estado de atención que al ser activado por una motivación específica, resultará en una determinada conducta” (Rodríguez, Assmar y Jablonski, 2002, p.89). En palabras concretas, el componente conductual es la acción, es lo que se ve de la conducta, es lo que se hace para expresar el pensamiento (componente cognoscitivo) y las emociones (componente afectivo). Desde el punto de vista de Rodríguez (2003), es la manera concreta de comportarse frente al objeto de la actitud.

2.1.2.1. Mecanismos de formación de las actitudes

Rodriguez (2003) describe tres mecanismos por los cuales se forman las actitudes en una persona:

1. Aprendizaje social, adquisición de actitudes a partir de los demás: muchas de las actitudes se obtienen en las situaciones de interacción con los demás individuos o simplemente cuando se observa su comportamiento.
2. Comparación social: es otro mecanismo de formación de actitudes y según Festinger citado por Rodriguez (2003), se refiere a la tendencia a compararse con los otros para determinar si la visión que se tiene de la realidad es o no correcta. En la medida en que las opiniones coincidan con las de los demás, se dice que las ideas y actitudes son correctas. Esto puede cambiar la actitud y hacer que la forma de pensar se acerque más a la de los otros, de tal manera de buscar la aprobación general, e incluso puede llevar a crear nuevas actitudes que antes no existían.
3. Factores genéticos: en los últimos años un creciente grupo de datos empíricos indica que los factores genéticos pueden desempeñar algún papel en las actitudes. Se han realizado investigaciones con gemelos idénticos y con gemelos no idénticos, sin embargo, sus resultados aun no pueden generalizarse. Según George en el texto de Rodriguez (2003), los factores genéticos influirían en disposiciones más generales de las actitudes, como la tendencia a experimentar afectos positivos o negativos, o estar de buen o mal humor la mayor parte del tiempo.

2.1.2.2. Funciones de las actitudes

Katz citado en el texto de Rodriguez (2003), describe tres funciones principales que desempeñan las actitudes, todas ellas de naturaleza motivadora:

1. Función valor-autorrealización expresiva: esto se refiere a que, en parte, las actitudes no están tan dirigidas a influir en los demás como a confirmar la validez del auto concepto, es decir, ayudan al individuo a definir su identidad.
2. Función instrumental, utilitaria o adaptativa: hace referencia a aquellas actitudes que llevan a la consecución de algún objetivo. Algunas actitudes ayudan a las personas a

alcanzar objetivos deseados como las recompensas o a evitar aquellos no deseados como los castigos o reproches.

3. Función de economía del conocimiento: las actitudes tienen la función de organizar la información que proviene desde el entorno, es decir, la información se recibe y se estructura de tal manera de crear una actitud con respecto a la información dada, ayudando así a simplificar y comprender mejor el mundo en el que se vive. De esta forma, en situaciones nuevas se puede, con la ayuda de las actitudes y sobre la base de las experiencias previas, predecir de cierta forma lo que se espera de esa situación.

2.1.2.3. Medición de las actitudes

La medición de las actitudes y sus componentes se puede realizar de diversas formas, de las cuales se desarrollarán tres. En primera instancia, se puede medir el componente afectivo por medio de respuestas fisiológicas o expresiones verbales de gusto, disgusto o concordancia, entre otros. El componente cognoscitivo puede ser medido mediante la autoevaluación de creencias o por la cantidad de conocimientos que una persona tiene acerca de un tema o que refiere tener. También, el componente conductual puede ser medido a través de la observación del comportamiento de las personas en situaciones específicas de convivencia.

Existen tres escalas que son las más utilizadas por científicos sociales: Escala de Likert, Diferencial Semántico y Escala de Thurstone.

La Escala de Likert (Likert, 1932) contiene una lista de afirmaciones o actitudes y pide al individuo que responda en un continuo que va desde “estoy completamente de acuerdo” hasta “estoy completamente en desacuerdo”. Se presenta una afirmación o series de afirmaciones, tales como “debería estar prohibido expender bebidas alcohólicas a los menores de 21 años”. Se solicita entonces al individuo que indique hasta qué punto está de acuerdo o no. Likert utilizaba un rango de 5 puntos; estar completamente de acuerdo, estar de acuerdo, no estar ni de acuerdo ni en desacuerdo, estar en desacuerdo, y estar completamente en desacuerdo. El sujeto indica el número o letra apropiado y a cada respuesta se le da un valor en puntos, de 1 a 5. La calificación de la actitud de una persona es la suma de todas las valoraciones (Papalia, Olds, 1987, p.630).

El Diferencial Semántico, según Osgood, Suci y Tennenbaum, referido por Rodríguez (2003), se centra en el significado que una palabra o concepto tiene para un individuo, pidiéndole que valore el concepto (padre, poder nuclear, demócrata, etc.) en términos de un conjunto de dimensiones, tales como justo-injusto (evaluación del ítem que se está juzgando), fuerte-débil (percepción de su fuerza), y caliente-frío (percepción de su nivel de actividad).

Por otro lado, la Escala de Thurston se basa en la ordenación de una serie de elementos correspondientes a los tres componentes de las actitudes, de tal forma que la persona debe elegir aquellas frases con las que esté de acuerdo, dentro del componente que corresponda (cognitivo, afectivo, conductual) (Rodríguez, 2003).

“La fiabilidad de estos auto-informes plantea problemas, porque el modo en que se formula una pregunta afecta la respuesta dada.” (Papalia, Olds, 1987, p.630). Además, las personas no son siempre honradas consigo mismas respecto de sus verdaderas actitudes cuando se les deja a solas con los investigadores. Por lo tanto, es mejor utilizar diferentes métodos para medir las actitudes.

2.1.3. Contexto del cuidar en enfermería

La enfermería es una ciencia y un arte que tiene como esencia el cuidado integral de la salud de la persona. Para esto es necesario que la profesional enfermera se mantenga activa en la búsqueda de conocimientos y evidencia científica que la estimule a desarrollar formas de cuidado que le permita estar a la vanguardia en su quehacer profesional (Rivera, 2009).

El uso de marcos teóricos de referencia en enfermería ayuda a fortalecer y a enriquecer la identidad y autonomía profesional al generar las herramientas necesarias para otorgar cuidados integrales de gran calidad, sustentados en conocimientos basados en evidencias biosocioculturales (Rivera, 2009).

Según Bub, De Gasper, Kuerten, Lenise, Fabiane, Waterkemper (2007), el cuidado tiene su primer intento de sistematización en el Siglo XIX, con el trabajo de Florence Nightingale, la cual realizó notas de enfermería referentes a técnicas para ofrecer comodidad, higiene y alimentación a los enfermos.

Nightingale es considerada una de las pioneras en la práctica de la enfermería, madre de la enfermería moderna y verdadera creadora de una filosofía en esta disciplina

La filosofía de la enfermería explica el significado de los fenómenos observados a través del análisis, el razonamiento y la argumentación lógica. Así pues, en esta categoría se han incluido los primeros trabajos que precedieron o condujeron a la construcción de los modelos teóricos y al desarrollo de los conocimientos en esta disciplina definiendo las bases de los futuros trabajos (Chambi, 2011).

Por otra parte, los conceptos identificados por ella han servido como base de las teorías e investigaciones actuales, generando nuevos modelos que se añaden a la ciencia y a la práctica moderna de la enfermería (Chambi, 2011).

Así como Nightingale, muchas otras mujeres han sustentado teóricamente el cuidado, y por consiguiente la labor del profesional enfermera, entre ellas destacan: Madeleine Leininger, Dorothea Orem, Hildegard Peplau y Virginia Henderson.

2.1.3.1. Fundamentos del cuidar: modelos y teorías de enfermería

Madeleine Leininger

Leininger realiza los primeros intentos para clarificar y conceptualizar la noción del cuidado: el cuidado es para enfermería el dominio central del cuerpo de conocimiento y las prácticas. Afirma que el constructo cuidado se ha manifestado durante millones de años como fundamental en el crecimiento y supervivencia de los seres humanos. El cuidado permitió a la especie humana vivir y sobrevivir bajo las más adversas condiciones ambientales, sociales, económicas y políticas. Los antecedentes del cuidado remontaban a la mitología romana, en que el cuidado es quien crea al hombre y lo protege. De esto se deriva que la acción de cuidar es, entonces, algo propio del ser humano y revela su íntima constitución (Poblete, Valenzuela, 2007, p.501).

A su vez considera que el cuidado es un concepto de carácter universal, el cual varía según los procesos, métodos y técnicas con los que se desarrolla (Troncoso, Valenzuela, 2007).

Dorotea Orem

Su aporte al cuidado de enfermería se basa en la teoría del déficit de autocuidado, en la cual se define autocuidado como la práctica de actividades que las personas maduras inician y llevan a cabo en determinados periodos de tiempo, por su propia parte y con el interés de mantener un funcionamiento vivo y sano para continuar con su desarrollo personal y bienestar (Marriner, Raile 2005).

Esta gran teoría desarrolla la razón por la cual una persona se puede ver beneficiada por un profesional enfermera, ya que la actividad de la enfermera se desarrolla en la medida en que el usuario lo requiera para poder cumplir con las acciones de autocuidado. El rol de enfermería se ve supeditado a la dependencia del usuario, pudiendo ser completamente compensador, donde el sujeto no es capaz de cumplir con su autocuidado; parcialmente compensador, donde la persona coopera para desempeñar algunas medidas de autocuidado; y de apoyo educativo, donde el usuario es capaz de cumplir con su autocuidado y el profesional enfermera sólo regula esta actividad (Marriner, Raile, 2005).

Hildegard Peplau

Según Marriner, Raile (2005), H. Peplau es considerada la madre de la enfermería psiquiátrica, teniendo gran influencia en el avance de estándares profesionales, educativos y prácticos en la enfermería. Introdujo el concepto de práctica de enfermería avanzada y dio énfasis a la importancia de la autorregulación profesional mediante la referencia. Su contribución más importante al cuidado y a la profesionalización de esta disciplina fue la teoría de las relaciones interpersonales en enfermería, la cual se centra en la relación enfermera-usuario. En dicha teoría, Peplau aprecia el cuidado desde una perspectiva diferente a las demás teoristas, considerándole gran importancia a dos aspectos: la relación entre el usuario y el profesional enfermera, y el rol que adquirirá el profesional dependiendo la necesidad del usuario.

Dentro de la relación enfermera – usuario, se describen cuatro fases, las cuales, a pesar de presentarse en forma independiente se van ligando durante el desarrollo de la relación. Estas son: orientación, identificación, explotación y resolución.

En relación al rol del profesional, Peplau describe seis tipos de roles, los cuales se encuentran íntimamente cohesionados con las fases de la relación anteriormente mencionadas.

- Rol de extraña: Enfermera y usuario no se conocen. La enfermera respeta y acepta al usuario para iniciar un acercamiento.
- Rol de suministradora de recursos: La enfermera responde todas las necesidades del usuario, especialmente si son de información sanitaria y relativas al plan médico a recibir.
- Rol de educadora: La enfermera enseña al usuario, partiendo de sus conocimientos previos y tomando en cuenta su interés y capacidad para usar la información entregada.
- Rol de líder: La enfermera incentiva al usuario a asumir sus tareas y a lograr su recuperación, haciéndolo participar activamente.
- Rol de sustituta: La enfermera ayuda al usuario a reconocer similitudes entre ella y una persona significativa para él. Además se definen las áreas de dependencia, independencia e interdependencia.
- Rol de consejera: La enfermera ayuda al usuario a que entienda lo que le sucede, a través de consejos que ésta le provee.

Virginia Henderson

La filosofía de V. Henderson se caracteriza por su contribución a la investigación y profesionalización de enfermería, a través de la creación del modelo de las catorce necesidades y definiendo el ejercicio de la enfermería como:

La única función de una enfermera es ayudar al individuo sano y enfermo, en la realización de aquellas actividades que contribuyan a su salud, su recuperación o una muerte tranquila, que éste realizaría sin ayuda, si tuviese la fuerza, voluntad y el conocimiento necesario. Y hacer esto de tal forma que le ayude a ser independiente lo antes posible (Adriazola et al., 2006, p.26).

Según Adriazola et al. (2006), el modelo de Henderson se sustenta en las necesidades básicas de un individuo, las que son: Respiración y circulación, Comer y beber, Eliminación,

Movimiento y postura adecuada, Reposo y sueño, Selección de una vestimenta adecuada, Termorregulación, Higiene corporal, Evitar peligros, Comunicación, Creencias y valores, Trabajar y realizarse, Recreación y ocio, y Aprendizaje.

V. Henderson define la enfermería en el contexto del cuidar, destacando que la principal función de la enfermera es “ser la cuidadora directa del paciente” (Marriner, Raile, 2005, p.105). El planteamiento que esta teórica realiza hacia el cuidado del usuario, es reflexivo e involucra la toma de decisiones, lo cual se refleja en el proceso de enfermería en sus diferentes etapas, comenzando por la valoración de las catorce necesidades y terminando con la realización de actividades para mantener la salud, recuperarse de la enfermedad o conseguir una muerte tranquila. Finalizando con la etapa de evaluación, donde se verifica el cumplimiento de los objetivos de los cuidados otorgados y su influencia en los usuarios (Marriner, Raile, 2005).

2.1.4. Formación académica del cuidar

El proceso formativo de los estudiantes de enfermería tiene como eje central de aprendizaje el *cuidado*. Siendo una disciplina absolutamente comprometida con el concepto de cuidar, la enfermería se ha basado desde siempre en:

La comprensión y articulación de las relaciones entre los conceptos de persona, salud, ambiente y enfermería, componentes esenciales de los modelos teóricos en enfermería, fuertemente influido por el paradigma humanista, el cual determina su hacer o área profesional propia o independiente (ACHIEEN, 2008, p.2).

Los estudiantes egresados de las Escuelas de Enfermería pertenecientes a la ACHIEEN (Asociación Chilena de Educación en Enfermería) son individuos capacitados para resolver problemas concretos en situaciones dinámicas, adquirir un criterio que les permita valorar, evaluar, emitir juicios, diagnosticar necesidades, pesquisar hallazgos, tomar decisiones y asumir la responsabilidad ética y legal de las mismas. Asimismo, ser capaces de reconocer a la persona como centro de su quehacer y determinar la ciencia del cuidado como vía de intervención respecto a los desafíos sanitarios de las personas, comunidad y ambiente (ACHIEEN, 2008).

2.1.4.1. Formación académica: Universidad de Valparaíso

La Escuela de Enfermería de la Universidad de Valparaíso, creada en 1933, es la segunda más antigua del país. Tiene como objetivo principal formar profesionales con valores éticos, capaces de apreciar la importancia del proceso de salud y del trabajo en equipos multidisciplinarios e intersectoriales, además de estimular la actualización permanente para una gestión del cuidado acorde a los avances científicos y tecnológicos actuales (Bettancourt, Lazcano, Monardes, Núñez, Peroni, 2010).

Visión

“Organización académica líder a nivel nacional e internacional orientada a la formación de profesionales enfermeras comprometidos con la mejora de la calidad de vida a través de la gestión del cuidado de la salud de la población” (Bettancourt, Lazcano, Monardes, Núñez, Peroni, 2010, p.93).

Misión

Desarrollar la enfermería como profesión y disciplina, a través de la formación de pre y postgrados, capacitación, investigación y asesorías relacionadas con el ámbito de su competencia.

La Escuela de Enfermería sustenta su quehacer en su tradición, respeto y compromiso con su vocación al cuidado de las personas, la familia y comunidad (Bettancourt, Lazcano, Monardes, Núñez, Peroni, 2010, p.93).

Plan de Estudios

Bettancourt, Lazcano, Monardes, Núñez, Peroni (2010), señalan que dicha formación tiene una duración de 5 años, equivalentes a 10 semestres, los cuales contemplan 38 asignaturas de educación general, ciencias básicas y formación profesional.

En el primer año de estudio se imparten asignaturas de ciencias básicas e introductorias en el primer semestre, continuando con asignaturas profesionales en el segundo semestre. Durante los cuatro años siguientes se van adicionando una serie de asignaturas de formación

profesional relativas al cuidado integral del adulto y senescente, mujer y maternidad, niño y adolescente, familia y comunidad, y personas con problemas de salud mental.

El conjunto de asignaturas descritas, entrelazadas en el plan de estudios, se orienta a formar profesionales con vocación de servicio y características personales sustentadas en los valores éticos, que les permitan otorgar una atención comprometida con la persona, la familia y la comunidad, siendo capaces de apreciar la importancia del proceso de salud enfocado en la gestión del cuidado. (Bettancourt, Lazcano, Monardes, Núñez, Peroni, 2010)

Perfil del Estudiante: Tercer Nivel

El tercer nivel de la carrera contempla el quinto y sexto semestre. Durante el quinto semestre los estudiantes cursan las asignaturas de Enfermería del Adulto y Senescente III, y Enfermería de la Mujer , más una Asignatura de Formación General. Respecto a la primera de éstas, se tiene que:

Es una asignatura teórico - práctica que permite al estudiante adquirir competencias específicas en la gestión del cuidado del adulto y adulto mayor en atención abierta y cerrada, considerando las enfermedades de mayor prevalencia epidemiológica en Chile, aplicando el proceso de enfermería en todas sus etapas, basándose en las Teorías de V. Henderson, H. Peplau y D. Orem (Hurtado, 2011, p.1).

El aprendizaje en la gestión del cuidado en este nivel se orienta hacia la recuperación y rehabilitación, fomentando la salud en las personas a través de los procesos educativos, sin dejar de lado las técnicas básicas de enfermería para lograr la satisfacción de las necesidades básicas del adulto y adulto mayor. Dentro de los contenidos principales de esta cátedra se encuentran: la valoración geriátrica, la atención abierta y cerrada para adultos y adultos mayores enfocada en las afecciones médico-quirúrgicas con mayor prevalencia a nivel epidemiológico, el desarrollo de la autonomía del estudiante ante funciones asistenciales, administrativas, investigativas y educacionales, y aspectos éticos-legales del profesional enfermera en la gestión del cuidado (Hurtado, 2011).

En cuanto a los cuidados de enfermería aprendidos durante el desarrollo de la Cátedra de Enfermería del Adulto y Senescente III, se incluyen los de la esfera biológica, psicológica y social. Dentro de los cuidados biológicos, se considera el control de signos vitales, extracción de sangre venosa, curación plana, técnicas de aseo y confort, entre otras. En cuanto a los cuidados psicológicos se incluye practicar la escucha activa, dar apoyo emocional, fomentar la resiliencia, y explicar el procedimiento al usuario. Finalmente, los cuidados sociales consideran la comunicación con los familiares del usuario y con otros profesionales del equipo multidisciplinario de salud, con el fin de lograr una valoración integral efectiva, que facilite la planificación de los cuidados y la recuperación de la persona (Hurtado, 2011).

Por otro lado, la cátedra de Enfermería de la Mujer es una asignatura de carácter teórico que permite al estudiante comprender y valorar a la mujer durante su adultez y adultez mayor desde múltiples perspectivas (socioafectiva, histórico-cultural, biológica, epidemiológica, demográfica, ético-laboral y en el contexto familiar y comunitario). Esta cátedra permite que el estudiante visualice el rol de la profesional enfermera, aplique sus conocimientos y desarrolle actitudes y habilidades de fomento y promoción de la salud enfocada hacia la mujer, desde un punto de vista interdisciplinario e intersectorial (Mondaca, 2011).

2.2 DEFINICION Y OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

Variable	Definición conceptual	Dimensión	Subdimensión	Indicador	Subindicador
Actitudes.	Predisposición de adultos hospitalizados a responder ante los cuidados otorgados por estudiantes de enfermería.	Cognoscitivo: Creencias, conocimientos, opiniones y pensamientos que el adulto tiene sobre los cuidados otorgados por estudiantes de enfermería.	Esfera Biológica.	Control de signos vitales: - Presión arterial. - Temperatura axilar. Extracción de sangre venosa.	- Muy en desacuerdo. - En desacuerdo. - Ni en acuerdo ni en desacuerdo. - De acuerdo. - Muy de acuerdo. - No corresponde. - Muy en desacuerdo. - En desacuerdo. - Ni en acuerdo ni en desacuerdo. - En acuerdo. - Muy de acuerdo. - No corresponde.

Variable	Definición conceptual	Dimensión	Subdimensión	Indicador	Subindicador
				Técnicas de aseo y confort: - Aseo genital. - Aseo personal.	- Muy en desacuerdo. - En desacuerdo. - Ni en acuerdo ni en desacuerdo - En acuerdo. - Muy de acuerdo. - No corresponde.
			Esfera Psicológica.	Preocupación por estado de ánimo.	- Muy en desacuerdo. - En desacuerdo. - Ni en acuerdo ni en desacuerdo - En acuerdo. - Muy de acuerdo. - No corresponde.
			Esfera Social.	Comunicación con familiares.	- Muy en desacuerdo. - En desacuerdo. - Ni en acuerdo ni en desacuerdo - En acuerdo. - Muy de acuerdo. - No corresponde.

Variable	Definición conceptual	Dimensión	Subdimensión	Indicador	Subindicador
		Afectiva: Sentimiento a favor o en contra que los adultos presentan respecto a los cuidados otorgados por estudiantes de enfermería.	Esfera Biológica.	Control de signos vitales - Presión arterial. - Temperatura axilar. Extracción de sangre venosa. Técnica de curación.	<ul style="list-style-type: none"> - Muy en desacuerdo. - En desacuerdo. - Ni en acuerdo ni en desacuerdo - En acuerdo. - Muy de acuerdo. - No corresponde. <ul style="list-style-type: none"> - Muy en desacuerdo. - En desacuerdo. - Ni en acuerdo ni en desacuerdo - En acuerdo. - Muy de acuerdo. - No corresponde. <ul style="list-style-type: none"> - Muy en desacuerdo. - En desacuerdo. - Ni en acuerdo ni en desacuerdo - En acuerdo. - Muy de acuerdo. - No corresponde.

Variable	Definición conceptual	Dimensión	Subdimensión	Indicador	Subindicador
			Esfera Psicológica.	Escucha activa.	<ul style="list-style-type: none"> - Muy en desacuerdo. - En desacuerdo. - Ni en acuerdo ni en desacuerdo - En acuerdo. - Muy de acuerdo. - No corresponde.
			Esfera Social.	Comunicación con familiares.	<ul style="list-style-type: none"> - Muy en desacuerdo. - En desacuerdo. - Ni en acuerdo ni en desacuerdo. - En acuerdo. - Muy de acuerdo. - No corresponde.

Variable	Definición conceptual	Dimensión	Subdimensión	Indicador	Subindicador
		Conductual o conativa: Acción en respuesta al componente cognoscitivo y el afectivo de la actitud, es decir, es la manera concreta en que los adultos se comportan respecto a los cuidados otorgados por estudiantes de enfermería.	Esfera Biológica.	Control de signos vitales: - Presión arterial. - Temperatura axilar. Extracción de sangre venosa.	<ul style="list-style-type: none"> - Muy en desacuerdo. - En desacuerdo. - Ni en acuerdo ni en desacuerdo - De acuerdo. - Muy de acuerdo. - No corresponde. <ul style="list-style-type: none"> - Muy en desacuerdo. - En desacuerdo. - Ni en acuerdo ni en desacuerdo - De acuerdo. - Muy de acuerdo. - No corresponde.

Variable	Definición conceptual	Dimensión	Subdimensión	Indicador	Subindicador
				Técnicas de aseo y confort - Aseo genital - Aseo personal	- Muy en desacuerdo - En desacuerdo - Ni en acuerdo ni en desacuerdo. - De acuerdo - Muy de acuerdo - No corresponde
			Esfera Psicológica	Escucha activa	- Muy en desacuerdo - En desacuerdo - Ni en acuerdo ni en desacuerdo. - De acuerdo - Muy de acuerdo - No corresponde

Variable	Definición conceptual	Dimensión	Subdimensión	Indicador	Subindicador
Adultos hospitalizados	Personas hospitalizadas de género femenino y masculino, con un rango de edad de 20 y más años.	Género.	Esfera Social.	Comunicación con otros profesionales del equipo multidisciplinario.	- Muy en desacuerdo.
					- En desacuerdo.
		Edad.	- Ni en acuerdo ni en desacuerdo.	- De acuerdo.	- Muy de acuerdo.
Adultos hospitalizados	Personas hospitalizadas de género femenino y masculino, con un rango de edad de 20 y más años.	Género.	Esfera Social.	- Femenino.	
				- Masculino.	
		Edad.	- De 20 a 39 años.		
Adultos hospitalizados	Personas hospitalizadas de género femenino y masculino, con un rango de edad de 20 y más años.	Género.	Esfera Social.	- De 40 a 64 años.	
				- De 65 años y más.	
		Edad.	- Unidad de Baja Complejidad Médica.		
Adultos hospitalizados	Personas hospitalizadas de género femenino y masculino, con un rango de edad de 20 y más años.	Género.	Esfera Social.	- Unidad de Mediana Complejidad Médica Hombres.	
				- Unidad de Alta Complejidad Médica Hombres.	
		Edad.	Hospital Carlos Van Buren.		

Variable	Definición conceptual	Dimensión	Subdimensión	Indicador	Subindicador
				<ul style="list-style-type: none"> - Unidad de Médiana Complejidad Médica Mujeres. - Unidad de Neurocirugía. 	
			Hospital Dr. Eduardo Pereira.	<ul style="list-style-type: none"> - Centro de Responsabilidad Cirugía Hombres. - Centro de Responsabilidad Cirugía Mujeres. - Centro de Responsabilidad Medicina Hombres. - Centro de Responsabilidad Sector H. 	

CAPÍTULO 3

MATERIALES Y MÉTODOS

3.1. TIPO DE DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

El presente estudio es una investigación de tipo cuantitativa, descriptiva y transversal.

3.2. POBLACIÓN EN ESTUDIO

3.2.1. Universo

El universo de la investigación está constituido por 240 adultos de género femenino y masculino, hospitalizados en las Unidades de Gestión del Cuidado de Mediana Complejidad Médica, Baja Complejidad Médica, Neurocirugía del Hospital Dr. Carlos Van Buren, y en los Centros de Responsabilidad de Cirugía, Medicina, y Sector “H” del Hospital Dr. Eduardo Pereira, atendidos por estudiantes de enfermería de tercer nivel de la Universidad de Valparaíso, durante el periodo comprendido desde el 15 hasta el 29 de Septiembre del 2011, en la ciudad de Valparaíso.

3.3. DISEÑO MUESTRAL

3.3.1. Muestra

La muestra es definida de forma intencionada, considerando el estado de salud de las personas encuestadas y su disposición a contestar el instrumento. Esta muestra está delimitada por criterios de inclusión y exclusión:

Criterios de inclusión:

- Adultos de género femenino y masculino de 20 años y más.
- Adultos dispuestos a participar voluntariamente.
- Adultos que se encuentren hospitalizados en las Unidades de Gestión del Cuidado y Centros de Responsabilidad en el período mencionado.
- Adultos atendidos por estudiantes de enfermería de tercer nivel de la Universidad de Valparaíso.

Criterios de exclusión:

- Adultos que presenten alteraciones de las funciones psíquicas superiores, tales como memoria, atención, percepción y estado de conciencia, alteraciones del lenguaje como afasia que impidan a la persona responder adecuadamente el cuestionario.
- Adultos que presenten enfermedades degenerativas como Alzheimer o Demencia Senil.

3.3.2. Unidad muestral

La unidad muestral del estudio se constituye por los adultos de género femenino y masculino que cumplen con los criterios de inclusión y exclusión, siendo el total (n) de 100 adultos encuestados.

3.4. MÉTODO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

El método de recolección de datos escogido para realizar esta investigación es un cuestionario. Este instrumento es de fácil aplicación y cómodo de responder para los encuestados. Dado que el objetivo de la investigación es obtener resultados respecto a actitudes, se utiliza un cuestionario tipo Escala de Likert, el cual evalúa qué tan intensamente las personas coinciden o difieren en afirmaciones favorables o desfavorables acerca de un objeto de actitud. Las testistas emplean una escala de respuesta de 5 puntos para indicar cuánto coinciden o no con cada una de las afirmaciones de la serie. Los puntos están rotulados como “Muy de acuerdo”, “De acuerdo”, “Ni en acuerdo ni en desacuerdo”, “En desacuerdo” y “Muy en desacuerdo”.

A cada respuesta se le asigna un puntaje de 1 a 5 de la siguiente forma:

Cuadro N°1: Niveles de respuesta y puntaje asignado.

Respuesta	Puntaje
Muy en desacuerdo	1 punto
En desacuerdo	2 puntos
Ni en acuerdo ni en desacuerdo	3 puntos
De acuerdo	4 puntos
Muy de acuerdo	5 puntos

Para efectos de la aplicación del instrumento se utiliza un tarjeta de cartulina con la escala de respuesta “Muy de acuerdo”, “De acuerdo”, “Ni en acuerdo ni en desacuerdo”, “En desacuerdo” y “Muy en desacuerdo”, la cual se le facilita al encuestado para que indique en dicha tabla la respuesta que considere pertinente de acuerdo a las afirmaciones propuestas.

3.5. DESCRIPCIÓN DEL INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

El instrumento Escala tipo Likert es modificado por las tesis para efectos de una recolección de datos atinente con el problema investigado. En primer lugar se delimitan los antecedentes generales de los usuarios a recopilar, y luego se construyen los ítems de tipo afirmación. Bajo la asesoría de un equipo académico multidisciplinario, compuesto por una psicóloga experta en adultos y otra experta en investigación, se confecciona una matriz de variables. En ella se ordena la relación entre un componente de la actitud (dimensión) y una esfera del cuidado (subdimensión), estableciendo el cuidado otorgado (indicador) y, con ello, el ítem final.

El proceso de evaluación incluye la crítica de ambas psicólogas y, posteriormente, docentes de la Escuela de Enfermería, una especialista en adultos y la docente guía, encargadas de examinarlo meticulosamente. Dicha evaluación determina la exclusión de algunos ítems a modo de compactar el instrumento y facilitar la aplicación, procurando conservar al menos un ítem para cada relación entre componente de la actitud y esfera del cuidado. De esta forma, se aplican los distintos niveles de respuesta en Escala tipo Likert para cada uno de los ítems finales.

Una vez concretados los ítems, y asesoradas por la estadístico de seminario tesis, se procede a dar el cuerpo final al instrumento, disponiendo los ítems de forma aleatoria, para evitar sesgos en la información a recolectar.

El instrumento final consta de dos partes. La primera hace referencia a los antecedentes generales y la segunda corresponde a la Escala tipo Likert en sí, la que contiene 16 ítems con distintos niveles de respuesta, dentro de las que se consideran “Muy en desacuerdo”, “En desacuerdo”, “Ni en acuerdo ni en desacuerdo”, “De acuerdo” o “Muy de acuerdo”, dando la opción de “No Corresponde” en el caso pertinente (Ver anexo 6.2.4)

Por otra parte, y ya que el instrumento es aplicado por las tesis, se unifican criterios en relación a la aplicación, para disminuir al máximo los errores en la obtención de respuestas verídicas. Esto se realiza a través de la construcción de un Instructivo de recolección de datos (Ver anexo 6.2.3).

Estudio de confiabilidad

La estadístico de seminario tesis señala que la intención de la investigación no es validar el instrumento, por lo tanto indica no someterlo a un estudio de confiabilidad. Además, se acota que lo importante es unificar criterios en la aplicación del cuestionario, para evitar inducir las respuestas de los encuestados.

3.6. CRITERIOS UTILIZADOS PARA EL ANÁLISIS DE LOS DATOS

Luego de finalizar la aplicación del instrumento de recolección de datos se procede al trabajo con el estadístico externo, quien mediante los programas Statistical Package for the Social Sciences (SPSS), paquete estadístico R y Microsoft Excel realiza el análisis de los datos y resultados obtenidos. Los procesos llevados a cabo son, en primer lugar, la tabulación de los datos, luego el análisis exploratorio o descriptivo de las variables, análisis de datos atípicos, estudio de correlaciones, estudio de relación entre variables categóricas, metodología de asignación de puntaje a cada respuesta del instrumento, análisis de relaciones entre puntajes, y por último la obtención del puntaje global.

Al desarrollar el análisis con cada pregunta se puede extraer que, en general, el número de respuestas capturadas es suficientemente representativo para la mayoría de los ítems a excepción de los ítems 2: “Cree que el estudiante de enfermería realiza bien su aseo personal” y 9: “Se siente bien cuando el estudiante de enfermería le realiza la curación”, con un 20% y 66% de valores perdidos (“missings”) respectivamente. A partir de esta premisa, se decide excluir del análisis las variables que posean más allá de un 30% de valores perdidos, por lo que se deja al margen del análisis el ítem 9. Éste corresponde al componente afectivo de las actitudes y de la esfera biológica de los cuidados, aspecto representado además por los ítems 10 y 11, por lo que al excluirlo no se pierde la representatividad de dicho aspecto. Estadísticamente la causa del alto nivel de “missings” en dicha variable, se debe a que no aplica responderlo en la mayoría de los casos, al tratarse de un cuidado de enfermería no realizado a la persona encuestada.

Una vez mencionado lo anterior, se procede con el cálculo de puntajes asociados a cada esfera del cuidado y componente de actitud. Para ello se decide asignar un puntaje a cada respuesta bajo el siguiente esquema:

Cuadro N°2: Puntaje asignado para análisis estadístico.

Respuesta	Puntaje
Muy en Desacuerdo	1 punto
En desacuerdo	2 puntos
Ni en acuerdo ni en desacuerdo	3 puntos
De acuerdo	4 puntos
Muy de acuerdo	5 puntos
No corresponde	N/C

Se destaca que los valores perdidos o “No corresponde” tienen el mismo puntaje que la respuesta “Ni en acuerdo ni en desacuerdo”, lo que se decide estadísticamente para no asignar el puntaje de ningún aspecto hacia un valor extremo positivo o negativo.

Por último, se aplica el Test Chi-cuadrado de Independencia, donde se analiza el impacto que posee cada una de las características de los encuestados en su nivel de actitud general hacia los cuidados entregados por los estudiantes de enfermería, observando si éstas son dependientes o no entre sí. Para ello, se establecen dos hipótesis contrarias que se someten a la prueba estadística. Una de las hipótesis se denomina Hipótesis nula o “H0” y la otra Hipótesis alternativa o “H1”. Para el estudio se obtienen las siguientes hipótesis: H0: las variables en cuestión son independientes Vs H1: las variables en cuestión no son independientes.

El Test Chi-cuadrado sólo indica la existencia o no de independencia, y de ninguna forma el grado o fuerza de asociación si es que hubiese (Ver anexo 6.2.5).

Cabe mencionar, que para efectos de las conclusiones y discusión de los resultados, se considerará como actitud favorable hacia los cuidados otorgados, un resultado mayor o igual a 70%.

Finalmente, se destaca que todos los resultados obtenidos son producto de la naturaleza misma de los datos y no han sido inducidos por el método de recolección de datos, debido al estricto control sobre la metodología con la que se aplicó.

3.7. PLAN DE RECOLECCIÓN DE DATOS Y ORGANIZACIÓN DEL TRABAJO EN TERRENO

Para comenzar el proceso de aplicación del instrumento, fue necesario enviar cartas solicitando permiso a los jefes de gestión docente de los hospitales Carlos Van Buren, Dr. Gustavo Fricke y Dr. Eduardo Pereira (Ver anexo 6.2.1), ya que en estos establecimientos se encontraban cursando su laboratorio práctico los estudiantes de enfermería de segundo año.

Por motivos de las movilizaciones estudiantiles y la recalendarización de las actividades académicas no es posible asistir a los establecimientos mencionados.

Al retomar las actividades académicas se reorganiza la fecha de los laboratorios prácticos, siendo suspendidos en los estudiantes de enfermería de segundo año, por lo que se decide aplicar el instrumento a los adultos hospitalizados atendidos por los estudiantes de enfermería de tercer año, quienes continúan en su laboratorio práctico. Por lo mencionado anteriormente, las instituciones destinadas para aplicar el instrumento son finalmente los hospitales Carlos Van Buren y Dr. Eduardo Pereira.

Posteriormente, en el Hospital Carlos Van Buren se presentan, ante el Comité Científico, los conceptos fundamentales que justifican la investigación y así obtener el permiso para aplicar el instrumento de recolección de datos.

El instrumento es aplicado en el período comprendido desde el 15 al 29 de Septiembre. En común acuerdo, cada grupo de estudiantes de tercer año registra el nombre, cama y sala del adulto hospitalizado al cual le brinda los cuidados en una carpeta, la que es entregada a un integrante de cada grupo.

Para asistir a los servicios correspondientes, las tesis se dividen en tres grupos, distribuyéndose dos de ellos en el hospital Carlos Van Buren y uno en el hospital Dr. Eduardo Pereira. Durante la primera semana se acude al establecimiento sólo el día jueves y las dos siguientes de lunes a miércoles, desde las 14:00 a las 17:00 horas. A los establecimientos se asiste con delantal blanco institucional e identificaciones correspondientes.

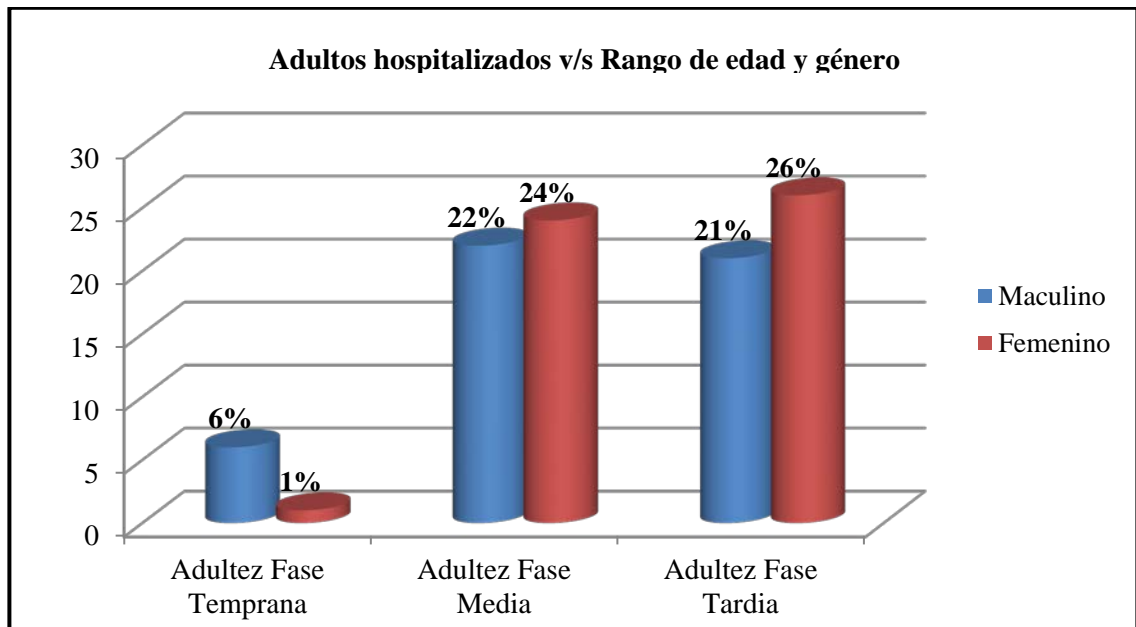
Al aplicar el instrumento se pregunta a los adultos hospitalizados si aceptan participar en la investigación, previa lectura del consentimiento informado (Ver anexo 6.2.2). Al decidir participar se les pide nombre y firma en ambas copias del consentimiento, dejando una de ellas al encuestado como respaldo de la investigación. Finalmente se aplica el cuestionario y se deposita en un sobre blanco.

CAPÍTULO 4

RESULTADOS

4.1. ANTECEDENTES DE LA MUESTRA

GRÁFICO N°1: “Distribución de adultos hospitalizados por rango de edad y género”



Al analizar la distribución de los adultos hospitalizados v/s rango de edad y género, se puede observar que el 49% de éstos son de género masculino, mientras que el 51% restante pertenecen al género femenino. Según el INE, la población mayor a 20 años de edad en la comuna de Valparaíso corresponde a 501.740 habitantes, de los cuales 47,9% son de género masculino y 52,1% de género femenino, lo que demuestra una mayor proporción de mujeres a nivel poblacional, así como también una mayor proporción de mujeres hospitalizadas durante el periodo de aplicación del instrumento, en el año 2011.

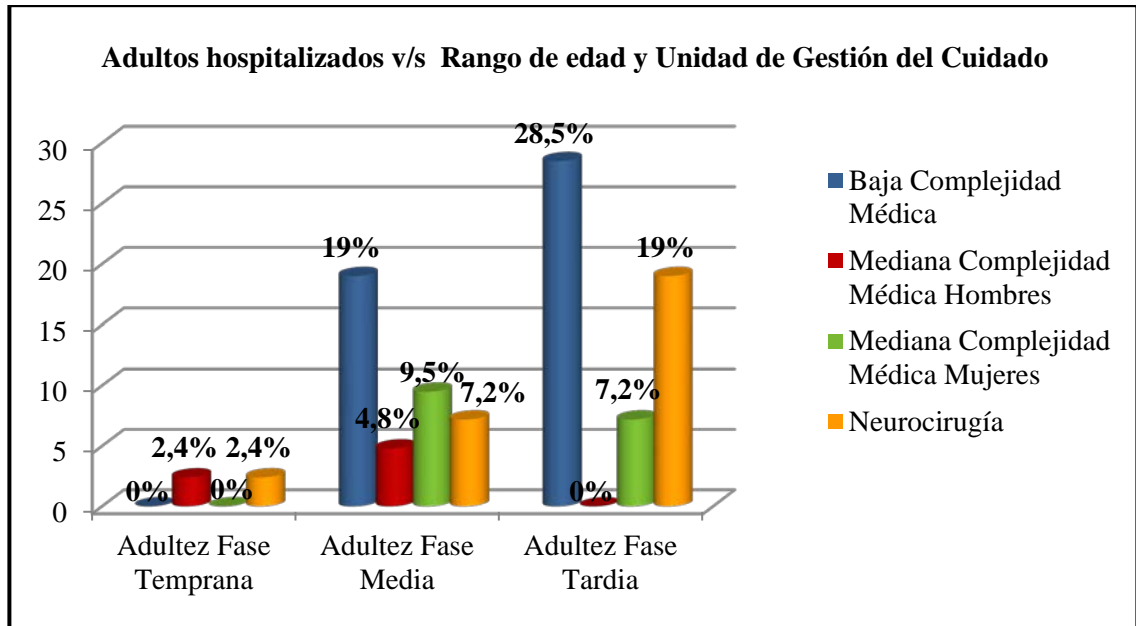
En relación a las Fases de la Adulthood, se puede apreciar que el 7% del total de adultos hospitalizados pertenece a la Adulthood Fase Temprana, siendo el 6% de género masculino y el 1% de género femenino. Considerando las proyecciones del INE, se espera un total de 42,9 % de personas para esta fase. De esta cifra el 22,1% corresponde al género masculino y un 20,8% al

género femenino. Ante la presencia de ambos datos, se puede destacar para esta Fase de la Aduldez, la mayor proporción del género masculino con respecto al femenino.

La Aduldez Fase Media cuenta con un 46% de los encuestados, de éste un 22% pertenece al género masculino y un 24% al género femenino. Según las proyecciones del INE para esta fase se espera que un 41 % de la población de la comuna de Valparaíso pertenezca a esta fase, siendo un 19,5% de género masculino y un 21,5% género femenino. Por lo que se puede observar una mayor prevalencia de mujeres para esta Fase de la Aduldez.

El 47% de los encuestados pertenecen a la Aduldez Fase Tardía, de los cuales el 21% son de género masculino y el 26% son de género femenino. Esta fase concentra el mayor porcentaje de adultos hospitalizados que fueron encuestados y a la vez, la mayor concentración de género femenino dentro de una fase. En relación a la comuna de Valparaíso, el 16,1% de habitantes pertenece a esta Fase de la Aduldez, correspondiendo un 6,4% al género masculino y un 9,7% al género femenino. Por lo que nuevamente la proporción del género femenino predomina por sobre la masculina.

GRÁFICO N°2: “Distribución de adultos hospitalizados por rango de edad y Unidad de Gestión del Cuidado en Hospital Carlos Van Buren”



Al analizar los adultos hospitalizados versus rango de edad y Unidades de Gestión del Cuidado del Hospital Carlos Van Buren, se puede observar que del total de los encuestados el 42% se encuentra en este hospital. De éstos, el 4,8% se encuentra en la Adulthood Fase Temprana, el 40,5% en la Adulthood Fase Media y el 54,7% restante en la Adulthood Fase Tardía, por lo que en esta última fase se concentra el mayor porcentaje de los encuestados.

En relación a las Unidades de Gestión del Cuidado del Hospital Carlos Van Buren y las Fases de la Adulthood, se encuentra que en la Unidad de Baja Complejidad Médica presenta un 47,5% del total de los adultos hospitalizados en este hospital, de éstos ninguno pertenece a la Adulthood Fase Temprana, mientras que el 19% se encuentra en la Adulthood Fase Media y un 28,5% en la Adulthood Fase Tardía.

En relación a los datos entregados por la Unidad de Estadística del Hospital Carlos Van Buren, para esta unidad durante el año 2011, se tiene que del total de egresos hospitalarios el

15,3% se encuentra en la Adulter Fase Temprana, el 39,9% en la Adulter Fase Media y un 44,8% en la Adulter Fase Tardía.

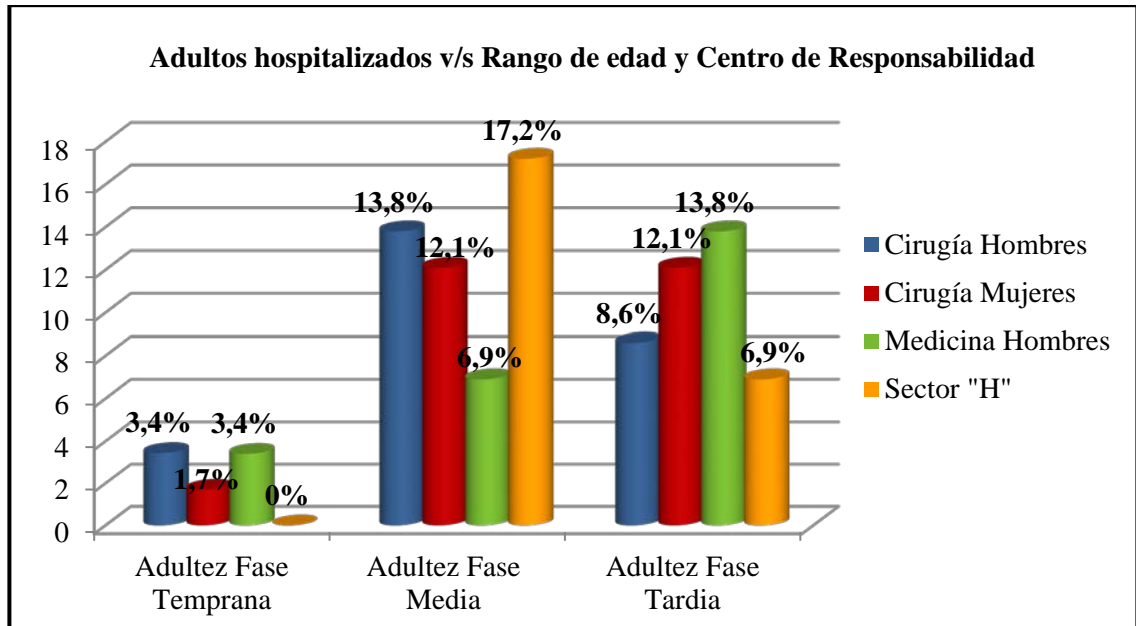
En la Unidad de Mediana Complejidad Médica Hombres se encuentra un 7,2% del total de los adultos hospitalizados en el Hospital Carlos Van Buren. De éstos, se aprecia que un 2,4% se encuentra en la Adulter Fase Temprana, un 4,8% a la Adulter Fase Media y mientras que en la Adulter Fase Tardía no existen encuestados. En contraste con la información otorgada por la Unidad de Estadística del Hospital Carlos Van Buren, se aprecia que en el año 2011 del total de egresos de esta unidad el 11% se concentra en la Adulter Fase Temprana, el 38% en la Adulter Fase Media y el 51% a la Adulter Fase Tardía.

Respecto a la Unidad de Mediana Complejidad Médica Mujeres, se observa que el 16,7% de los adultos hospitalizados en el Hospital Carlos Van Buren se encuentran en esta unidad. Respecto a éstos mismos, se aprecia que no existen encuestados en la Adulter Fase Temprana. En tanto que en la Adulter Fase Media hay un 9,5% de adultos hospitalizados, y en la Adulter Fase Tardía un 7,2% de éstos mismos. Según los datos entregados por la Unidad de Estadística del Hospital Carlos Van Buren, se aprecia que del total de egresos de esta unidad durante el año 2011, el 12% pertenece a la Adulter Fase Temprana, el 30% a la Adulter Fase Media y el 58% a la Adulter Fase Tardía.

La Unidad de Neurocirugía del Hospital Carlos Van Buren posee un 28,6% del total de los encuestados. Dentro de esta unidad, en la Adulter Fase Temprana se encuentra un 2,4% de adultos hospitalizados, un 7,2% en la Adulter Fase Media y un 19% en la Adulter Fase Tardía.

Según la información entregada por la Unidad de Estadística del Hospital Carlos Van Buren, en el año 2011 para esta unidad, se tiene que el 24,5% se encuentra en la Adulter Fase Temprana, el 45,8% en la Adulter Fase Media y el 29,7% a la Adulter Fase Tardía.

GRÁFICO N°3: “Distribución de adultos hospitalizados por rango de edad y Centro de Responsabilidad en Hospital Dr. Eduardo Pereira”



Al analizar la distribución de los encuestados en esta investigación, el 58% de los adultos se encuentran hospitalizados en el Hospital Dr. Eduardo Pereira, en los Centros de Responsabilidad Cirugía Hombres, Cirugía Mujeres, Medicina Hombres y Sector H.

Al evaluar cada Fase de la Adulthood por separado, se observa que el 8,5% de los encuestados corresponden a la Adulthood Fase Temprana, el 50% se encuentran en la Adulthood Fase Media y el 41,4% están en la Adulthood Fase Tardía.

Al evaluar los resultados por Centro de Responsabilidad, en Cirugía Hombres, el total de los adultos hospitalizados en este centro es un 25,8%. El 3,4% se encuentra en la Adulthood Fase Temprana, el 13,8% está en la Adulthood Fase Media y el 8,6% en la Adulthood Fase Tardía.

Respecto a Cirugía Mujeres, el cual corresponde al 25,9% del total de adultos hospitalizados en este hospital, el 1,7% se encuentra en la Adulthood Fase Temprana, el 12,1% en la Adulthood Fase Media y el 12,1% en la Adulthood Fase Tardía.

En relación con la información entregada por el Departamento de Estadística del Hospital Dr. Eduardo Pereira, se tiene que del total de egresos hospitalarios durante el año 2010 el 42,3% se concentra en el Área Quirúrgica.

En relación a Medicina Hombres, el total de adultos encuestados es de 24,1% y de ellos, el 3,4% están en la Fase Temprana de la Adulthood, el 6,9% está en la Fase Media de la Adulthood y el 13,8% en la Fase Tardía de la Adulthood. En contraste con los datos entregados por el Departamento de Estadística del Hospital Dr. Eduardo Pereira, del total de egresos durante el año 2010 el 27,6% corresponde al Área Médica.

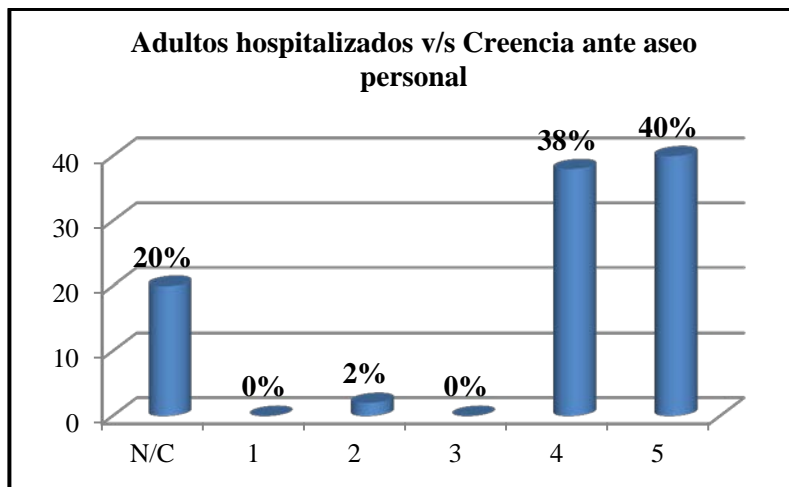
Finalmente, en el Sector “H” del Hospital, hay un 24,1% de encuestados del total. Dentro de este porcentaje, no hay encuestados que se encuentren en la Adulthood Fase Temprana, el 17,2% está en la Adulthood Fase Media y el 6,9% en la Adulthood Fase Tardía.

En contraste con los datos otorgados por el Departamento de Estadística del Hospital Dr. Eduardo Pereira, para el año 2011 se tiene que el 14,9% se concentra en el Área Médico Quirúrgica.

4.2. ANÁLISIS DESCRIPTIVO

4.2.1. Componente cognoscitivo en la esfera biológica

GRÁFICO N°4: “Creencia del adulto ante realización de aseo personal”

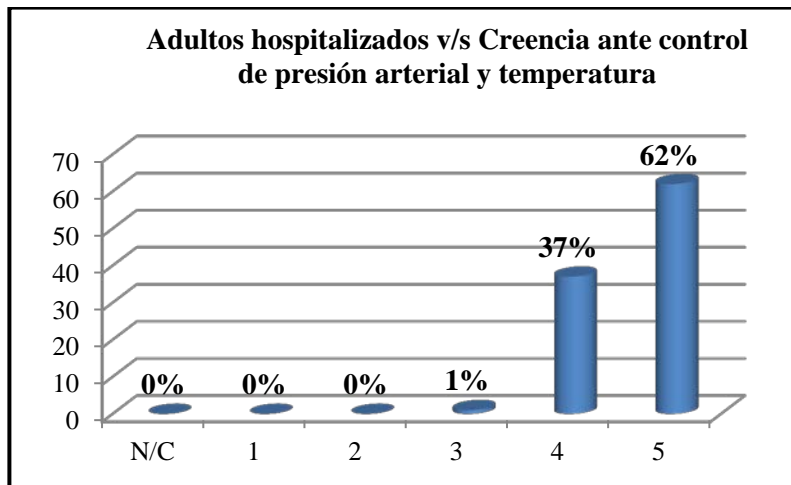


ESCALA TIPO LIKERT

1	Muy en desacuerdo.
2	En desacuerdo.
3	Ni en acuerdo ni en desacuerdo.
4	De acuerdo.
5	Muy de acuerdo.
N/C	No corresponde

Al analizar la creencia que tienen los adultos hospitalizados ante la realización del aseo personal, el 78% de los encuestados cree que los estudiantes de enfermería lo realizan de forma correcta. El 20% de los encuestados no responde el ítem debido a que se realizan su aseo personal de forma autónoma. El 2% de los encuestados no cree que los estudiantes realizan un buen aseo personal a los adultos hospitalizados.

GRÁFICO N°5: “Creencia del adulto ante control de presión arterial y temperatura”

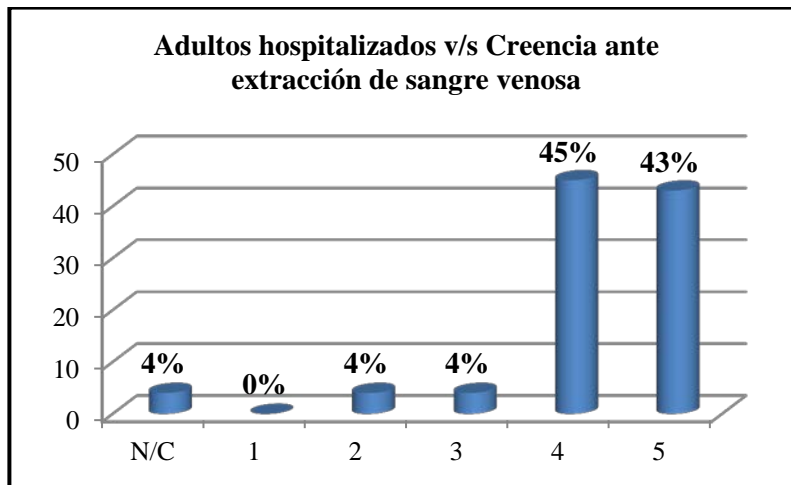


ESCALA TIPO LIKERT

1	Muy en desacuerdo.
2	En desacuerdo.
3	Ni en acuerdo ni en desacuerdo.
4	De acuerdo.
5	Muy de acuerdo
N/C	No corresponde

Al evaluar la creencia que tienen los encuestados ante las técnicas de medición de presión arterial y temperatura realizadas por los estudiantes de enfermería, el 99% de los encuestados cree que los estudiantes tienen conocimientos para controlar la temperatura y la presión arterial. El 1% de los adultos hospitalizados responde “Ni en acuerdo ni en desacuerdo”. El 100% de los encuestados respondieron este ítem y ninguno de ellos responde “Muy en desacuerdo” o “En desacuerdo” a este ítem.

GRÁFICO N°6: “Creencia del adulto ante extracción de sangre venosa”



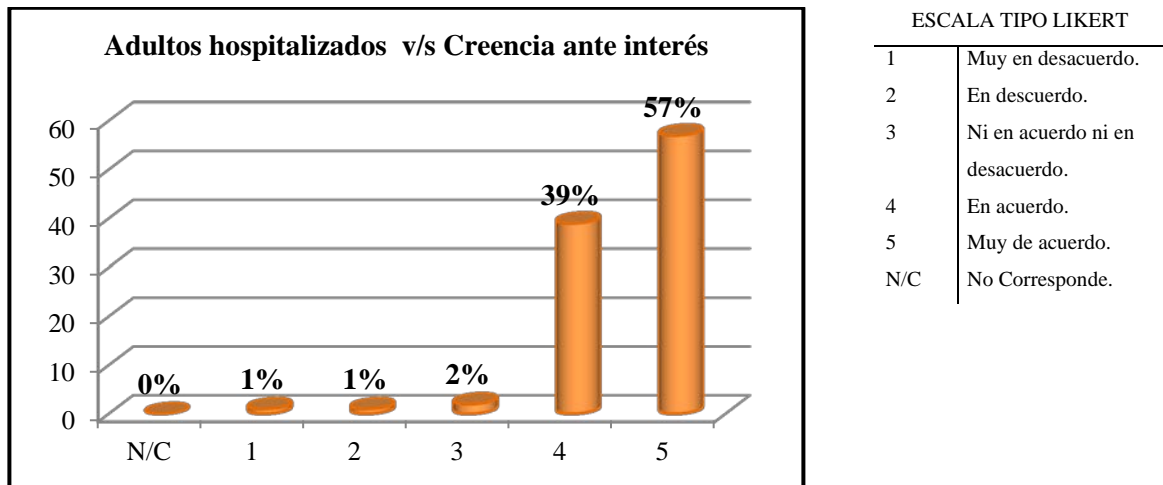
ESCALA TIPO LIKERT

1	Muy en desacuerdo.
2	En desacuerdo.
3	Ni en acuerdo ni en desacuerdo.
4	En acuerdo.
5	Muy de acuerdo.
N/C	No Corresponde

Al analizar la creencia que tienen los adultos hospitalizados ante la técnica de extracción de sangre realizada por los estudiantes de enfermería, el 88% de los encuestados cree que los estudiantes poseen los conocimientos para realizar dicha técnica. El 4% de los adultos hospitalizados no cree que los estudiantes tienen los conocimientos para extraer sangre y otro 4% está “Ni en acuerdo ni en desacuerdo” con el ítem propuesto respecto a la técnica mencionada. En este ítem se obtuvo además, un 4% de respuestas perdidas.

4.2.2. Componente cognoscitivo en la esfera psicológica

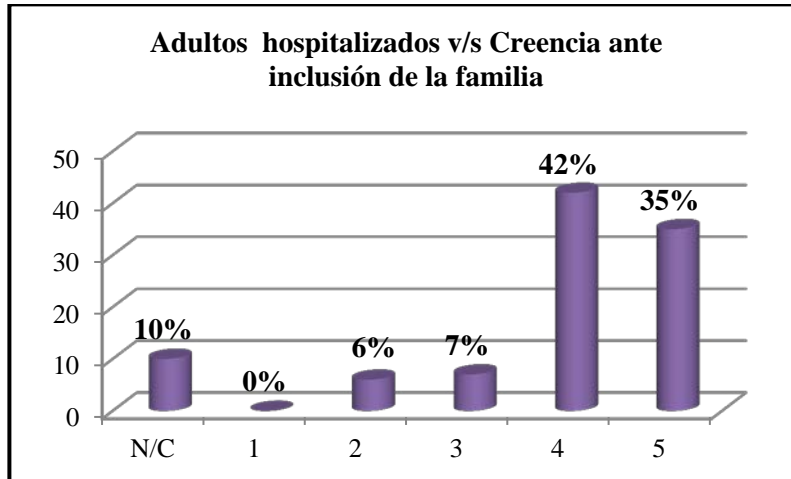
GRÁFICO N°7: “Creencia del adulto ante interés del estudiante por estado de ánimo”



Al evaluar la creencia que tienen los encuestados ante el interés presentado por parte de los estudiantes de enfermería hacia el estado de ánimo de los adultos hospitalizados, el 96% de los encuestados creen que los estudiantes se interesan por su estado anímico, el 2% cree lo contrario y el 2% restante se muestra “Ni en acuerdo ni en desacuerdo” ante el ítem. Esta afirmación consta con un 100% de respuestas por parte de los encuestados.

4.2.3. Componente cognoscitivo en la esfera social

GRÁFICO N°8: “Creencia del adulto ante inclusión de la familia en la recuperación por parte del estudiante”



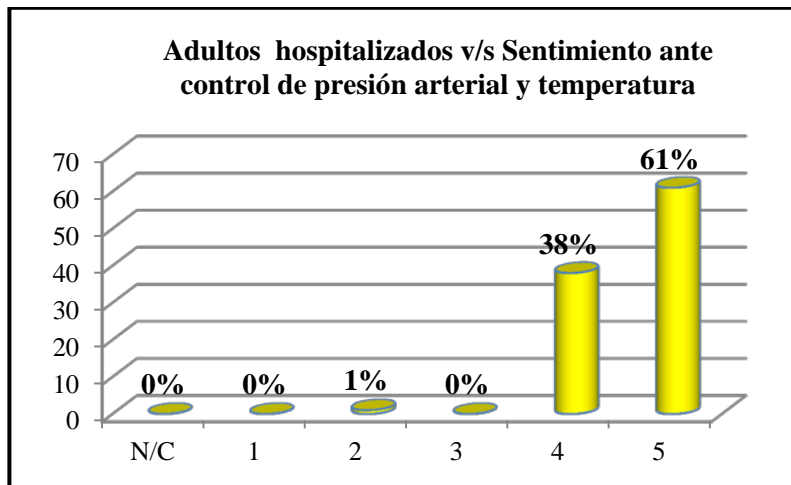
ESCALA TIPO LIKERT

1	Muy en desacuerdo.
2	En desacuerdo.
3	Ni en acuerdo ni en desacuerdo.
4	En acuerdo.
5	Muy de acuerdo.
N/C	No Corresponde.

Al evaluar la creencia que presentan los adultos hospitalizados respecto a la inclusión de la familia en su recuperación por parte de los estudiantes de enfermería, la investigación devela que el 77% de los adultos hospitalizados cree que los estudiantes incluyen a la familia en su recuperación, el 6% no cree que se cumpla esta afirmación, el 7% se muestra “Ni en acuerdo ni en desacuerdo”, mientras que el 10% restante no responde este ítem.

4.2.4. Componente afectivo en la esfera biológica

GRÁFICO N° 9: “Sentimientos del adulto ante control de presión arterial y temperatura”

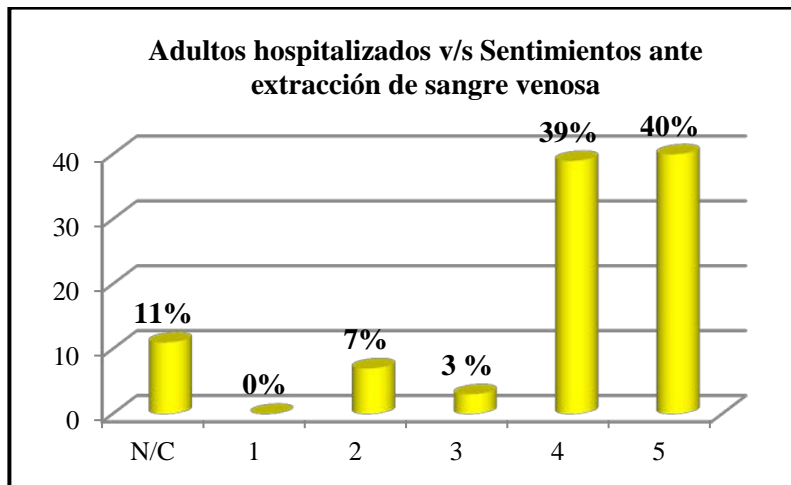


ESCALA TIPO LIKERT

1	Muy en desacuerdo.
2	En desacuerdo.
3	Ni en acuerdo ni en desacuerdo.
4	En acuerdo.
5	Muy de acuerdo.
N/C	No Corresponde.

Al analizar el sentimiento de los encuestados ante el control de presión arterial y temperatura realizado por los estudiantes de enfermería, el 99% de los adultos hospitalizados se sienten cómodos cuando los estudiantes les controlan la presión arterial y temperatura, mientras que el 1% no se sienten cómodo cuando los estudiantes otorgan este cuidado. El 100% de los encuestados responde este ítem.

GRÁFICO N°10: “Sentimientos del adulto ante extracción de sangre venosa”



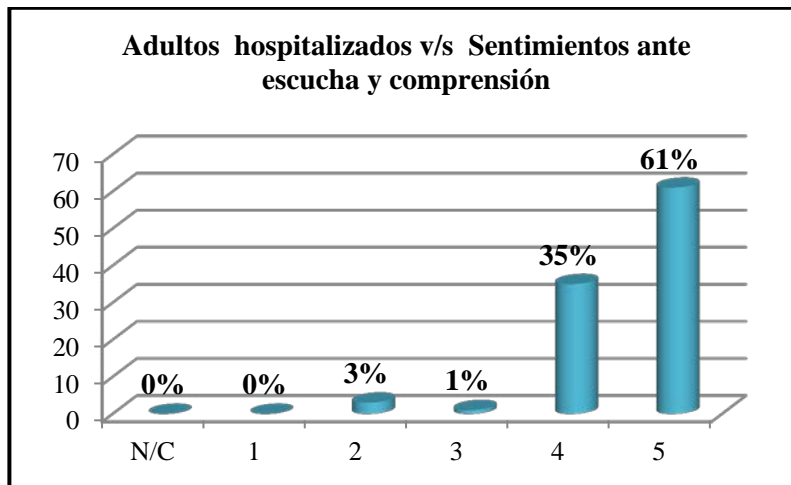
ESCALA TIPO LIKERT

1	Muy en desacuerdo.
2	En desacuerdo.
3	Ni en acuerdo ni en desacuerdo.
4	En acuerdo.
5	Muy de acuerdo.
N/C	No Corresponde.

Al evaluar los sentimientos de los encuestados ante la técnica de extracción de sangre venosa, el 79% de los adultos hospitalizados se sienten seguros ante este cuidado otorgado por los estudiantes de enfermería. El 7% de los encuestados no se sienten seguros cuando los estudiantes realizan este cuidado, mientras que el 3% restante se muestra “Ni en acuerdo ni en desacuerdo” ante este ítem. El 11% de los adultos hospitalizados no responde este ítem.

4.2.5. Componente afectivo en la esfera psicológica

GRÁFICO N°11: “Sentimientos ante la escucha y comprensión por parte del estudiante”



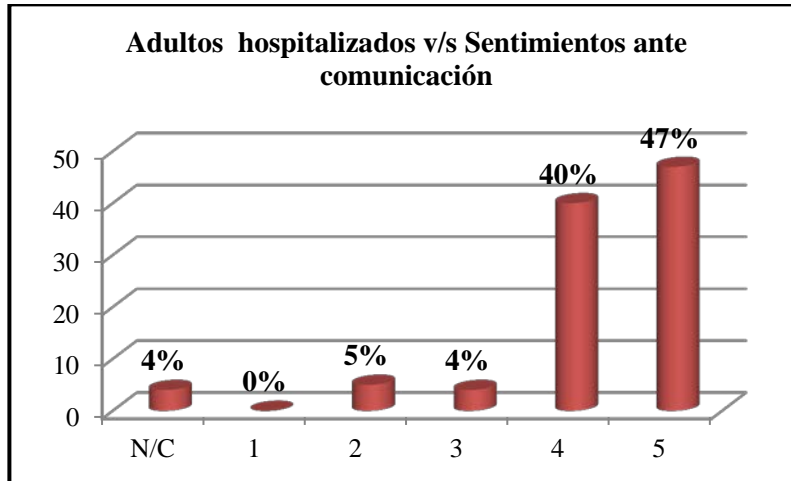
ESCALA TIPO LIKERT

1	Muy en desacuerdo.
2	En desacuerdo.
3	Ni en acuerdo ni en desacuerdo.
4	En acuerdo.
5	Muy de acuerdo.
N/C	No Corresponde.

Al analizar los sentimientos de los encuestados frente a la escucha y comprensión de los estudiantes de enfermería cuando los adultos hospitalizados lo necesitan, el 96% de los encuestados sienten que los estudiantes sí realizan dicha acción, mientras que el 3% no sienten que los estudiantes los escuchan y comprenden cuando lo necesitan. Un 1% se muestra “Ni en acuerdo ni en desacuerdo” frente a este ítem. El 100% de los encuestados respondió este ítem.

4.2.6. Componente afectivo en la esfera social

GRÁFICO N°12: “Sentimientos del adulto ante comunicación entre estudiante y la familia acerca del estado de salud”



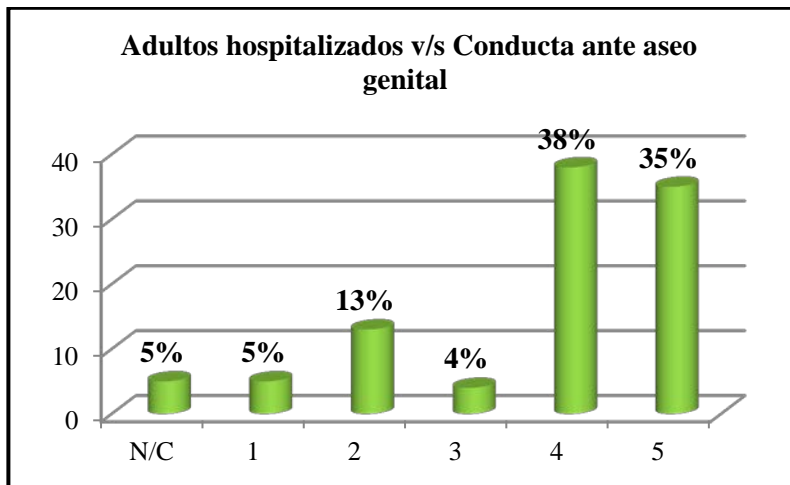
ESCALA TIPO LIKERT

1	Muy en desacuerdo.
2	En desacuerdo.
3	Ni en acuerdo ni en desacuerdo.
4	En acuerdo.
5	Muy de acuerdo.
N/C	No Corresponde.

Al evaluar los sentimientos ante la comunicación entre los estudiantes y las familias de los encuestados, el 87% de los adultos hospitalizados sienten agrado ante la comunicación de los estudiantes con sus familias. El 5% no sienten agrado ante esta acción, en tanto que el 4% se muestra “Ni en acuerdo ni en desacuerdo” ante este ítem. Un 4% de los encuestados no responde este ítem.

4.2.7. Componente conductual o conativo en la esfera biológica

GRÁFICO N°13: “Conducta del adulto ante realización de aseo genital”

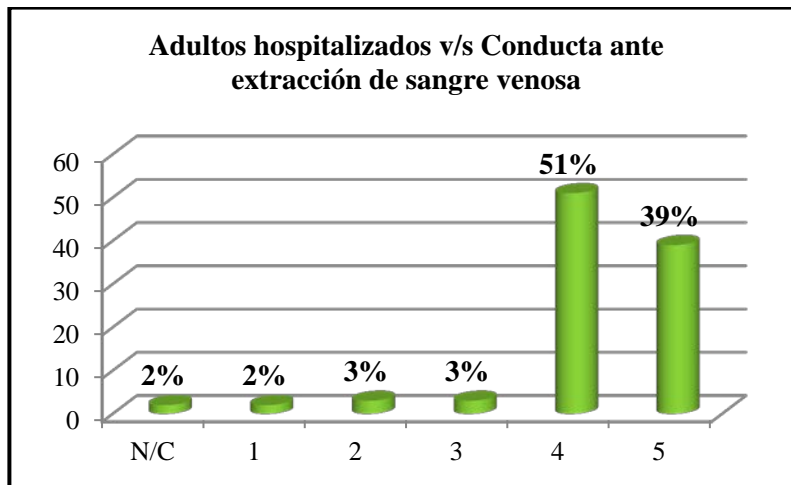


ESCALA TIPO LIKERT

1	Muy en desacuerdo.
2	En desacuerdo.
3	Ni en acuerdo ni en desacuerdo.
4	En acuerdo.
5	Muy de acuerdo.
N/C	No Corresponde.

Al analizar la conducta de los adultos ante la realización del aseo genital por parte de los estudiantes de enfermería, el 73% de los encuestados está dispuesto a que los estudiantes les ayuden con su aseo genital y 18% no está dispuesto a recibir dicha ayuda. Un 4% de los encuestados responden “Ni en acuerdo ni en desacuerdo” y el 5% restante no responde el ítem.

GRÁFICO N°14: “Conducta del adulto ante extracción de sangre venosa”

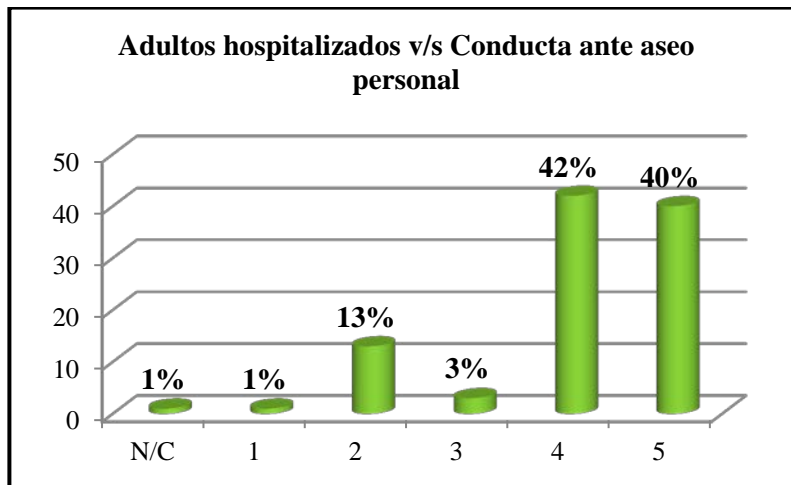


ESCALA TIPO LIKERT

1	Muy en desacuerdo.
2	En desacuerdo.
3	Ni en acuerdo ni en desacuerdo.
4	En acuerdo.
5	Muy de acuerdo.
N/C	No Corresponde.

Al evaluar la conducta de los adultos hospitalizados ante la extracción de sangre venosa por parte de los estudiantes de enfermería, el 90% de los encuestados está dispuesto a que los estudiantes les realicen dicho procedimiento, mientras que un 5% no está dispuesto. El 3% de los encuestados responde “Ni en acuerdo ni en desacuerdo”, en tanto que un 2% del total de los encuestados no responde este ítem.

GRÁFICO N°15: “Conducta del adulto ante realización de aseo personal”

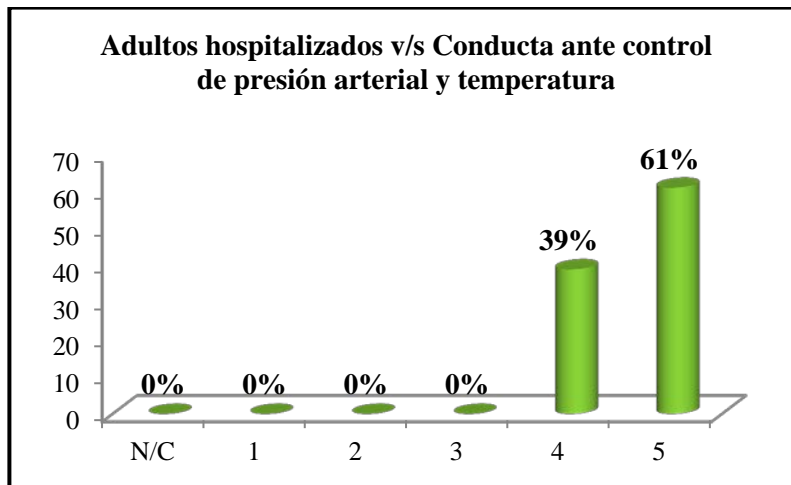


ESCALA TIPO LIKERT

1	Muy en desacuerdo.
2	En desacuerdo.
3	Ni en acuerdo ni en desacuerdo.
4	En acuerdo.
5	Muy de acuerdo.
N/C	No Corresponde.

Al analizar la conducta de los adultos respecto a la realización del aseo personal por parte de los estudiantes de enfermería, el 82% de los encuestados está dispuesto a que los estudiantes les ayuden con su aseo personal. El 14% no están dispuestos a obtener esta ayuda, en tanto que el 3% responde “Ni en acuerdo ni en desacuerdo”. El 1% de los adultos hospitalizados no responde este ítem.

GRÁFICO N°16: “Conducta del adulto ante control de presión arterial y temperatura”



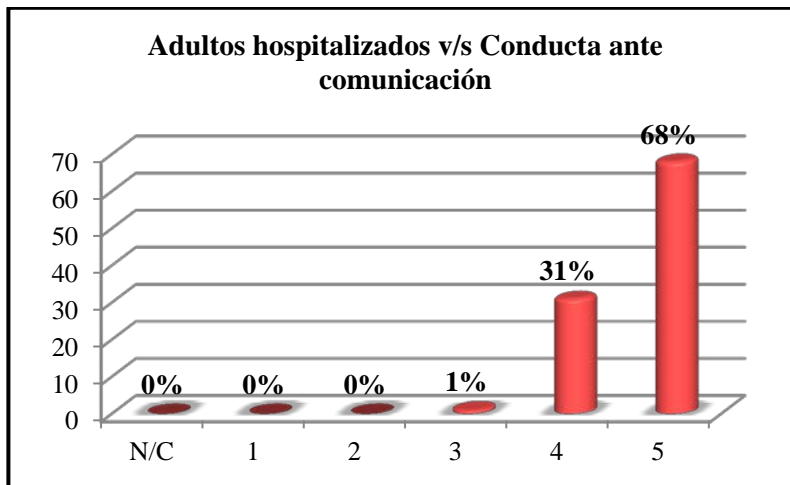
ESCALA TIPO LIKERT

1	Muy en desacuerdo.
2	En desacuerdo.
3	Ni en acuerdo ni en desacuerdo.
4	En acuerdo.
5	Muy de acuerdo.
N/C	No Corresponde.

Al evaluar la conducta de los adultos hospitalizados ante la medición de la presión arterial y temperatura, el 100% de los encuestados está dispuesto a que los estudiantes realicen dicha acción. Ninguno de los adultos hospitalizados responde las opciones “En desacuerdo”, “Muy en desacuerdo” o “Ni en acuerdo, ni en desacuerdo”. El 100% de los adultos hospitalizados responden este ítem.

4.2.8. Componente conductual o conativo en la esfera psicológica

GRÁFICO N°17: “Conducta del adulto ante comunicación con el estudiante”



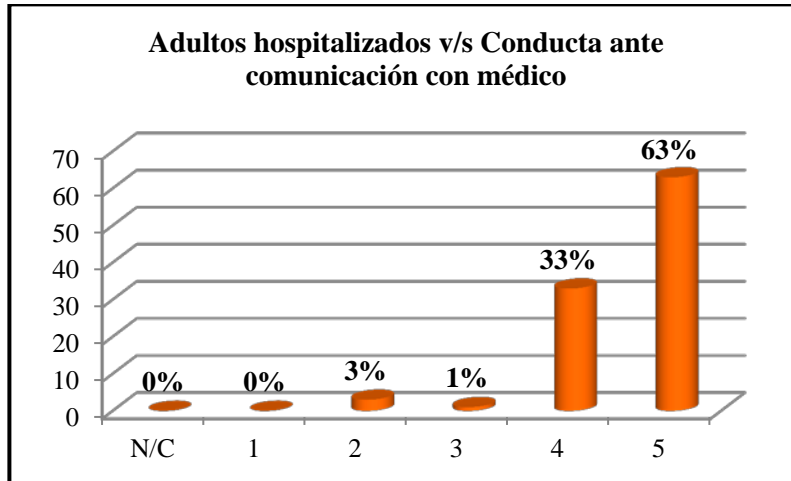
ESCALA TIPO LIKERT

1	Muy en desacuerdo.
2	En desacuerdo.
3	Ni en acuerdo ni en desacuerdo.
4	En acuerdo.
5	Muy de acuerdo.
N/C	No Corresponde.

Al analizar la conducta de los adultos hospitalizados ante la comunicación que mantienen con los estudiantes de enfermería, el 99% de los encuestados están dispuestos a comunicarse con los estudiantes, mientras el 1% se muestra indiferente ante tal cuidado. Es relevante mencionar que ninguno de los adultos hospitalizados responde “En desacuerdo” o “Muy en desacuerdo”. El 100% de los encuestados responden este ítem.

4.2.9. Componente conductual o conativo en la esfera social

GRÁFICO N°18: “Conducta del adulto ante comunicación del estudiante con el médico acerca del estado de salud”



ESCALA TIPO LIKERT

1	Muy en desacuerdo.
2	En desacuerdo.
3	Ni en acuerdo ni en desacuerdo.
4	En acuerdo.
5	Muy de acuerdo.
N/C	No Corresponde.

Al evaluar la conducta de los encuestados en relación a la disposición que tienen respecto a que los estudiantes conversen con el médico tratante acerca de su estado de salud, el 96% de los encuestados están dispuestos a que realicen dicha acción. El 3% no están dispuestos a que los estudiantes conversen con el médico respecto a su estado de salud, mientras que el 1% se muestra “Ni en acuerdo ni en desacuerdo” ante este ítem. El 100% de los adultos hospitalizados responde este ítem.

CAPÍTULO 5

CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. CONCLUSIONES DEL ESTUDIO

Poblete (2007) menciona que en los centros de salud los adultos hospitalizados sienten la necesidad de que los cuidados sean significativos, en donde el escuchar, la empatía y el afecto son tan importantes como los aspectos técnicos del quehacer de enfermería. Esto indica que sus actitudes se relacionan estrechamente con el tipo de cuidados que reciben y las competencias desplegadas en el ejercicio de los mismos, por lo que en este estudio se concluye lo siguiente:

1. Se logran identificar los tres componentes de las actitudes en cada una de las esferas del cuidado, observándose una predisposición favorable por parte de los adultos hospitalizados hacia los cuidados otorgados por los estudiantes de enfermería, sin encontrar divergencias significativas en los resultados obtenidos.
2. Los antecedentes generales de cada uno de los encuestados, es decir, la edad y género, no producen variaciones en las actitudes que presentan los adultos ante los cuidados otorgados por los estudiantes de enfermería. Asimismo, no influyen en los resultados obtenidos la Unidad de Gestión del Cuidado o Centro de Responsabilidad donde se encuentran hospitalizados.
3. Al evaluar el componente cognoscitivo de las actitudes se logra identificar que, referente a la esfera biológica de los cuidados, más de tres cuartos de los hospitalizados creen que los estudiantes de enfermería realizan de manera adecuada el aseo personal, lo cual converge con los resultados obtenidos en relación a los otros cuidados de la esfera biológica en el mismo componente, tales como control de presión arterial y temperatura y extracción de sangre venosa, por lo que se concluye que, aproximadamente, nueve de cada diez adultos hospitalizados creen que los estudiantes de enfermería realizan correctamente los cuidados en la esfera biológica del componente cognoscitivo.

En relación al mismo componente se observa que los resultados en la esfera psicológica y social convergen, evidenciándose en el encuestado la creencia de que los estudiantes de enfermería se preocupan tanto por su estado de ánimo como por la incorporación de la familia en su recuperación. Ante estos resultados, se concluye que, aproximadamente, nueve de cada diez adultos hospitalizados creen que los estudiantes de enfermería asumen la importancia de los cuidados en la esfera psicológica y social del componente cognoscitivo, demostrando que el enfoque biopsicosocial constituye un pilar fundamental en su formación profesional.

Respecto a lo anterior, se logra determinar que el componente cognoscitivo de las actitudes de los adultos hospitalizados se manifiesta en la creencia favorable hacia las competencias de los estudiantes de enfermería para ejercer los cuidados en todas sus esferas.

4. Al evaluar el componente afectivo de las actitudes se identifica que, referente a la esfera biológica de los cuidados, casi la totalidad de los adultos hospitalizados se sienten seguros cuando el estudiante de enfermería les controla la presión arterial y temperatura, lo que converge con los resultados obtenidos en relación a la técnica de extracción de sangre venosa. Por esto se concluye que, aproximadamente, nueve de cada diez adultos hospitalizados sienten seguridad respecto a los cuidados otorgados por estudiantes de enfermería en la esfera biológica, lo que demuestra la sensibilidad y empatía desarrollada a través de la formación académica del estudiante hacia los eventos estresantes que afectan la emocionalidad del adulto en condiciones de hospitalización.

Dentro del mismo componente, se aprecia que los resultados en la esfera psicológica y social convergen, observándose en los adultos hospitalizados un sentimiento de agrado ante la escucha y comprensión ejercida por parte de los estudiantes de enfermería en la atención, y ante la comunicación de éstos con la familia sobre su estado de salud. Referente a esto, se concluye que, aproximadamente, nueve de cada diez encuestados

sienten agrado ante los cuidados otorgados por estudiantes de enfermería en las esferas psicológica y social, destacándose que estas últimas se relacionan estrechamente en el componente afectivo.

Respecto a lo anterior, se logra determinar que el componente afectivo de las actitudes de los adultos hospitalizados se manifiesta en sentimientos de agrado, seguridad y confianza hacia las competencias de los estudiantes de enfermería para ejercer los cuidados en todas sus esferas, lo que se relaciona con lo mencionado por Poblete (2007), quien señala que los adultos hospitalizados perciben a los estudiantes de enfermería como sujetos empáticos capaces de brindar un buen trato, atención oportuna, compañía, afecto y seguridad.

5. Al evaluar el componente conductual o conativo de las actitudes se identifica que, referente a la esfera biológica de los cuidados, casi la totalidad de los adultos hospitalizados se muestran dispuestos ante la extracción de sangre venosa ejecutada por el estudiante de enfermería, lo que converge con los resultados obtenidos en relación a las técnicas de control de presión arterial y temperatura, aseo personal y genital. Por esto se concluye que, aproximadamente, nueve de cada diez adultos hospitalizados están dispuestos a que sean los estudiantes de enfermería quienes les realicen estos cuidados. Esta disposición favorable refleja la confianza de los adultos hospitalizados en las competencias no sólo técnicas, sino también teóricas que desarrollan los estudiantes de enfermería a través de su formación profesional, para enfrentar de manera responsable las técnicas invasivas y no invasivas que involucran el cuidado del adulto.

Dentro del mismo componente, se identifica que los resultados obtenidos en la esfera psicológica y social convergen, observándose que los adultos hospitalizados están dispuestos a comunicarse con los estudiantes de enfermería y, a la vez, permiten la comunicación de éste con el médico tratante acerca de su estado de salud. En relación a esto, se concluye que, aproximadamente, diez de cada diez encuestados están dispuestos

a recibir los cuidados por parte de los estudiantes de enfermería en las esferas psicológica y social.

Respecto a lo anterior, se logra determinar que el componente conductual o conativo de las actitudes de los adultos hospitalizados se manifiesta en una disposición favorable hacia las competencias de los estudiantes de enfermería para ejercer los cuidados en todas sus esferas, estableciendo la relación estudiante de enfermería-adulto hospitalizado, al permitir el acercamiento de éste a su intimidad, respetando su autonomía y favoreciendo la expresión de sentimientos.

6. En el desarrollo de este estudio, se ha integrado el concepto de actitudes como herramienta de retroalimentación fundamental en la formación del profesional enfermera, entendiendo que dicho concepto no pertenece sólo al estudio humano desde la perspectiva de la psicología, sino que se expande de manera importante a todas las disciplinas del área de la salud, ya que responde a la necesidad de tomar en cuenta la perspectiva del usuario en la calidad de la atención y de otorgarle una participación activa en el proceso salud-enfermedad, considerando que su opinión incide de forma importante en la formación de los futuros profesionales enfermeras, al ser el mismo usuario quien reconoce las principales necesidades de los servicios de atención. Es importante que las escuelas de enfermería consideren este último aspecto, procurando formar profesionales con espíritu de servicio, que trabajen a la par y de forma complementaria con el usuario, su familia y la comunidad, buscando siempre el alcance del bienestar común.

5.2. RECOMENDACIONES

Es menester que el profesional enfermera, tanto en el rol docente como en el asistencial, consideren las siguientes recomendaciones, para el mejoramiento de la calidad de los cuidados del adulto hospitalizado:

1. Fortalecer la formación académica del estudiante de enfermería, con énfasis en las esferas biológica, psicológica y social de los cuidados abordados en esta investigación, con el fin de desarrollar las competencias necesarias para un desempeño del ejercicio profesional de calidad, considerando al adulto como un ser holístico inserto en una familia y comunidad.
2. Realizar estudios similares, que permitan profundizar en la relación estudiante de enfermería-usuario con el fin de aportar a la mejor formación de profesional enfermera.
3. Ejecutar investigaciones en usuarios de otros grupos etarios e instituciones y/o centros de salud, para generar mayor conocimiento en relación a la actitud del usuario frente a la atención.
4. Implementar un plan de monitoreo para evaluar los cuidados otorgados por los estudiantes de enfermería en los diferentes niveles.
5. Fortalecer en los estudiantes de enfermería el concepto de calidad de cuidados, desde la perspectiva del usuario y la importancia de la mirada integral para una buena praxis, y para la ejecución adecuada del rol dentro del equipo multidisciplinario.
6. Incorporar, dentro del plan de gestión y planificación estratégica de cada escuela, estudios de percepción y/o satisfacción usuaria respecto a la enseñanza impartida y los cuidados otorgados en la práctica por estudiantes de enfermería de la región y el país.

7. Fomentar en los establecimientos de salud, la incorporación del estudiante de enfermería al equipo multidisciplinario en la atención integral de los usuarios hospitalizados, con el fin de facilitar el empoderamiento del rol profesional en el campo laboral.
8. Fomentar la relación docente-asistencial para detectar precozmente las necesidades sentidas de los adultos hospitalizados y canalizar su satisfacción biopsicosocial, considerando al equipo de salud y al estudiante de enfermería.

CAPÍTULO 6

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS Y ANEXOS

6.1. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Adriazola, M., Barros, A., Cornejo, M., Díaz, P., Galea, A., Lantadilla, M., & Lorie, N. (2006). *Cuidados otorgados por el equipo de enfermería a los adultos mayores hospitalizados según grado de funcionalidad*. Valparaíso, Chile.
2. Asociación Chilena de Educación en Enfermería. (2008). *Desarrollo de enfermería al interior de la universidad*. Extraído el 12 de Diciembre de 2011 desde <http://www.achieen.cl/uploads/documentos/691c0b58dc31c73be58a96e851d279501e80b464.pdf>
3. Asociación Chilena de Educación en Enfermería. (2008). *Enfermería: Profesión y disciplina del cuidado*. Extraído el 12 de Diciembre de 2011 desde <http://www.achieen.cl/uploads/documentos/8cb8a51c145f1ea1ef8a408ee177066c64010529.pdf>
4. Bautista, M.L. (2008). *Percepción de la calidad del cuidado de enfermería en la ESE Francisco Paula Santander*. Extraído el 17 de Diciembre de 2011 desde http://www.scielo.unal.edu.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-59972008000100007&lng=es&nrm=
5. Berger, K. (2009). *Psicología del Desarrollo: adultez y vejez*. Madrid: Médica Panamericana.
6. Bettancourt, L., Lazcano, M.R., Monardes, G., Núñez, N., & Peroni, S. (2010). *Escuela de Enfermería: 75 años formando profesionales al cuidado de la comunidad*. Valparaíso: Universidad de Valparaíso.

7. Bub, M. B., De Gasperi, P., Fabiane, S.L., Lenise, P.M., Kuerten, P., & Waterkemper, R. (2007). *El cuidado y la enfermería*. Extraído el 11 de septiembre del 2010 desde: http://www.enfermeria.unal.edu.co/revista/articulos/xxvii1_11.pdf
8. Caligiore, I., Diaz., J.A. (2003). *Satisfacción del usuario del área de hospitalización de un hospital de tercer nivel*. Extraído el 23 de de octubre de 2011 desde: <http://www.revistas.um.es/eglobal/article/view/659>
9. Camargo, I., Caro, C. (2008). *Comportamientos de cuidado del anciano y de los profesionales de enfermería: evidencias para la cualificación profesional*. Extraído el 23 de octubre de 2011 desde: <http://www.revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/12954/13672>
10. Chambi, M., Finn, B., Hortis, V., Young, P. (2011). *Florence Nightingale (1820-1910), a 101 años de su fallecimiento*. Extraído el 23 de octubre de 2011 desde: http://www.scielo.cl/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-98872011000600017
11. Cornachione, M. (2006). *Adultez: aspectos biológicos, psicológicos y sociales*. Córdoba, Arengina: Brujas.
12. Craig, G., Baucum, D. (2001). *Desarrollo Psicológico*. Ciudad de México: Prentice Hall.
13. Cuenca, E. (2006). *Psicología*. Ciudad de México: Thomson.
14. Departamento de Estadística. (2011). Hospital Carlos Van Buren.
15. Departamento de Estadística. (2011). Hospital Dr. Eduardo Pereira.
16. Gerrig, R., Zimbardo, P. (2005). *Psicología y vida*. Ciudad de México: Prentice Hall.

17. Hurtado, P. (2011). *Programa Cátedra Enfermería del Adulto y Senescente III*. Valparaíso: Universidad de Valparaíso.
18. Instituto Nacional de Estadísticas. (2007). *Enfoque estadístico: Adulto mayor en Chile*. Extraído el 8 de Noviembre de 2011 desde: www.ine.cl/canales/sala_prensa/noticias/2007/septiembre/boletin/ine_adulto_mayor.pdf
19. Instituto Nacional de Estadísticas. (2008). *Proyecciones de población al 30 junio 1990-2020. Región de Valparaíso. Género, sexo y edad*. Extraído el 13 de enero de 2012, desde: http://www.inevalparaiso.cl/contenido.aspx?id_contenido=13
20. Instituto Nacional de Estadísticas. (2010). *Estadísticas demográficas*. Extraído el 25 de Abril del 2012 desde: http://www.ine.cl/canales/menu/publicaciones/compendio_estadistico/pdf/2010/1.2estdemograficas.pdf
21. Instituto Nacional de Estadísticas. (2011). *Estadísticas demográficas*. Extraído el 8 de noviembre del 2011 desde: http://www.ine.cl/canales/menu/publicaciones/compendio_estadistico/pdf/2011/1.2demograficas.pdf
22. Instituto Nacional de Estadísticas. (2011). *Estadísticas vitales: Informe anual 2009*. Extraído el 8 de noviembre del 2011 desde: http://www.ine.cl/canales/chile_estadistico/demografia_y_vitales/estadisticas_vitales/2011/Vitales_2009_21102011.pdf
23. Kornfeld, R., Orellana, V. (2006). *Introducción a la gerontología y cambios asociados al envejecimiento*. Santiago: Pontificia Universidad Católica de Chile.
24. Lefrançois, G. R. (2000). *El Ciclo de la Vida*. Ciudad de México: Thomson.

25. Marriner, A., Raile, M. (2005). *Modelos y Teorías en Enfermería*, Madrid: Ed-Elsevier.
26. Masalán, M.P., González, R. (2003). *Autocuidado en el Ciclo Vital*. Santiago: Pontificia Universidad Católica de Chile.
27. Mejía, M.E. (2008). *Significado del cuidado de enfermería para el paciente en estado de cronicidad*. Extraído el 17 de Diciembre del 2012, desde: http://scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S113212962008000400002&script=sci_arttext
28. Mondaca, M. (2011). *Programa Cátedra Enfermería de la Mujer*. Valparaíso: Universidad de Valparaíso.
29. Papalia, D., Olds, S. (1987). *Psicología*. Ciudad de México: McGrawhill.
30. Poblete, T. M., Valenzuela, S. S. (2007). *Cuidado humanizado: Un desafío para las enfermeras en los servicios hospitalarios*. Extraído el 08 de septiembre de 2010, desde: <http://www.scielo.br/pdf/ape/v20n4/18.pdf>
31. Potter, P., Griffin, A. (2002). *Fundamentos de Enfermería*. Madrid: Elsevier.
32. Rice, F. P. (1997). *Desarrollo humano: estudio del ciclo vital*. Ciudad de México: Pearson Educación.
33. Rivera, M. (2009). *Formas de conocer en Enfermería: el sustento teórico de la práctica profesional*. *Horizonte de Enfermería*, 20, 21-31.
34. Rodríguez, A., Assmar, E., Jablonski, B. (2002). *Psicología Social*. Ciudad de México: Trilla.
35. Rodríguez, C. (2003). *Psicología Social*. Madrid: Pirámide.

36. Serrano-del Rosal, R., Loriente-Auríu, N. (2007). *Anatomía de la Satisfacción del paciente*. Extraído el 06 de Septiembre del 2010. desde: <http://www.scielosp.org/pdf/spm/v50n2/10.pdf>.
37. Torregrosa, J.R. (1968). "*El estudio de las actitudes: Perspectivas psicológicas y sociológicas*". *Revista Española de la Opinión Pública*, 11, 155-165.

6.2. ANEXOS

6.2.1. Cartas

6.2.1.1. *Carta enviada a Hospital Dr. Eduardo Pereira*

Doctor
José Miguel Verscheure Soto
Director
Hospital Dr. Eduardo Pereira

Valparaíso, 24 Mayo, 2011

De mi consideración:

Al momento de saludarle, me dirijo a usted con el fin de solicitar su importante colaboración, con la finalidad de autorizar a los alumnos del IV nivel de la Escuela de Enfermería, Universidad de Valparaíso, para que puedan llevar a cabo las actividades que se indican a continuación, con respecto a su Seminario Tesis.

Nombre Seminario: “Actitudes de adultos hospitalizados ante los cuidados otorgados por estudiantes de enfermería de la Universidad de Valparaíso”.

Servicio a utilizar: Cirugía Adultos
Medicina Adultos

Actividad a efectuar: Aplicación de Escala de Lickert a adultos mayores hospitalizados en dicho servicio, que cuenten con los cuidados de estudiantes de enfermería de la Universidad de Valparaíso.

Objetivos: Recopilar información acerca de las actitudes de los adultos mayores

Fecha o período: Del 1 al 29 de junio 2011.

Estudiantes: Carolina Campos Guzman
Pamela Elgueta Cancino
Célia Gonzalez Fajardo
Francisca Olivares Gray
Andrea Sanchez Araya
Macarena Sarabia Fuenzalida
Lorena Velásquez Ponce

Docente a cargo: Prof. Paulina Hurtado Arenas

Agradecida desde ya por colaboración, le saluda atentamente.

PROF. LILIANA PASTEN I.
Directora
Escuela de Enfermería
Universidad de Valparaíso

c.c.:
Sr. Jaime Barraza M.
EU Ana María Cea D.
EU Teresa Hurtado
Estudiantes
Archivo

Coordinador Gestión Docente
Supervisora Medicina
Supervisora Cirugía

6.2.1.2. Carta enviada a Hospital Carlos Van Buren

Valparaíso, 24 Mayo, 2011

Doctor
Luis Teichelmann Shuttleton
Coordinador de Gestión Docente
Hospital Carlos Van Buren

De mi consideración:

Al momento de saludarle, me dirijo a usted con el fin de solicitar su importante colaboración, con la finalidad de autorizar a los alumnos del IV nivel de la Escuela de Enfermería, Universidad de Valparaíso, para que puedan llevar a cabo las actividades que se indican a continuación, con respecto a su Seminario Tesis.

Nombre Seminario: “Actitudes de adultos hospitalizados ante los cuidados otorgados por estudiantes de enfermería de la Universidad de Valparaíso”.

Servicio a utilizar: Mediana Complejidad Quirúrgica
Baja Complejidad Médica
Oncología

Actividad a efectuar: Aplicación de Escala de Lickert a adultos mayores hospitalizados en dicho servicio, que cuenten con los cuidados de estudiantes de enfermería de la Universidad de Valparaíso.

Objetivos: Recopilar información acerca de las actitudes de los adultos mayores

Fecha o período: Del 1 al 29 de junio 2011.

Estudiantes: Carolina Campos Guzman
Pamela Elgueta Cancino
Célia Gonzalez Fajardo
Francisca Olivares Gray
Andrea Sanchez Araya
Macarena Sarabia Fuenzalida
Lorena Velásquez Ponce

Docente a cargo: Prof. Paulina Hurtado Arenas

Agradecida desde ya por colaboración, le saluda atentamente.

PROF. LILIANA PASTEN I.
Directora
Escuela de Enfermería
Universidad de Valparaíso

c.c.:
EU Ana María Barros
EU Miguel Moraga Arancibia
EU Raquel Gamboa Zamorano
Estudiantes
Archivo

Supervisora Mediana Complejidad Quirúrgica
Supervisor Baja Complejidad Médica
Supervisora Oncología

6.2.1.3. *Carta enviada a Hospital Dr. Gustavo Fricke*

Valparaíso, 24 Mayo, 2011

Doctor
Benedicto Guerrero C.
Coordinador de Gestión Docente
Hospital Dr. Gustavo Fricke

De mi consideración:

Al momento de saludarle, me dirijo a usted con el fin de solicitar su importante colaboración, con la finalidad de autorizar a los alumnos del IV nivel de la Escuela de Enfermería, Universidad de Valparaíso, para que puedan llevar a cabo las actividades que se indican a continuación, con respecto a su Seminario Tesis.

Nombre Seminario: “Actitudes de adultos hospitalizados ante los cuidados otorgados por estudiantes de enfermería de la Universidad de Valparaíso”.

Servicio a utilizar: Medicina adultos (hombres y mujeres)

Actividad a efectuar: Aplicación de Escala de Lickert a adultos mayores hospitalizados en dicho servicio, que cuenten con los cuidados de estudiantes de enfermería de la Universidad de Valparaíso.

Objetivos: Recopilar información acerca de las actitudes de los adultos mayores

Fecha o período: Del 1 al 29 de junio 2011.

Estudiantes: Carolina Campos Guzman
Pamela Elgueta Cancino
Célia Gonzalez Fajardo
Francisca Olivares Gray
Andrea Sanchez Araya
Macarena Sarabia Fuenzalida
Lorena Velásquez Ponce

Docente a cargo: Prof. Paulina Hurtado Arenas

Agradecida desde ya por colaboración, le saluda atentamente.

PROF. LILIANA PASTEN I.
Directora
Escuela de Enfermería
UNIVERSIDAD DE VALPARAÍSO

c.c.:
EU Cecilia Herrera Álvarez Supervisora Medicina
Estudiantes
Archivo

6.2.2. Consentimiento informado

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Nombre del estudio: Actitudes de los Adultos hospitalizados ante los cuidados otorgados por estudiantes de Enfermería, Universidad de Valparaíso, Septiembre 2011.

Nombre del investigador: Estudiantes de Cuarto Nivel de Enfermería.

Institución responsable: Universidad de Valparaíso.

Estimado (a) Usuario (a):

Mediante el presente le invitamos a participar del estudio realizado por estudiantes de enfermería de cuarto año, el cual tiene como objetivo principal conocer la actitud de los adultos frente a los cuidados otorgados por estudiantes de enfermería de tercer año de la Universidad de Valparaíso. Si usted acepta ser partícipe de esta investigación, deberá contestar una encuesta de 16 preguntas que será aplicada por una estudiante tesista.

Riesgos y Beneficios

Su participación en este estudio no presenta ningún riesgo y no tendrá beneficios directos para usted, sin embargo, su contribución será de gran aporte para mejorar la calidad de los cuidados otorgados por los estudiantes de la Escuela de Enfermería de la Universidad de Valparaíso.

Derechos de los participantes

Es importante destacar que su participación en este estudio es de carácter voluntario, por lo tanto, usted puede retirarse en cualquier momento durante la investigación, sin perjuicio en la atención que se le brinda.

Si aún después de informarse tiene dudas con respecto al estudio o a los hechos que se relacionan con la investigación, siéntase libre de preguntar y resolver sus dudas con el investigador, o

comunicándose con la Srta. Katherine Montenegro, secretaria del Departamento de Enfermería del Adulto y Senescente de la Escuela de Enfermería de la Universidad de Valparaíso, llamando al fono (032) 250 7443.

Confidencialidad

Finalmente es necesario mencionar que su participación es anónima y la información que nos entregue por medio de la encuesta es completamente confidencial, y como respaldo se le entregará una copia de este documento.

Yo _____ he sido informado a través de este consentimiento y he hecho las preguntas pertinentes a mi participación en el estudio, de tal modo de resolver mis dudas con respecto a la investigación a realizar.

Estoy de acuerdo en que mi participación es voluntaria y no presenta ningún riesgo para mi salud, así como tampoco algún beneficio adjunto a mi persona.

_____ Nombre del participante	_____ Firma	_____ Fecha
_____ Nombre del investigador	_____ Firma	_____ Fecha

6.2.3. Instructivo

INSTRUCTIVO

Objetivo

Este instructivo tiene como objetivo facilitar la aplicación del instrumento de recolección de datos “Adultos hospitalizados”.

Contexto

El instrumento se aplicará en las Unidades de Gestión del cuidado de Baja y Mediana Complejidad Médica y Neurocirugía del Hospital Carlos Van Buren y en los Centros de Responsabilidad de Cirugía Hombres y Mujeres, Medicina Hombres y Sector “H” del Hospital Dr. Eduardo Pereira.

Aplicación

1. Este instrumento será aplicado por las estudiantes de enfermería tesistas.
2. El tiempo estimado para aplicar el instrumento es de 20 minutos.
3. Las estudiantes tesistas deben utilizar lápiz pasta azul o negro para responder.
4. El participante indicará su respuesta en una tabla que se le presentará con 5 opciones desde “Muy en desacuerdo” a “Muy de acuerdo”, o verbalizando en el caso de que no corresponda.

Descripción general

1. El presente instrumento consta de dos partes; la primera se refiere a los antecedentes generales, donde deberá marcar con una línea oblicua según el género, Unidad de Gestión del Cuidado o Centro de Responsabilidad y hospital que corresponda, y escribir la edad del encuestado.
2. La segunda parte del cuestionario, consta de tres componentes; el primero son los ítems o afirmaciones, ordenadas de forma aleatoria, el segundo es la casilla de respuesta o “R” donde se escribirá el número indicado por el participante, y el tercer componente es la casilla de “no corresponde” o “N/C”, la cual se marcará con una línea oblicua en caso de que la pregunta

corresponda a un cuidado que no se le haya realizado al participante. Estos tres componentes se demuestran a continuación.

ITEMS

R

N/C

1.- Está dispuesto a que el estudiante de enfermería le ayude con su aseo genital.

3. El total de ítems corresponde a 16. Se deberá llenar la casilla de respuesta con un número del 1 al 5, correspondiendo el número 1 a “Muy en desacuerdo”, el número 2 a “En desacuerdo”, el número 3 a “Ni en acuerdo ni en desacuerdo”, el número 4 a “De acuerdo”, y el número 5 a “Muy de acuerdo”.

4. Si usted considera que se ha equivocado en registrar la respuesta tarje con una línea oblicua la casilla de respuesta, y vuelva a escribir la respuesta correcta al lado de la casilla, tal como se demuestra a continuación.

ITEMS

R

N/C

1.- Está dispuesto a que el estudiante de enfermería le ayude con su aseo genital.

5

5. En cada ítem solo se debe marcar una opción.

6. Una vez respondido el instrumento deberá guardarse en un sobre blanco.

6.2.4. Instrumento

INSTRUMENTO: ADULTOS HOSPITALIZADOS

I.- Antecedentes Generales:

Hospital: HCVB <input type="checkbox"/> HEP <input type="checkbox"/>	UCG/CR: MCM H <input type="checkbox"/>	NRC <input type="checkbox"/>
Género: F <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/>	MCM M <input type="checkbox"/>	CIR H <input type="checkbox"/>
Edad: _____	BCM <input type="checkbox"/>	CIR M <input type="checkbox"/>
	MED H <input type="checkbox"/>	SECTOR "H" <input type="checkbox"/>

II.- Escala de Likert:

<u>ITEMS</u>	<u>R</u>	<u>N/C</u>
1.- Está dispuesto a que el estudiante de enfermería le ayude con su aseo genital.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2.- Cree que el estudiante de enfermería realiza bien su aseo personal.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3.- Le agrada que el estudiante de enfermería hable con su familia sobre su salud.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4.- Cree que el estudiante de enfermería sabe controlar la presión y tomar la temperatura.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5.- Cree que el estudiante de enfermería sabe cómo extraer sangre.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6.- Cree que el estudiante de enfermería se interesa por su estado de ánimo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7.- Cree que el estudiante de enfermería incluye a su familia en su recuperación.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8.- Está dispuesto a que el estudiante de enfermería le extraiga sangre.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9.- Se siente bien cuando el estudiante de enfermería le realiza la curación.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10.- Se siente cómodo cuando el estudiante de enfermería le toma la presión y la temperatura.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11.- Se siente seguro cuando el estudiante de enfermería le extrae sangre.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12.- Está dispuesto a que el estudiante de enfermería le ayude a realizar su aseo personal.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13.- Está dispuesto a que el estudiante de enfermería hable con su médico acerca de su estado de salud.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14.- Siente que el estudiante de enfermería lo escucha y comprende cuando lo necesita.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15.- Está dispuesto a que sea el estudiante de enfermería quien le tome la presión arterial y la temperatura	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16.- Está dispuesto a conversar con el estudiante de enfermería.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

1	2	3	4	5
Muy en desacuerdo	En desacuerdo	Ni en acuerdo ni en desacuerdo	En acuerdo	Muy de acuerdo

6.2.5. Tablas

6.2.5.1. *Rango de puntajes de antecedentes de la muestra*

TABLA N°1: “Rango de puntaje por Hospital”

Tabla de contingencia

Recuento

	RANGO PUNTAJE			Total
	1,00	2,00	3,00	
Hospital HCVB	2	17	23	42
HEP	5	29	24	58
Total	7	46	47	100

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1,927 ^a	2	0,382
Razón de verosimilitudes	1,945	2	0,378
N de casos válidos	100		

2 casillas (33,3%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5.

La frecuencia mínima esperada es 2,94.

TABLA N°2: “Rango de puntaje por Unidad de Gestión del Cuidado y Centro de Responsabilidad”

Tabla de contingencia

Recuento

		RANGO PUNTAJE			Total
		1,00	2,00	3,00	
Unidad	BCM	0	8	12	20
	CIR H	2	8	5	15
	CIR M	1	7	7	15
	MCM H	1	2	0	3
	MCM M	0	4	3	7
	MED H	2	4	8	14
	NRC	1	3	8	12
	SECTOR "H"	0	10	4	14
Total		7	46	47	100

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	17,696 ^a	14	0,221
Razón de verosimilitudes	20,196	14	0,124
N de casos válidos	100		

12 casillas (50,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5.

La frecuencia mínima esperada es 0,21.

TABLA N°3: “Rango de puntaje por Rango de edad”

Tabla de contingencia

Recuento

		RANGO PUNTAJE			Total
		1,00	2,00	3,00	
EDAD	1	1	3	5	9
	2	2	24	16	42
	3	4	19	26	49
Total		7	46	47	100

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	3,848 ^a	4	0,427
Razón de verosimilitudes	3,858	4	0,426
Asociación lineal por lineal	,248	1	0,618
N de casos válidos	100		

5 casillas (55,6%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 0,63.

TABLA N°4: “Rango de puntaje por Género”

Tabla de contingencia

Recuento

	RANGO PUNTAJE			Total
	1,00	2,00	3,00	
Género F	1	24	26	51
M	6	22	21	49
Total	7	46	47	100

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	4,152 ^a	2	0,125
Razón de verosimilitudes	4,542	2	0,103
N de casos válidos	100		

2 casillas (33,3%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 3,43.

6.2.5.2. Relación de variables

a. Componente cognoscitivo en la esfera biológica.

TABLA N° 5: “Hospital v/s Puntaje biológico cognoscitivo”

Tabla de contingencia

Recuento

		PUNTAJE BIOLÓGICO COGNOSCITIVO						Total
		10	11	12	13	14	15	
Hospital	HCVB	2	3	8	16	7	6	42
	HEP	4	5	11	14	10	14	58
Total		6	8	19	30	17	20	100

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	3,020 ^a	5	0,697
Razón de verosimilitudes	3,047	5	0,693
N de casos válidos	100		

4 casillas (33,3%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 2,52.

TABLA N° 6: “Unidad de Gestión del Cuidado y Centro de Responsabilidad v/s Puntaje biológico cognoscitivo”

Tabla de contingencia

Recuento

		PUNTAJE BIOLÓGICO COGNOSCITIVO						Total
		10	11	12	13	14	15	
Unidad	BCM	0	1	2	10	5	2	20
	CIR H	2	1	4	1	5	2	15
	CIR M	1	2	1	4	3	4	15
	MCM H	0	2	1	0	0	0	3
	MCM M	2	0	2	1	1	1	7
	MED H	1	1	4	1	1	6	14
	NRC	0	0	3	5	1	3	12
	SECTOR "H"	0	1	2	8	1	2	14
Total		6	8	19	30	17	20	100

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	55,375 ^a	35	0,016
Razón de verosimilitudes	51,540	35	0,035
N de casos válidos	100		

47 casillas (97,9%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5.

La frecuencia mínima esperada es 0,18.

TABLA N° 7: “Rango de edad v/s Puntaje biológico cognoscitivo”

Tabla de contingencia

Recuento

		PUNTAJE BIOLÓGICO COGNOSCITIVO						Total
		10	11	12	13	14	15	
EDAD	1	0	0	2	5	0	2	9
	2	5	4	10	11	5	7	42
	3	1	4	7	14	12	11	49
Total		6	8	19	30	17	20	100

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	12,625 ^a	10	0,245
Razón de verosimilitudes	14,815	10	0,139
Asociación lineal por lineal	1,796	1	0,180
N de casos válidos	100		

10 casillas (55,6%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5.

La frecuencia mínima esperada es 0,54.

TABLA N°8: “Género v/s Puntaje biológico cognoscitivo”

Tabla de contingencia

Recuento

	PUNTAJE BIOLÓGICO COGNOSCITIVO						Total
	10	11	12	13	14	15	
Género F	3	2	7	21	10	8	51
M	3	6	12	9	7	12	49
Total	6	8	19	30	17	20	100

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	9,409 ^a	5	0,094
Razón de verosimilitudes	9,659	5	0,085
N de casos válidos	100		

4 casillas (33,3%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 2,94.

b. Componente cognoscitivo en la esfera psicológica.
TABLA N° 9: “Hospital v/s Puntaje psicológico cognoscitivo”
Tabla de contingencia

Recuento

		PUNTAJE PSICOLOGICO COGNOSCITIVO					Total
		1	2	3	4	5	
Hospital	HCVB	0	0	2	14	26	42
	HEP	1	1	0	25	31	58
Total		1	1	2	39	57	100

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	4,850 ^a	8	0,774
Razón de verosimilitudes	5,814	8	0,668
Asociación lineal por lineal	,201	1	0,654
N de casos válidos	100		

10 casillas (66,7%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5.

La frecuencia mínima esperada es 0,09.

TABLA N° 10: “Unidad de Gestión del Cuidado y Centro de Responsabilidad v/s Puntaje psicológico cognoscitivo”

Tabla de contingencia

Recuento

		PUNTAJE PSICOLOGICO COGNOSCITIVO					Total
		1	2	3	4	5	
Unidad	BCM	0	0	1	8	11	20
	CIR H	0	0	0	8	7	15
	CIR M	0	0	0	9	6	15
	MCM H	0	0	0	3	0	3
	MCM M	0	0	0	0	7	7
	MED H	1	1	0	3	9	14
	NRC	0	0	1	3	8	12
	SECTOR "H"	0	0	0	5	9	14
Total		1	1	2	39	57	100

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	32,280 ^a	28	0,263
Razón de verosimilitudes	31,097	28	0,313
N de casos válidos	100		

29 casillas (72,5%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5.

La frecuencia mínima esperada es 0,03.

TABLA N° 11: “Rango de edad v/s Puntaje psicológico cognoscitivo”

Tabla de contingencia

Recuento

		PUNTAJE PSICOLOGICO COGNOSCITIVO					Total
		1	2	3	4	5	
EDAD	1	0	0	0	2	7	9
	2	0	1	1	19	21	42
	3	1	0	1	18	29	49
Total		1	1	2	39	57	100

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	4,850 ^a	8	0,774
Razón de verosimilitudes	5,814	8	0,668
Asociación lineal por lineal	,201	1	0,654
N de casos válidos	100		

10 casillas (66,7%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5.

La frecuencia mínima esperada es 0,09.

TABLA N° 12: “Género v/s Puntaje psicológico cognoscitivo”

Tabla de contingencia

Recuento

	PUNTAJE PSICOLOGICO COGNOSCITIVO					Total
	1	2	3	4	5	
Género F	0	0	1	18	32	51
M	1	1	1	21	25	49
Total	1	1	2	39	57	100

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	3,052 ^a	4	0,549
Razón de verosimilitudes	3,825	4	0,430
N de casos válidos	100		

6 casillas (60,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 0,49.

c. Componente cognoscitivo en la esfera social

TABLA N° 13: “Hospital v/s Puntaje social cognoscitivo”

Tabla de contingencia

Recuento

		PUNTAJE SOCIAL COGNOSCITIVO				Total
		2	3	4	5	
Hospital	HCVB	3	11	14	14	42
	HEP	3	6	28	21	58
Total		6	17	42	35	100

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	5,108 ^a	3	0,164
Razón de verosimilitudes	5,088	3	0,165
N de casos válidos	100		

2 casillas (25,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5.

La frecuencia mínima esperada es 2,52.

TABLA N° 14: “Unidad de Gestión del Cuidado y Centro de Responsabilidad v/s Puntaje social cognoscitivo”

Tabla de contingencia

Recuento

		PUNTAJE SOCIAL COGNOSCITIVO				Total
		2	3	4	5	
Unidad	BCM	1	5	9	5	20
	CIR H	0	1	10	4	15
	CIR M	1	1	8	5	15
	MCM H	0	2	1	0	3
	MCM M	1	2	1	3	7
	MED H	1	1	5	7	14
	NRC	1	2	3	6	12
	SECTOR "H"	1	3	5	5	14
Total		6	17	42	35	100

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	32,280 ^a	28	0,263
Razón de verosimilitudes	31,097	28	0,313
N de casos válidos	100		

29 casillas (72,5%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5.

La frecuencia mínima esperada es 0,03.

TABLA N° 15: “Rango de edad v/s Puntaje social cognoscitivo”

Tabla de contingencia

Recuento

		PUNTAJE SOCIAL COGNOSCITIVO				Total
		2	3	4	5	
EDAD	1	1	0	4	4	9
	2	4	7	19	12	42
	3	1	10	19	19	49
Total		6	17	42	35	100

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	5,573 ^a	6	0,473
Razón de verosimilitudes	7,322	6	0,292
Asociación lineal por lineal	,211	1	0,646
N de casos válidos	100		

6 casillas (50,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 0,54.

TABLA N° 16: “Género v/s Puntaje social cognoscitivo”

Tabla de contingencia

Recuento

	PUNTAJE SOCIAL COGNOSCITIVO				Total
	2	3	4	5	
Género F	3	10	20	18	51
M	3	7	22	17	49
Total	6	17	42	35	100

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,613 ^a	3	0,893
Razón de verosimilitudes	,616	3	0,893
N de casos válidos	100		

2 casillas (25,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 2,94.

d. Componente afectivo en la esfera biológica.

TABLA N°17: “Hospital v/s Puntaje biológico afectivo”

Tabla de contingencia

Recuento

		PUNTAJE BIOLÓGICO AFECTIVO						Total
		4	6	7	8	9	10	
Hospital	HCVB	1	0	2	14	9	16	42
	HEP	0	4	4	20	12	18	58
Total		1	4	6	34	21	34	100

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	4,835 ^a	5	0,436
Razón de verosimilitudes	6,652	5	0,248
N de casos válidos	100		

6 casillas (50,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 0,42.

TABLA N°18: “Unidad de Gestión del Cuidado y Centro de Responsabilidad v/s Puntaje biológico afectivo”

Tabla de contingencia

Recuento

		PUNTAJE BIOLÓGICO AFECTIVO						Total
		4	6	7	8	9	10	
Unidad	BCM	0	0	1	5	5	9	20
	CIR H	0	2	1	4	4	4	15
	CIR M	0	0	3	7	1	4	15
	MCM H	0	0	0	3	0	0	3
	MCM M	0	0	1	3	1	2	7
	MED H	0	1	0	4	3	6	14
	NRC	1	0	0	3	3	5	12
	SECTOR "H"	0	1	0	5	4	4	14
Total		1	4	6	34	21	34	100

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	33,766 ^a	35	0,528
Razón de verosimilitudes	32,815	35	0,574
N de casos válidos	100		

42 casillas (87,5%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5.

La frecuencia mínima esperada es 0,03.

TABLA N°19: “Rango de edad v/s Puntaje biológico afectivo”

Tabla de contingencia

Recuento

		PUNTAJE BIOLÓGICO AFECTIVO						Total
		4	6	7	8	9	10	
EDAD	1	1	0	0	3	3	2	9
	2	0	2	4	17	6	13	42
	3	0	2	2	14	12	19	49
Total		1	4	6	34	21	34	100

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	15,835 ^a	10	0,104
Razón de verosimilitudes	11,378	10	0,329
Asociación lineal por lineal	2,588	1	0,108
N de casos válidos	100		

12 casillas (66,7%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5.

La frecuencia mínima esperada es 0,09.

TABLA N° 20: “Género v/s Puntaje biológico afectivo”

Tabla de contingencia

Recuento

	PUNTAJE BIOLÓGICO AFECTIVO						Total
	4	6	7	8	9	10	
Género F	0	1	4	17	10	19	51
M	1	3	2	17	11	15	49
Total	1	4	6	34	21	34	100

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	3,146 ^a	5	0,677
Razón de verosimilitudes	3,592	5	0,610
N de casos válidos	100		

6 casillas (50,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 0,49.

e. **Componente afectivo en la esfera psicológica.**

TABLA N° 21: “Hospital v/s Puntajes psicológico afectivo”

Tabla de contingencia

Recuento

		PUNTAJE PSICOLOGICO AFECTIVO				Total
		2	3	4	5	
Hospital	HCVB	1	0	12	29	42
	HEP	2	1	23	32	58
Total		3	1	35	61	100

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	2,440 ^a	3	0,486
Razón de verosimilitudes	2,819	3	0,420
N de casos válidos	100		

4 casillas (50,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5.

La frecuencia mínima esperada es 0,42.

TABLA N° 22: “Unidad de Gestión del Cuidado y Centro de Responsabilidad v/s Puntaje psicológico afectivo”

Tabla de contingencia

Recuento

		PUNTAJE PSICOLOGICO AFECTIVO				Total
		2	3	4	5	
Unidad	BCM	0	0	8	12	20
	CIR H	0	0	8	7	15
	CIR M	0	1	4	10	15
	MCM H	0	0	3	0	3
	MCM M	1	0	1	5	7
	MED H	2	0	4	8	14
	NRC	0	0	0	12	12
	SECTOR "H"	0	0	7	7	14
Total		3	1	35	61	100

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	34,424 ^a	21	0,033
Razón de verosimilitudes	34,978	21	0,028
N de casos válidos	100		

23 casillas (71,9%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5.

La frecuencia mínima esperada es 0,03.

TABLA N° 23: “Rango de edad v/s Puntaje biológico afectivo”

Tabla de contingencia

Recuento

		PUNTAJE PSICOLOGICO AFECTIVO				Total
		2	3	4	5	
EDAD	1	0	0	1	8	9
	2	2	0	18	22	42
	3	1	1	16	31	49
Total		3	1	35	61	100

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	5,881 ^a	6	0,437
Razón de verosimilitudes	6,862	6	0,334
Asociación lineal por lineal	,135	1	0,714
N de casos válidos	100		

7 casillas (58,3%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 0,09.

TABLA N° 24: “Género v/s Puntaje psicológico afectivo”

Tabla de contingencia

Recuento

	PUNTAJE PSICOLOGICO AFECTIVO				Total
	2	3	4	5	
Género F	1	1	16	33	51
M	2	0	19	28	49
Total	3	1	35	61	100

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1,961 ^a	3	0,581
Razón de verosimilitudes	2,354	3	0,502
N de casos válidos	100		

4 casillas (50,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 0,49.

f. Componente afectivo en la esfera social

TABLA N° 25: “Hospital v/s Puntaje social afectivo”

Tabla de contingencia

Recuento

		PUNTAJE SOCIAL AFECTIVO				Total
		2	3	4	5	
Hospital	HCVB	2	3	11	26	42
	HEP	3	5	29	21	58
Total		5	8	40	47	100

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	9,214 ^a	6	0,162
Razón de verosimilitudes	10,118	6	0,120
Asociación lineal por lineal	,069	1	0,792
N de casos válidos	100		

8 casillas (66,7%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 0,45.

TABLA N° 26: “Unidad de Gestión del Cuidado y Centro de Responsabilidad v/s Puntaje social afectivo”

Tabla de contingencia

Recuento

		PUNTAJE SOCIAL AFECTIVO				Total
		2	3	4	5	
Unidad	BCM	0	1	5	14	20
	CIR H	1	0	9	5	15
	CIR M	1	1	8	5	15
	MCM H	0	1	1	1	3
	MCM M	0	1	1	5	7
	MED H	1	1	4	8	14
	NRC	2	0	4	6	12
	SECTOR "H"	0	3	8	3	14
Total		5	8	40	47	100

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	26,931 ^a	21	0,173
Razón de verosimilitudes	28,345	21	0,131
N de casos válidos	100		

21 casillas (65,6%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5.

La frecuencia mínima esperada es 0,15.

TABLA N° 27: “Rango de edad v/s Puntaje social afectivo”

Tabla de contingencia

Recuento

		PUNTAJE SOCIAL AFECTIVO				Total
		2	3	4	5	
EDAD	1	1	0	3	5	9
	2	3	1	21	17	42
	3	1	7	16	25	49
Total		5	8	40	47	100

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	9,214 ^a	6	0,162
Razón de verosimilitudes	10,118	6	0,120
Asociación lineal por lineal	,069	1	0,792
N de casos válidos	100		

8 casillas (66,7%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 0,45.

TABLA N° 28: “Género v/s Puntaje social afectivo”

Tabla de contingencia

Recuento

		PUNTAJE SOCIAL AFECTIVO				Total
		2	3	4	5	
Género	F	0	4	19	28	51
	M	5	4	21	19	49
Total		5	8	40	47	100

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	6,786 ^a	3	0,079
Razón de verosimilitudes	8,726	3	0,033
N de casos válidos	100		

4 casillas (50,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 2,45.

g. Componente conductual o conativo en la esfera biológica.

TABLA N°29: “Hospital v/s Puntaje biológico conductual”

Tabla de contingencia

Recuento

		PUNTAJE BIOLÓGICO CONDUCTUAL										Total 1	
		7	10	12	13	14	15	16	17	18	19		20
Hospital	HCVB	0	0	0	3	3	4	8	4	5	6	9	42
	HEP	1	1	2	4	3	3	11	15	7	3	8	58
Total		1	1	2	7	6	7	19	19	12	9	17	100

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	10,222 ^a	10	0,421
Razón de verosimilitudes	11,932	10	0,290
N de casos válidos	100		

13 casillas (59,1%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5.

La frecuencia mínima esperada es 0,42.

TABLA N° 30: “Unidad de Gestión del Cuidado y Centro de Responsabilidad v/s Puntaje biológico conductual”

Tabla de contingencia

Recuento

		PUNTAJE BIOLÓGICO CONDUCTUAL										Total	
		7	10	12	13	14	15	16	17	18	19		20
Unidad	BCM	0	0	0	0	1	2	6	2	1	4	4	20
	CIR H	1	0	0	2	2	0	1	5	2	1	1	15
	CIR M	0	0	2	1	0	1	5	1	1	1	3	15
	MCM H	0	0	0	1	0	2	0	0	0	0	0	3
	MCM M	0	0	0	1	0	0	0	1	3	1	1	7
	MED H	0	1	0	0	1	0	3	4	2	0	3	14
	NRC	0	0	0	1	2	0	2	1	1	1	4	12
	SECTOR "H"	0	0	0	1	0	2	2	5	2	1	1	14
Total		1	1	2	7	6	7	19	19	12	9	17	100

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	86,453 ^a	70	0,089
Razón de verosimilitudes	75,965	70	0,292
N de casos válidos	100		

88 casillas (100,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5.

La frecuencia mínima esperada es 0,03.

TABLA N° 31: “Rango de edad v/s Puntaje biológico conductual”

Tabla de contingencia

Recuento

		PUNTAJE BIOLÓGICO CONDUCTUAL										Total	
		7	10	12	13	14	15	16	17	18	19		20
EDAD	1	0	0	0	2	2	0	2	0	1	0	2	9
	2	1	1	0	3	3	3	9	8	6	5	3	42
	3	0	0	2	2	1	4	8	11	5	4	12	49
Total		1	1	2	7	6	7	19	19	12	9	17	100

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	22,570 ^a	20	0,310
Razón de verosimilitudes	25,424	20	0,186
Asociación lineal por lineal	3,733	1	0,053
N de casos válidos	100		

25 casillas (75,8%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5.

La frecuencia mínima esperada es 0,09.

TABLA N° 32: “Género v/s Puntaje biológico conductual”

Tabla de contingencia

Recuento

	PUNTAJE BIOLÓGICO CONDUCTUAL											Total
	7	10	12	13	14	15	16	17	18	19	20	
Género F	0	0	2	2	2	4	12	7	7	7	8	51
M	1	1	0	5	4	3	7	12	5	2	9	49
Total	1	1	2	7	6	7	19	19	12	9	17	100

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	11,861 ^a	10	0,294
Razón de verosimilitudes	13,655	10	0,189
N de casos válidos	100		

14 casillas (63,6%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5.

La frecuencia mínima esperada es 0,49.

h. Componente conductual o conativo en la esfera psicológica

TABLA N° 33: “Hospital v/s Puntaje psicológico conductual”

Tabla de contingencia

Recuento

		PUNTAJE PSICOLOGICO CONDUCTUAL			Total
		3	4	5	
Hospital	HCVB	0	12	30	42
	HEP	1	19	38	58
Total		1	31	68	100

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	,987 ^a	2	0,610
Razón de verosimilitudes	1,353	2	0,508
N de casos válidos	100		

2 casillas (33,3%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 0,42.

TABLA N° 34: “Unidad de Gestión del Cuidado y Centro de Responsabilidad v/s Puntaje psicológico conductual”

Tabla de contingencia

Recuento

	PUNTAJE PSICOLOGICO CONDUCTUAL			Total
	3	4	5	
Unidad BCM	0	6	14	20
CIR H	1	5	9	15
CIR M	0	5	10	15
MCM H	0	1	2	3
MCM M	0	1	6	7
MED H	0	5	9	14
NRC	0	4	8	12
SECTOR "H"	0	4	10	14
Total	1	31	68	100

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	7,046 ^a	14	0,933
Razón de verosimilitudes	5,309	14	0,981
N de casos válidos	100		

17 casillas (70,8%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5.

La frecuencia mínima esperada es 0,03.

TABLA N° 35: “Rango de edad v/s Puntaje psicológico conductual”

Tabla de contingencia

Recuento

		PUNTAJE PSICOLOGICO CONDUCTUAL			Total
		3	4	5	
EDAD	1	0	3	6	9
	2	1	16	25	42
	3	0	12	37	49
Total		1	31	68	100

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	3,601 ^a	4	0,463
Razón de verosimilitudes	3,966	4	0,411
Asociación lineal por lineal	1,725	1	0,189
N de casos válidos	100		

4 casillas (44,4%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 0,09.

TABLA N° 36: “Género v/s Puntaje psicológico conductual”

Tabla de contingencia

Recuento

		PUNTAJE PSICOLOGICO CONDUCTUAL			Total
		3	4	5	
Género	F	0	14	37	51
	M	1	17	31	49
Total		1	31	68	100

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1,780 ^a	2	0,411
Razón de verosimilitudes	2,167	2	0,338
N de casos válidos	100		

2 casillas (33,3%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 0,49.

i. Componente conductual o conativo en la esfera social

TABLA N° 37: “Hospital v/s Puntaje social conductual”

Tabla de contingencia

Recuento

		PUNTAJE SOCIAL CONDUCTUAL				Total
		2	3	4	5	
Hospital	HCVB	2	1	9	30	42
	HEP	1	0	24	33	58
Total		3	1	33	63	100

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1,780 ^a	2	0,411
Razón de verosimilitudes	2,167	2	0,338
N de casos válidos	100		

2 casillas (33,3%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 0,49.

TABLA N° 38: “Unidad de Gestión del Cuidado y Centro de Responsabilidad v/s Puntaje social conductual”

Tabla de contingencia

Recuento

		PUNTAJE SOCIAL CONDUCTUAL				Total
		2	3	4	5	
Unidad	BCM	1	1	4	14	20
	CIR H	0	0	8	7	15
	CIR M	0	0	7	8	15
	MCM H	0	0	2	1	3
	MCM M	0	0	2	5	7
	MED H	1	0	2	11	14
	NRC	1	0	1	10	12
	SECTOR "H"	0	0	7	7	14
Total		3	1	33	63	100

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	20,787 ^a	21	0,472
Razón de verosimilitudes	21,781	21	0,412
N de casos válidos	100		

25 casillas (78,1%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5.

La frecuencia mínima esperada es 0,03.

TABLA N° 39: “Rango de edad v/s Puntaje social conductual”

Tabla de contingencia

Recuento

		PUNTAJE SOCIAL CONDUCTUAL				Total
		2	3	4	5	
EDAD	1	1	0	1	7	9
	2	1	0	20	21	42
	3	1	1	12	35	49
Total		3	1	33	63	100

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	10,312 ^a	6	0,112
Razón de verosimilitudes	10,179	6	0,117
Asociación lineal por lineal	1,117	1	0,290
N de casos válidos	100		

7 casillas (58,3%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 0,09.

TABLA N° 40: “Género v/s Puntaje social conductual”

Tabla de contingencia

Recuento

		PUNTAJE SOCIAL CONDUCTUAL				Total
		2	3	4	5	
Género	F	1	1	16	33	51
	M	2	0	17	30	49
Total		3	1	33	63	100

Pruebas de chi-cuadrado

	Valor	gl	Sig. asintótica (bilateral)
Chi-cuadrado de Pearson	1,467 ^a	3	0,690
Razón de verosimilitudes	1,859	3	0,602
N de casos válidos	100		

4 casillas (50,0%) tienen una frecuencia esperada inferior a 5. La frecuencia mínima esperada es 0,49.