

Centro Universitario Regional Zona Atlántica. Universidad Nacional del Comahue
Facultad de Ciencia del Ambiente y la Salud.



**“Cuidados de Apoyo Emocional que brinda Enfermería a los Adultos Mayores
Hospitalizados en el sector de Clínica Quirúrgica del Hospital Municipal Pedro Ecay”**

AUTORA

Manquena, Macarena Belén. Legajo N° 1568

PLAN DE TESIS

Para optar al título de Grado de Licenciada en Enfermería

DIRECTORA

Lic. Gladys Elba Zuñiga Salazar

VIEDMA RIO NEGRO 2021

INDICE

DEDICATORIA	6
RESUMEN	7
ABSTRACT.....	8
INTRODUCCIÓN	9
CAPÍTULO I PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA	12
1.1 Descripción de la Realidad Problemática.....	12
1.2 Delimitación del Problema.....	15
1.3 Objetivos de la Investigación	16
3.1 objetivo general	16
3.2 objetivos específicos.....	16
1.4 Justificación de la Investigación	17
1.5 Limitaciones del Estudio.....	19
1.6 Viabilidad del Estudio.....	20
CAPÍTULO II PERSPECTIVA TEÓRICA	21
2.1 Estado del Arte	21
2.2 Marco Teórico.....	29
2.1 Ley 26.529. Derechos del Paciente con los profesionales e instituciones de la salud.....	38
2.2 Asociación Norteamericana de Hospitales 1973. Derechos del Paciente.	39

2.3 LEY 4811 Derechos y Deberes del Paciente. Instituto nacional de salud, España, 1984	41
2.4 Ley Nacional 27360. Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores.	46
2.5 Poder Legislativo de la Provincia de RIO NEGRO.	50
5.1 Ley 4811. Sistema Integral de Protección de la Vejez.	50
5.2 Ley 5071. Derechos fundamentales de las Personas Mayores.	56
2.6 Aspectos Éticos de Enfermería.....	66
6.1 Ley 24.004. Ejercicio de la enfermería.....	66
6.2 Ley 2999. La Legislatura de la Provincia de Rio Negro.....	68
6.3 Código Deontológico del Consejo Internacional de Enfermeras (CIE).....	73
CAPÍTULO III METODOLOGÍA	77
3.1 Diseño Metodológico	77
3.2 Población y Muestra.....	78
2.1 Población	78
2.2 Muestra	79
3.3 Operacionalización de Variable.	81
3.1 VARIABLE 1: APOYO EMOCIONAL	81
3.2 VARIABLE 2: COMPORTAMIENTO DEL PERSONAL SOBRE EL CUIDADO.....	82

3.3 VARIABLE 3: GRADO DE RESPONSABILIDAD DEL PERSONAL DE ENFERMERIA.....	83
3.4 VARIABLE 4: CONOCIMIENTO DEL PERSONAL SOBRE LA PRÁCTICA DE ENFERMERÍA BASADA EN EVIDENCIAS.....	85
3.4 Técnicas e Instrumentos de recolección de datos.....	87
3.4.1 Técnica a emplear.....	87
3.4.2 Descripción de los instrumentos.....	87
3.5 Técnicas para el procesamiento de la información.....	91
3.6 Proceso de Análisis e Interpretación de la Información.....	92
3.7 Consideraciones Éticas.....	99
CAPÍTULO IV RECURSOS Y CRONOGRAMA.....	100
4.1 Cronograma:.....	100
CAPITULO V CONCLUSIÒNES Y RECOMENDACIONES.....	101
5.1 Conclusiones:.....	101
5.2 Recomendaciones:.....	103
CAPÍTULO VI FUENTES DE INFORMACIÓN.....	104
6.1 Referencias Bibliografías.....	104
CAPÍTULO VII ANEXO.....	115
CONSENTIMIENTO INFORMADO.....	115
COMPROMISO DE CONFIDENCIALIDAD.....	116

NOTAS DE AUTORIZACIÓN	117
INSTRUMENTO DE RECOLECCION DE DATOS	119

DEDICATORIA

En la debilidad hay fuerza, en la enfermedad cura, en el dolor consuelo, en el temor valentía y para los problemas una solución. No es posible el desarrollo real de un emprendimiento sin un compromiso genuino. Sino ponemos a Dios en el centro de nuestros planes, aun cuando consigamos el aplauso y el aparente éxito a los ojos de los hombres, nuestras vidas se quedara sin fruto". (Chamorro, Barabaschi, & Equipo , 2020)

Por eso dedico este trabajo de investigación a Dios, mi esposo e hijos. A Dios primeramente porque fue quien me sostuvo y guio durante este tiempo, quien me dio la sabiduría y la perseverancia para no bajar los brazos. A mi esposo Castillo Horacio, quien me brindó su apoyo y puso su confianza en mí, haciéndome sentir capaz. A mis hijos, quienes tuvieron paciencia durante ésta etapa de crecimiento y supieron esperarme.

RESUMEN

Se realizó un estudio denominado *“Cuidados de Apoyo Emocional que brinda Enfermería a los Adultos Mayores Hospitalizados en el sector de Clínica Quirúrgica del Hospital Municipal Pedro Ecay”* cuyo **Objetivo** fue identificar la intervención de enfermería frente a la necesidad de brindar apoyo emocional a los pacientes en situación de hospitalización. **Metodología:** Estudio de enfoque cuantitativo, y de corte transversal. La población estuvo conformada por 13 enfermeros del sector de clínica quirúrgica de los cuales se extrajo una muestra de 10 enfermeros que cumplieron con los criterios de inclusión, para la recolección de datos se utilizó un cuestionario que consta de dos parte, la primera donde se encuentran los datos sociodemográficos del personal y la segunda parte consta de un total de 40 preguntas con respuestas tricotómicas para medir las variables en estudio. Los datos obtenidos fueron tabulados y presentados en tablas estadísticas, las cuales fueron procesadas mediante el programa IBM SPSS Version 26. **Conclusión:** Se concluyó que los adultos mayores hospitalizados en el sector de Clínica Quirúrgica del Hospital Municipal Pedro Ecay reciben un cuidado de apoyo emocional favorable por parte del personal de enfermería.

Palabras claves: Apoyo Emocional. Enfermería. Adulto mayor. Cuidados.

ABSTRACT

A study called "Emotional Support Care that Nursing Provides to Hospitalized Older Adults in the Surgical Clinic sector of the Pedro Ecay Municipal Hospital" was carried out, the objective of which was to identify the nursing intervention in response to the need to provide emotional support to patients in hospitalization situation. Methodology: A quantitative and cross-sectional approach study. The population was made up of 13 nurses from the surgical clinic sector, from which a sample of 10 nurses who met the inclusion criteria was drawn. For data collection, a questionnaire consisting of two parts was used, the first one where they are found. the sociodemographic data of the personnel and the second part consists of a total of 40 questions with trichotomous answers to measure the variables under study. The data obtained were tabulated and presented in statistical tables, which were processed using the IBM SPSS Version 26 program. Conclusion: It was concluded that older adults hospitalized in the Surgical Clinic sector of the Pedro Ecay Municipal Hospital receive favorable emotional support care from the nursing staff.

Keywords: Emotional Support. Nursing. Elderly. Care

INTRODUCCIÓN

Mediante este plan de tesis se investigó acerca del cuidado que brinda enfermería sobre el apoyo emocional a los adultos mayores en situación de hospitalización. Este tema surgió del interés personal en indagar sobre algunos aspectos del cuidado que se estiman deficitarios y que podrían determinar una práctica puramente técnica y mecánica que no contempla integralmente las necesidades de las personas en situación de internación hospitalaria.

El apoyo emocional constituye un conjunto de intervenciones de enfermería, cuyo objetivo principal es satisfacer las necesidades básicas del paciente en el aspecto psicosocial que se evidenciarán en su confort, bienestar y seguridad. Debe ser comprendido como parte ineludible del cuerpo integral, ya que las personas a la hora de transitar por una internación hospitalaria, además de sufrir cambios que afectan su estima y autonomía, vivencian también temores, miedo y ansiedad.

Estas intervenciones se basan en las definiciones de salud que ha brindado la Organización Mundial de la Salud (OMS) en 1947 cuando declara que la SALUD es un *“estado de completo bienestar físico, mental y social, y no tan solo la ausencia de enfermedad o afección”*. Desde entonces este concepto es revisado, cuestionado y ampliado por diversos autores y organizaciones, así es como Floreal Ferrara (1975) fórmula que la salud *“se expresa cuando el hombre vive comprendiendo y luchando frente a los conflictos, que la interacción con su mundo físico, mental y social le imponen, logrando o no, resolver tales conflictos.”* En esta lucha se vale de sus fortalezas tales como su estado de optimismo y vitalidad lo cual implica la necesidad de interaccionar con otros, buscar apoyos y/o recibirlos. En este sentido Galli (1987) sitúa esta lucha en la totalidad del escenario social con sus múltiples intereses y dinámicas.

A partir de las conceptualizaciones de salud que anteceden se considera al ser humano como unidad que integra tres aspectos: el biológico, el psíquico y el social, y, por otra parte, como sujeto de necesidades. Al respecto, Pichón Riviére señala que éstas dan fundamento y originan el vínculo (en la búsqueda de satisfacción) a la vez que son emergentes de él. Cuando el sujeto no puede satisfacerlas por sí mismo, como sucede con frecuencia en los adultos mayores en situación de internación por enfermedad, volviéndose totalmente dependiente de la enfermería siendo esta la encargada de brindarle cuidados satisfaciendo sus necesidades.

Frecuentemente se observa que las necesidades de alimentación y confort son las que prioritariamente se tienen en cuenta para la atención de enfermería, sin embargo, las emocionales que requieren de mayor vitalidad y optimismo por parte del sujeto de atención no son consideradas al momento de brindarles un cuidado integral. Así es como se debilita el vínculo entre las emociones y la salud, tornándose aún más vulnerables a contraer enfermedades, principalmente si nos enfocamos en los adultos mayores, quienes muchas veces sienten que son abandonados por tener una edad avanzada, lo cual los hace susceptibles a mayores riesgos para conservar su salud o recuperarla.

Por lo antes mencionado, el problema que se investigó fue sobre el conocimiento de apoyo emocional y cuidados que brinda enfermería, para la satisfacción de las necesidades emocionales de los adultos mayores hospitalizados.

La recolección de datos se llevó a cabo en la unidad Quirúrgica del Hospital Pedro Eca y durante los meses junio-agosto del año 2021 en Carmen de Patagones provincia de Buenos Aires. Los objetivos que guiaron la investigación buscaron determinar no solo las acciones que realizan los enfermeros sino las conceptualizaciones que orientan estas prácticas.

La muestra estuvo conformada inicialmente por 10 profesionales de enfermería lo cual quedó supeditado a la saturación de la información que se obtenga pudiendo ampliarse esta cantidad o no. Se siguió una metodología cuantitativa con corte trasversal para lo cual se realizaron entrevistas individuales a los profesionales de dicho sector.

Se espera que con los resultados y conclusiones se contribuya a la mejora de los cuidados enfermeros desde la perspectiva integral en los distintos ámbitos tanto de la formación académica como de la práctica profesional.

Como profesionales de la disciplina enfermera es fundamental el cuerpo de conocimiento que se adquiere como así también la mirada que se tiene desde el enfoque profesional hacia la persona, su comportamiento y el significado de sus experiencias, considerándolos de manera holística.

Por lo tanto, conocer el andamiaje biopsicosocial, cultural y espiritual del ser humano, es central para la disciplina enfermera.

CAPÍTULO I PLANTEAMIENTO DEL PROBLEMA

1.1 Descripción de la Realidad Problemática.

En el servicio de Clínica Quirúrgica del Hospital Municipal Pedro Ecay de Carmen de Patagones provincia de Buenos Aires se presentó el problema a investigar el cual surgió al analizar el rol del enfermero en cuanto al cuidado brindado a los adultos mayores hospitalizados. Se observa que estos están enfocados en los aspectos biológicos como la higiene, la alimentación, el abrigo, la movilidad y el sueño. Esta situación evidencia la existencia del problema. Los cuidados de enfermería no son integrales ya que las áreas psicológica y social no son objeto de valoración y diagnóstico, por lo tanto de intervenciones de cuidado. Esta observación contradice el discurso de la formación enfermera en cuanto a competencias e incumbencias de la Ley del Ejercicio profesional 24.004. En ambos casos se habla de cuidado holístico e integral, lo cual supone la integración de los aspectos que constituyen al ser humano como lo son: el psicológico, el biológico y el social.

Puntualmente, se puede suponer que los adultos mayores en estado de hospitalización no reciben cuidados enfermeros que contemplen los aspectos psicosociales adecuados a sus necesidades particulares, y, por lo tanto, se observa con cierta frecuencia que está afectada tanto la seguridad como la autovaloración de estos pacientes. Como resultado, es habitual observar actitudes, gestos y conductas que llevan a suponer ciertos grados de depresión como así también desorientación en tiempo y espacio, ensimismamiento, pérdida del apetito e insomnio lo cual incide seguramente en el deterioro cognitivo de los mismos.

Adicionalmente, los registros de enfermería refuerzan la idea de cuidados centrados en necesidades de alimentación, confort físico y tratamientos médicos sin que consten los aspectos emocionales en ninguno de los momentos del plan de atención.

Así la calidad de atención de enfermería es afectada por factores tales como la “despersonalización” y la “deshumanización” del trato. El sujeto de atención se concibe como objeto y por lo tanto carente de necesidades tan importantes de atender como las psicosociales. Pero no es el paciente quien solo es afectado, también lo es enfermería al dejar de lado sus sentimientos y emociones, se automatiza, se autoexcluye y excluye al otro como ser humano social.

Así este problema revela la existencia de un doble discurso, el trato integral y humanizado que se declara y su contrapartida, el trato impersonal, deshumanizado y hegemónico que subyace a todas las prácticas de salud.

Es importante atender a las necesidades emocionales de estas personas integrándolas en el cuidado humano. Para ello es necesario profundizar en el problema planteado con lo cual se contribuirá al desarrollo de conocimientos y a la práctica profesional de enfermería como a la calidad de la atención.

Por consiguiente, esta investigación será una herramienta que puede aportar conocimientos que ayudarán al profesional a brindar y mejorar los cuidados sobre apoyo emocional en los adultos mayores, es por eso que surgen las siguientes preguntas:

¿Qué entiende enfermería por apoyo emocional? ¿Cómo brinda apoyo emocional?
¿Cuáles son los inconvenientes que encuentra enfermería a la hora de brindar cuidados sobre apoyo emocional a los adultos mayores hospitalizados?

Ante dicha pregunta surge el tema de investigación:

“Cuidados de Apoyo Emocional que brinda Enfermería a los Adultos Mayores Hospitalizados en el sector de Clínica Quirúrgica del Hospital Municipal Pedro Ecay”

1.2 Delimitación del Problema

¿CUÁLES SON LOS CUIDADOS DE APOYO EMOCIONAL QUE BRINDA ENFERMERÍA A LOS ADULTOS MAYORES HOSPITALIZADOS EN LA UNIDAD DE CLÍNICA QUIRÚRGICA DEL HOSPITAL PEDRO ECAY EN UN PERIODO DE TRES MESES DEL AÑO 2021 EN LA LOCALIDAD DE CARMEN DE PATAGONES?

1.3 Objetivos de la Investigación

3.1 objetivo general

- Identificar los cuidados que brinda enfermería frente a la necesidad de apoyo emocional del adulto mayor en situación de hospitalización.

3.2 objetivos específicos

- 1- Indagar sobre el grado de conocimientos de los enfermeros acerca de las necesidades emocionales de los adultos mayores hospitalizados.
- 2- Determinar cómo conceptualizan los enfermeros **el cuidado de apoyo emocional** que brinda a los adultos mayores.
- 3- Percibir cómo se brindan los cuidados de apoyo emocional a los adultos mayores en situación de hospitalización.
- 4- Identificar los obstáculos que tienen los enfermeros para brindar cuidados de apoyo emocional.

1.4 Justificación de la Investigación

Este proyecto de investigación buscó poner en claro los cuidados de apoyo emocional brindados por enfermería durante el periodo de internación del adulto mayor, los obstáculos a la realización de las intervenciones, si las hubiera, como así también identificar los conocimientos que se poseen en relación a los mismos.

Teniendo en cuenta que el aspecto emocional es un factor importante en la salud y bienestar de la persona, además de ser un elemento fundamental en la valoración que hace la enfermera al brindar cuidados al adulto mayor, ya que conociendo como está la percepción y la adaptación que tienen los adultos mayores, se podrá intervenir de manera integral.

Esta investigación aporta a la formación de la disciplina enfermera conocimientos sobre las satisfacción de las necesidades emocionales por las cuales pasan los adultos mayores y como se los puede abordar desde la misma, brindando así una atención más eficaz.

Permitirá a los enfermeros, en su lugar de trabajo diario, abordar, no solo la parte física biológica de la persona, sino también afrontar las emociones o sentimientos por los que la persona está pasando en el lapso del periodo de internación.

Del mismo modo le aporta a la comunidad información acerca del cuidado enfermero desde una mirada holística y no parcializada o limitada a la imagen social que se proyecta y evidencia solo en la realización de cuidados de confort o terapéuticos delegados por el médico (inyectables, curaciones, administración de medicamentos, entre otras), sino que también son de sostén tanto para la persona enferma como para el grupo familiar, brindando apoyo psicológico y

emocional a la persona, y a su entorno desde el enfoque biopsicosocial de la disciplina enfermera.

Contribuye a una mirada global y humanizada en cuanto a los sentimientos y emociones de un adulto mayor y modificará aquella visión que los deshumaniza por el solo hecho ser adultos mayores.

En síntesis los aportes de esta investigación están orientados especialmente a los profesionales de enfermería con el fin de brindarle información actualizada y las herramientas necesarias para que él mismo pueda interactuar no solo con la persona sino también con la familia, les permite formular estrategias y/o programas de carácter preventivos/promocional y con ellos favorecer un envejecimiento activo y saludable.

1.5 Limitaciones del Estudio

- Dificultad para acceder al servicio seleccionado por protocolo de pandemia.
- Dificultad para acceder al servicio seleccionado por ser persona con factor de riesgo (embarazo) en pandemia.
- Dificulta para entrevistar al 100% del personal seleccionado por falta de interés de los mismos.

1.6 Viabilidad del Estudio

- El tema de investigación principal cuenta con el suficiente acceso de información primaria, por ejemplo, de internet, libros, revistas, etc.
- Disponibilidad de recursos financieros, humano y material, ya que el trabajo de investigación fue sustentado por la propia investigadora, sin necesitar de alguna entidad.

CAPÍTULO II PERSPECTIVA TEÓRICA

2.1 Estado del Arte

A través de la revisión bibliográfica se constataron algunas investigaciones que guardan relación con el tema en estudio.

Massaux, N. (2011). *“Cuidados de Enfermería al final de la Vida. Percepción de los usuarios con enfermedad terminal y su familiar cuidador acerca de los Cuidados de Enfermería recibidos durante Septiembre-Diciembre del año 2010 en LUNCEC - Ciudad de Neuquén.”*.

La siguiente investigación tiene como objetivo principal describir la perspectivas que tienen, los pacientes terminales y su familiar, sobre los cuidados que brinda enfermería. Se trató de un estudio cualitativo de tipo descriptivo. Fue aplicado a una muestra de un total de 10 pacientes que se encontraban internados en ese momento recibiendo cuidados paliativos.

La investigadora concluyó que los datos obtenidos revelaron que los pacientes se encontraban conformes con el acompañamiento de los enfermeros durante su proceso de enfermedad terminal. La relación que hay entre la bibliografía consultada con lo que se quiere investigar tiene que ver con los cuidados de enfermería, la comunicación y la empatía que se tiene a la hora de ejercer la profesión en determinadas y distintas etapas del ciclo vital, ya que una persona al transitar por una enfermedad o la vejez se encuentra vulnerable y sensible ante los cambios que se le presentan, siendo estos adultos mayores, donde la vulnerabilidad ante lo desconocido aumenta.

ORTEGA, R y VILLAIZAN, A (2017). *"Aprendiendo a Sentir."*

El siguiente proyecto fue implementado en el alumnado de P-4 de la Escuela El Pilar con el objetivo de fomentar las habilidades para tratar las propias emociones y comprender las de los demás; el mismo tuvo como primera instancia la consolidación de las bases teóricas orientadas a la Educación Emocional y como segunda parte la elaboración de 12 actividades, donde a partir de la dramatización se estudiaron las siguientes emociones básicas: alegría, miedo tristeza y enfado, ira, celos, culpa y asco. Aporta a la investigación conocimientos acerca de las importancias que tienen las emociones en el desarrollo de la persona, siendo la niñez y la adultez las etapas más vulnerables en estas áreas, y que pocas veces son tenidas en cuentas. A demás brindó a la profesión, conocimiento acerca de la importancia en la comunicación, la cual es uno de los pilares fundamentales en la disciplina enfermera y es la base de toda empatía social, por eso tomando el artículo denominado **"La comunicación con los pacientes"** (Naranjo Bermúdez, 2006), se puede decir, que la comunicación no solo es dada por palabras, sino que también es expresada a través del silencio, y es nuestro deber saber interpretarla, para satisfacer las necesidades del paciente en su totalidad, brindando una disposición al dialogo, a la escucha, para generar en él confianza y seguridad.

LICAS TORRES, Martha Paulina (2015). *“Nivel de Depresión del Adulto Mayor en un Centro de Atención Integral TaytaWasi 2014”*.

La autora realizó un estudio cuyo objetivo fue determinar el nivel de depresión de los adultos mayores que acudían al centro de atención integral del adulto mayor. El estudio fue de tipo cuantitativo, nivel aplicativo, método descriptivo de corte transversal. La muestra estuvo constituida por 73 adultos mayores, siendo la técnica de muestra aleatoria simple. La técnica empleada fue la entrevista y como instrumento se utilizó la Escala de Depresión Geriátrica - El Test de Yesavage para adultos mayores. Se concluyó que los adultos mayores que acuden al centro de atención “TaytaWasi” presentan un nivel de depresión leve. Este resultado aporta al conocimiento preexistente del riesgo al que están expuestos la población en estudio en relación a padecer depresión y en consecuencia afectar su calidad de vida si no se atienden las necesidades emocionales de los mismos.

QUINTO VASQUEZ, Mercedes Milagros (2012). *“Percepción de los pacientes y familiares sobre la calidad de cuidados que brinda la enfermera en el Servicio de Emergencia del INEN, 2010.”*

El objetivo principal de la autora fue determinar la percepción de los pacientes y familiares sobre la calidad del cuidado que brinda la enfermera e identificar la percepción de los pacientes y familiares según la dimensión humana, oportuna, continua y segura. El estudio fue de nivel aplicativo, tipo cuantitativo, método descriptivo de corte transversal. La población estuvo conformada por 30 pacientes y familiares. La técnica fue la encuesta y el instrumento la escala de Likert modificada. La información recabada me permitió entender y comprender la postura de la persona en estado de internación como así también me sirvió de guía y herramienta como profesional de enfermería para la formulación de estrategias dirigidas hacia una intervención más

humana, hacia los pacientes y sus familiares, promoviendo un cambio en sus cuidados, es decir pasar de un enfoque bio-médico a un enfoque humanista.

GUZMÁN QUINTANAR, Annali (2010). *“Análisis de la calidad de vida de los adultos mayores del municipio de Tetepango, Hidalgo: A través del instrumento WHOQOL-BREF. Universidad Autónoma del Estado de Hidalgo.”*

El objetivo principal de la autora fue analizar la calidad de vida de los adultos mayores de 65 años, dicha tesina fue realizada con una metodología observacional-descriptiva-cualitativa, basando su apoyo con el artículo “Nuevo Amanecer” quien enriqueció aún más su investigación. La muestra estuvo compuesta por 21 sujetos 14 mujeres y 7 hombres, con educación básica y con nivel socioeconómico bajo. Se aplicó el instrumento de Evaluación de Calidad de Vida de la Organización Mundial de la Salud WHOQOL-BREF. La estrategia de muestreo utilizada para la selección de los sujetos fue de tipo pro balística. Se pudo observar un puntaje más alto en los aspectos negativos como el estilo de vida no saludable, las relaciones sociales y aspectos afectivos como falta de comunicación, autoestima baja y un sistemas de valores pernicioso.

De acuerdo con los resultados obtenidos a partir de la aplicación del instrumento elegido se concluyó que los adultos mayores en su gran mayoría no son escuchados, tienen falta de afecto y comprensión. Dejando al descubierto los prejuicios, estereotipos, discriminación e injusticias en los adultos mayores, no solo por los propios familiares, sino también por la sociedad misma. Este resultado aporta al conocimiento preexistente la vulnerabilidad a la que están expuestos los adultos mayores afectando no solo su envejecimiento sino su salud, estilo de vida y sus emociones.

ROJAS ESPINOZA, Jessica Belén (2017). *“Cuidados e Intervenciones de Enfermería enfocados en las necesidades de salud del adulto mayor, bajo la Teoría de Kristen M. Swanson.”*

La siguiente Tesis Doctoral tuvo como objetivo describir los cuidados e intervenciones de enfermería enfocados en las necesidades de salud de los adultos mayores que asisten a una Casa de Día en Toluca, Estado de México, para diseñar un modelo de cuidados e intervenciones de enfermería fundamentado en la Teoría del Cuidado Profesional de Kristen M. Swanson. Para tal fin, se empleó un enfoque metodológico mixto, utilizando el método hermenéutico.

La misma enriqueció el conocimiento acerca de los CUIDADOS de enfermería, como así también brindó las herramientas necesarias para el abordaje del adulto mayor en el proceso de envejecimiento sumado al proceso de internación, teniendo en cuenta la base filosófica y metodológica el Modelo de Cuidados de Kristen Swanson que son: mantener las creencias (Actitud filosófica de la enfermera), el conocer o complicidad (comprensión, conocimiento), el estar con (mensajes verbales y no verbales transmitidos al usuario), el hacer por y el permitir o posibilitar (Acciones terapéuticas), y consecuencia de los usuarios (Desenlace deseado por el usuario).

SANCHEZ RUEDA, Guadalupe (2013). *“Las Emociones en la Práctica Enfermera.”*

La autora realizó un estudio exploratorio descriptivo con aproximación metodológica mixta (cualitativa y cuantitativa) y de comparación por grupo. La muestra estuvo constituida por 40 participantes (pacientes y enfermeras). Los instrumentos que se utilizaron fueron entrevistas semiestructuradas y cuestionarios. El objetivo fue analizar la percepción que tienen los pacientes y las enfermeras acerca de las emociones en los cuidados enfermeros. Los resultados que se

encontraron fueron dudas en cuanto a la función de la enfermera por parte de los pacientes y en cuanto a las enfermeras, manifestaron la importancia del cuidado emocional en los pacientes.

Esta investigación aportó datos acerca de la percepción que tienen los pacientes en cuanto a la tarea que realiza enfermería y la dificultad que tienen los enfermeros a la hora de definir su rol.

Romero –Massa, E., Contreras- Méndez, I., Pérez-Pájaro, Y., Moncada, A., Jiménez-Zamora, V. (2013). *“Cuidado Humanizado de Enfermería en Pacientes Hospitalizados”*.

En el presente artículo participaron 132 pacientes hospitalizados en una institución de salud pública. La misma se realizó para indagar sobre la percepción de cuidado humanizado y los factores relacionados en pacientes hospitalizados en una institución de III y IV nivel. Dicha investigación fue de tipo descriptivo y corte transversal, solo así es posible conocer cómo se está brindando el cuidado y si se está ayudando a que los pacientes alcancen su bienestar de una manera grata y humanizada.

Esta investigación aporta datos sobre el crecimiento de enfermería y la calidad de los cuidados que la misma brinda, permitiendo mejorar la atención e implementar nuevas estrategias para que los profesionales brinden un cuidado humanizado, haciendo que la disciplina enfermera se vea fortalecida.

Considerando lo que postula (Henderson, Virginia., 2000). *“La enfermera deberá esforzarse en comprender al paciente cuando éste no posee la voluntad, la conciencia o la fortaleza necesaria”*, es nuestro deber *“ponernos en su lugar”*. (De La Cuesta, 2004).

Asmat Ortiz, N. W.; Mallea Butron, Y; Rodríguez López, F. de M. (2018). ***“Comunicación y Apoyo Emocional de Enfermería según el familiar del paciente Crítico en un Hospital de Lima Metropolitana,”***

Los tesisistas tuvieron como objetivo determinar la comunicación y el apoyo emocional de enfermería según el familiar del paciente internado en estado crítico, el mismo fue un estudio de tipo descriptivo con corte transversal. La muestra estuvo conformada por 75 familiares de pacientes críticos y la técnica que se implementó para la realización de la misma, fue una encuesta y el instrumento que se utilizó fue un cuestionario de comunicación y apoyo emocional.

Los datos obtenidos se procesaron en el software estadístico EPI INFO y fueron presentados en tablas con distribución de frecuencia. Se concluyó que los familiares de los pacientes críticos reciben una comunicación favorable, la comunicación es un arte, una habilidad que debe ser dominada por el personal de enfermería, tal es así que la comunicación tiene lugar en cada interacción enfermero - familiar, se da en la conversación y en el silencio; en lo verbal y en lo no verbal, es decir en el comportamiento, la postura, la expresión facial y los gestos que comunican ideas, pensamientos y sentimientos.

Celis Hernández, M. J; Guarín Gutiérrez. N; Jones Iregui, L. L (2015). ***“Percepción de la familia frente al Rol de Enfermería en la Unidad de Cuidado Intensivo Adulto de la fundación Cardiovascular de Colombia”.***

Los autores de la siguiente tesis utilizaron la metodología descriptiva con corte trasversal, con una encuesta basada en 3 áreas de la percepción (comunicación verbal, comunicación no verbal y el apoyo emocional). La muestra que se utilizó estuvo constituida por 46 personas. El objetivo principal fue determinar la percepción que tiene la familia frente al ROL de Enfermería en su cuidado durante la hospitalización en la Unidad de Cuidados Intensivos Adulto de la

Fundación Cardiovascular de Colombia. Con los datos recogidos y analizados se concluyó que la percepción del familiar frente al rol de enfermería fue positiva, encontrando satisfacción frente a la atención brindada durante la hospitalización de un familiar en relación a las actividades y cuidados otorgados por el personal de enfermería.

Estos resultados aportan al conocimiento preexistente la importancia que tiene la comunicación, en la actualidad la misma no es simplemente un intercambio de mensajes entre enfermera y familiar, es una acción que debe ser planificada e individualizada. Por otro lado, el apoyo emocional comprende la empatía, el cuidado, el amor y la confianza que una persona ofrece a otra, por consiguiente, la enfermera debe tener los conocimientos necesarios y la sensibilidad para poder brindar la atención en función a estas dimensiones.

2.2 Marco Teórico.

El hombre como ser “Bio-Psico-Social¹”

“quiere decir que el Ser Humano es en general un ser vivo con un organismo complejo y con una mentalidad muy compleja basada en muchos aspectos (valores, conciencia, ética, motivaciones, deseos, personalidad, etc.), los cuales le permiten estar en una organización social (familia, amistades, comunidad, municipio, nación, grupos sociales, etc.) y comportarse de acuerdo a sus intereses psicológicos, y a los límites que le presenten su cuerpo y su aprendizaje.” (Smith, 2015).

La concepción del hombre como ser bio-psico-social comprende todos los planos, los que están en constante interacción, su delimitación es difícil, no se puede separar lo que es producto del pensamiento, creencias, sentimientos, de su biología, de su entorno social. Del mismo modo sucede con sus necesidades, ya que las mismas deben estar satisfechas en su totalidad, por eso **MASLOW (1943)²** propuso una teoría según la cual existe una **jerarquía de las necesidades humanas**, y defendió que conforme se satisfacen las necesidades más básicas, los seres humanos desarrollamos necesidades y deseos más elevados. A partir de esta jerarquización se establece lo que se conoce como **Pirámide de Maslow** que forma parte de una teoría psicológica que inquiera

¹ El Modelo bio-psico-social es un modelo o enfoque participativo de salud y enfermedad que postula que el factor biológico, el psicológico (pensamientos, emociones y conductas) y los factores sociales, desempeñan un papel significativo de la actividad humana en el contexto de una enfermedad o discapacidad. Este enfoque se utiliza en campos como la medicina, enfermería, psicología clínica y la sociología y en particular en ámbitos más especializados como la psiquiatría, la quiropráctica, el trabajo social clínico y la psicología clínica. El paradigma bio-psico-social es también un término técnico para el concepto popular de la conexión mente-cuerpo, que se dedica a aportar argumentos filosóficos entre los modelos bio-psico-sociales y biomédicos, más que a la exploración empírica y su aplicación clínica.

² Abraham Maslow es uno de los psicólogos importantes del siglo XX. Es conocido como el padre de una de las grandes corrientes de la psicología, el humanismo. Su teoría, conocida como la Pirámide de las jerarquías de las necesidades humanas, nace de la idea de que las acciones de los seres humanos nacen de la motivación dirigida hacia el objetivo de cubrir ciertas necesidades.

acerca de la motivación y las necesidades del ser humano: *“aquello que nos lleva a actuar tal y como lo hacemos”*.

Los seres humanos cuando sufren deterioro de su salud requieren de ayuda y cuidados profesionales, ya que existen cambios que requieran de una adaptación en su salud, acompañamiento en su enfermedad y de una atención hospitalaria (en su gran mayoría). En la actualidad los derechos de los pacientes en situación de hospitalización son reconocidos como un acto de dignidad para que él se sienta valorado en todas sus dimensiones como ser humano.

La Organización Mundial de la Salud (OMS) señala:

“Cuidar es una actividad humana que se define como una relación y un proceso cuyo objetivo va más allá de la enfermedad. En enfermería, el cuidado se considera como la esencia de la disciplina que implica no solamente al receptor, sino también a la enfermera como transmisora de él”.

“El cuidado humanizado basado en valores, enfocado al mundo sanitario, se refiere al profesional de enfermería en todo lo que realiza para promover y proteger la salud, curar la enfermedad y garantizar el ambiente que favorezca una vida sana y armoniosa en los ámbitos físicos, emotivo, social y espiritual. Algunos de los elementos que permiten humanizar los cuidados se enfocan hacia el desarrollo de un proceso de cuidado familiar, continuo, generador de vida, seguro para el paciente, culturalmente aceptable, con aplicación de tecnología, con toque humano y fundamentalmente centrado en la persona. El cuidado humano implica valores, deseo y compromiso de cuidar, conocimiento, acciones de cuidar y consecuencias. Se debe saber quién es el otro, sus necesidades,

limitaciones y fortalezas, que conducen a su crecimiento.” (De La Cruz Ruiz, Guerrero Ramirez, & La Riva, 2016; p.137)

*“**Humanizar la sanidad** significa personalizar la atención, porque detrás de cada enfermedad hay una persona que está viviendo su experiencia de una manera determinada y tiene que incorporarlo en su vida. Hay cosas que no se pueden sustituir, como es la presencia de un ser humano ante los pacientes que están sufriendo dolor: una mirada, unas palabras, sonreír, mostrar calidez, escuchar, tener empatía y comprensión de la situación del otro. La **humanización en salud** significa mucho más que ser cordial, implica minimizar la tendencia de tratar al enfermo como a un objeto, una enfermedad o unos síntomas concretos. **El cuidado humanizado** requiere considerar a los pacientes como personas, supone abandonar las relaciones funcionales para convertirlas en relaciones personales.” (Romero Massa & Contreras Méndez, 2013)*

Esto ha motivado a la promulgación de la política de formación integral para el desarrollo humano de los profesionales de la salud, en búsqueda de la protección de los **DERECHOS** de los pacientes a partir de lema “**Trato Humanizado a la persona sana y enferma**”. Por todo ello el cuidado humanizado se convierte en una filosofía de vida para el profesional de enfermería, el cual se puede definir como; *“una actividad que requiera de un valor personal y profesional encaminado a la conservación, restablecimiento y autocuidado de la vida.”*

HILDEGART PEPLAU³, quien orienta sus modelos desde la enfermería psiquiátrica sustentadas desde las teorías psicoanalistas, podemos decir que define a la enfermería como un

³ Fue la segunda hija de seis hermanos, nacida de padres inmigrantes. Considerada una de las enfermeras más importante del mundo, conocidas por muchos como la “enfermera del siglo” y como la madre de la enfermería “psiquiátrica”. El trabajo de Peplau ha supuesto una contribución significativa a la base de conocimientos de la enfermería.

proceso interpersonal y terapéutico que funciona en términos de cooperación con otros procesos humanos, haciendo de la salud una posibilidad para los individuos en las comunidades; permitiendo a los profesionales de enfermería dejar de centrarse en la atención biofísica de la persona, y acercarse a los sentimientos y comportamientos frente a la enfermedad. A través la relación enfermero-paciente permitiéndole afrontar los problemas que aparezcan de manera conjunta.

De acuerdo con este modelo se puede definir a las personas como *“seres humanos que viven una especie de equilibrio inestable de manera que, cuando ese equilibrio se altera, aparece la enfermedad”*.

Para la Organización Mundial de la Salud - OMS⁴ la enfermedad es *“la alteración o desviación del estado fisiológico en una o varias partes del cuerpo, por causas en general desconocidas, manifestadas por síntomas y signos característicos, y cuya evolución es más o menos previsible”*. El lado opuesto de la enfermedad es la salud y la misma la define de la siguiente manera *“es un estado de completo bienestar físico, mental y social, y no solo la ausencia de afecciones o enfermedades”*, lo que a mí respecta no coincide con este concepto, ya que estar sano no solo es no tener una enfermedad, sino que su significado va más allá.

Tomando el mismo concepto desde la teoría de **CALLISTA ROY**⁵, se puede decir que la salud es *“un proceso de adaptación en el mantenimiento de la integridad fisiológica,*

Fue fundadora de la enfermería psiquiátrica moderna, educadora, innovadora, defensoras de los enfermos mentales y de la educación superior para las enfermeras. Su vida estuvo marcada con la controversia, que enfrento con valentía y determinación.

⁴ La Organización Mundial de Salud (OMS), es una agencia especializadas de la Organización de las Naciones Unidas (ONU), establecida en 1948. En 1987 la organización estaba integrada por 166 países miembros.

La estructura central de la OMS está formada por un órgano decisorio llamado Asamblea Mundial de la Salud, integrada por todos los delegados de todas las naciones miembros, y una secretaria, compuesta por un director general y personal técnico y administrativo.

⁵ Roy nació en los Ángeles en 1939, y se graduó en 1963. Desarrolló la teoría de la adaptación ya que en su experiencia en pediatría quedó impresionada por la capacidad de adaptación de los niños.

psicológica y social”, es decir, que este modelo se centra en la adaptación del hombre, y que los conceptos de persona, salud, enfermedad y entorno están relacionados como un todo.

Un ser vivo traza una curva de vida que pasa por el nacimiento, la adolescencia, la edad adulta, la vejez y la muerte. En este sentido cuando hablamos de “vejez” se lo puede definir como el último periodo de la vida de una persona.

Pablo Nonini en su investigación *“El adulto mayor frente a la vejez”* dice: *“el anciano puede tener problemas como cualquiera, pero ser anciano no es un problema en sí mismo (...), la ancianidad no es una enfermedad”*.

Como resultado de todo ello, *“el profesional de enfermería dentro del equipo de salud juega un rol importante en la atención y el bienestar del adulto mayor”* (LICAS TORRES, 2015).

La Organización Mundial de la Salud, en el acuerdo de Kiev de 1979, con base a la esperanza de vida, consideró que las personas que viven en países desarrollados se los identifica como **ADULTOS MAYORES** a partir de los 65 años de edad; la Asamblea Mundial del Envejecimiento, celebrada en Viena en 1982, en forma convencional consideró que los “ancianos” comprendían aquellas personas de 65 años de edad o más. En 1994 la Organización Panamericana de la Salud (OPS) ajustó la edad y señala como adulto mayor a la persona de 65 o más años de edad.

El envejecimiento es parte del continuo desarrollo del hombre en el ciclo vital, sus efectos varían de un individuo a otro, puede desarrollarse de forma paulatina y en un momento determinado mostrar solo algunas características, en la visión actual, el envejecimiento tiene un enfoque integral y se considera como un proceso saludable, con actitud positiva y que permite a la persona mantenerse

en actividad y con la capacidad de seguir desempeñando sus actividades cotidianas de manera independiente. En este contexto el envejecimiento convierte al adulto mayor dependiente, de deterioro y carga social, llegando muchas veces al abandono y aislamiento social. El riesgo de enfermar y morir, para este grupo etario, forma parte de su vida. (Ninatanta Ortiz, 2009)

El **CUIDADO** es

“la función prioritaria dentro de la profesión de enfermería, que abarca aspectos físicos, psicológicos, sociales y espirituales de la persona; por lo tanto se debe resaltar que estos cuidados son de carácter integral, es decir, si una necesidad del paciente está insatisfecha, esta afecta como un todo, por eso la enfermera debe tener las habilidades y destrezas necesarias que permitan al paciente mantener y fortalecer su salud holística.” (Ledesma, 2004)

El **“CUIDADO”** es, *“suplir los déficit de autonomía del sujeto para poder actuar de modo independiente en la satisfacción de las necesidades fundamentales” (Henderson., 2000)*, es decir, es una acción terapéutica que permite a través de la interacción enfermera-paciente alcanzar su máximo potencial.

(COLLIERE M. F., 1999) Clasifica los cuidados en función de la finalidad que persiguen, y los cuidados emocionales se relacionan con los de compensación, de confirmación y de sosiego.

Los cuidados de compensación requieren, reforzar y compensar la alteración de las funciones lesionadas por la enfermedad, buscando la forma de suplir la disminución física, afectiva y social que conlleva esta última; los cuidados de confirmación animan, permiten ganar seguridad y fortalecen la construcción del sentimiento de confianza en sí mismo; y los cuidados

de sosiego llamados cuidados de relajación, aportan tranquilidad, liberación de tensiones y de este modo contribuyen a disminuir las turbulencias emocionales. En este proceso de cuidados, se requiere de un trato muy sutil y respetuoso haciendo que fluya una comunicación verbal clara y sencilla de modo que el paciente pueda entender cada procedimiento, haciendo que se sienta seguro.

*Según (Asmat Ortiz, Mallea Butron, & Rodríguez López , 2018, p.5) “el apoyo emocional comprende la empatía, el cuidado, el amor y la confianza que una persona ofrece a otra”. El adulto mayor necesita ser reconocido en su totalidad, que lo escuchen y no solo que le brinden atención terapéutica. De ello se desprende que el **APOYO EMOCIONAL** “es una de las condiciones importantes en la cual se expresa los sentimientos, respecto al fortalecimiento de otra persona, para ello se explicita que las características pueden ser de apoyo en la presencia, de orientación, de acompañamiento entre otras actividades”. (Chillin Rojas, 2018)*

Por eso es muy importante la **EMPATÍA** que se genera con el paciente ya que la misma busca percibir la preocupación, los sentimientos del otro y responder a ellos, en esta condición la interacción se forma de manera dinámica dado que la percepción del mensaje establece el vínculo por la cual se genera la confianza hacia la otra persona. El término confianza alude a la seguridad que una persona tiene en otro o de sí mismo, es por eso que también se puede entender como una cualidad de los seres vivos.

Esta cualidad es fundamental a la hora de ejercer nuestra profesión ya que se deposita en nuestras manos la vida de otra persona; es ahí cuando se forma un **VÍNCULO AFECTIVO**, entre el profesional y el paciente, por eso nos referimos al sentimiento de vivo afecto e inclinación de una persona hacia otra. Por otro lado, al mencionar la dimensión confianza, nos referimos a la capacidad del buen servicio y de buena discreción de la naturaleza de dolencia del

paciente en función al cuidado de la enfermera. Finalmente, la dimensión cuidado, hace referencia al proceso del cuidado del paciente, además de una adecuada relación de la enfermera con un trato muy sutil y respetuoso (Rojas, 2018)

Es por eso que, a la hora de afrontar cambios, todas las personas experimentan sentimientos encontrados, y son muchos los factores que desencadenan dichos sentimientos. Cuando nos referimos a sentimientos hablamos de:

“la conceptualización de una emoción o estado de ánimo. Si el sentimiento es el resultado de las emociones, estos son el reflejo de la vivencia. Una disciplina como la enfermería acompaña vidas y vivencias, utiliza la empatía, acompaña y vive acompañando”. (Castillo Campaña, 2017).

Bien es sabido que mientras más significativa sea una persona para otra, más posibilidades tendrá ésta de ganarse su confianza. En la vida cotidiana, la persona con la que tenemos más confianza coincide siempre con la que más contacto e implicación emocional tiene con nosotros. Si esto lo pasamos al campo asistencial para la salud, corresponde al enfermero ser la persona que más contacto tenga con el paciente.

El rol profesional de los enfermeros es el conjunto de comportamientos, habilidades, actitudes y valores que la sociedad espera de estos profesionales, centrándose en el cuidado de la vida humana, a través de todas las etapas de vida del individuo, sin dejar de lado la atención a la comunidad y familia. Los enfermeros aprenden de la experiencia. También crecen profesionalmente formándose con la teoría y modelos de enfermería y encontrando las formas de aplicar esas teorías, a la práctica. (ABBA & GIMENÉZ, 2014)

Para Watson la **ENFERMERÍA** es un arte, en donde la enfermera es un ser empático, tal es así que la enfermera al experimentar los sentimientos del otro, es capaz de detectar estos sentimientos y expresarlos de forma semejante que la persona que los experimenta.

Esto nos permite ver que la enfermería es una profesión donde la relación interpersonal, enfermero – paciente, es fundamental, ya que es la primera barrera la cual el adulto mayor debe romper; por lo tanto, la calidad de esta relación es primordial para desarrollar un cuidado arduo y así poder abordar la parte emocional de los adultos mayores y no solo su dolencia física.

“La Teoría de Watson nos permite regresar a nuestras raíces y valores profesionales más profundos; representa el arquetipo de la enfermería. El cuidado deja constancia de nuestra identidad profesional en un contexto donde los valores humanos son constantemente cuestionados y cambiados. Watson sostiene que el cuidado contribuye a que tales valores estén presentes y la enfermería no sea concebida “solo como un trabajo”. (Ninatanta Ortiz, 2009)

El siguiente apartado tiene como finalidad explicitar algunas normativas legales e institucionales, como los derechos y obligaciones, tanto del profesional de enfermería como los del adulto mayor.

“Cuando se habla de responsabilidad, se hace referencia a un valor que está en la conciencia de la persona, que le permite reflexionar, administrar orientar y valorar las consecuencias de sus actos, siempre en el acto de lo moral. Una vez que pasa al plano ético, es decir en la práctica. Se establece la magnitud de las acciones y cómo afrontarlas de manera positiva e integral. La persona responsable es aquella que actúa conscientemente siendo él la causa directa o indirecta de un hecho ocurrido. Está obligado a responder por alguna cosa o

alguna persona. También es el que cumple con sus obligaciones o que pone cuidado y atención en lo que hace o decide.” (ABBA & GIMENÉZ, 2014)

2.1 Ley 26.529. Derechos del Paciente con los profesionales e instituciones de la salud.

ARTICULO 2º — Derechos del paciente. Constituyen derechos esenciales en la relación entre el paciente y el o los profesionales de la salud, el o los agentes del seguro de salud, y cualquier efector de que se trate, los siguientes:

a) Asistencia. El paciente, prioritariamente los niños, niñas y adolescentes, tiene derecho a ser asistido por los profesionales de la salud, sin menoscabo y distinción alguna, producto de sus ideas, creencias religiosas, políticas, condición socioeconómica, raza, sexo, orientación sexual o cualquier otra condición. El profesional actuante sólo podrá eximirse del deber de asistencia, cuando se hubiere hecho cargo efectivamente del paciente otro profesional competente;

b) Trato digno y respetuoso. El paciente tiene el derecho a que los agentes del sistema de salud intervinientes, le otorguen un trato digno, con respeto a sus convicciones personales y morales, principalmente las relacionadas con sus condiciones socioculturales, de género, de pudor y a su intimidad, cualquiera sea el padecimiento que presente, y se haga extensivo a los familiares o acompañantes;

c) Intimidad. Toda actividad médico - asistencial tendiente a obtener, clasificar, utilizar, administrar, custodiar y transmitir información y documentación clínica del paciente debe observar el estricto respeto por la dignidad humana y la autonomía de la voluntad, así como el debido resguardo de la intimidad del mismo y la confidencialidad de sus datos sensibles, sin perjuicio de las previsiones contenidas en la Ley N° 25.326;

d) Confidencialidad. El paciente tiene derecho a que toda persona que participe en la elaboración o manipulación de la documentación clínica, o bien tenga acceso al contenido de la misma, guarde la debida reserva, salvo expresa disposición en contrario emanada de autoridad judicial competente o autorización del propio paciente.

e) Autonomía de la Voluntad. El paciente tiene derecho a aceptar o rechazar determinadas terapias o procedimientos médicos o biológicos, con o sin expresión de causa, como así también a revocar posteriormente su manifestación de la voluntad. Los niños, niñas y adolescentes tienen derecho a intervenir en los términos de la Ley N° 26.061 a los fines de la toma de decisión sobre terapias o procedimientos médicos o biológicos que involucren su vida o salud;

f) Información Sanitaria. El paciente tiene derecho a recibir la información sanitaria necesaria, vinculada a su salud. El derecho a la información sanitaria incluye el de no recibir la mencionada información.

g) Interconsulta Médica. El paciente tiene derecho a recibir la información sanitaria por escrito, a fin de obtener una segunda opinión sobre el diagnóstico, pronóstico o tratamiento relacionados con su estado de salud.

2.2 Asociación Norteamericana de Hospitales 1973. Derechos del Paciente.

1. El paciente tiene derecho a cuidados adecuados y respetuosos.
2. El paciente tiene derecho a obtener de su médico información completa y actualizada con respecto a su diagnóstico, tratamiento y pronóstico, de forma tal que el paciente pueda razonablemente entenderlo. Cuando no es aconsejable médicamente darle tal información al paciente, la misma debe proporcionarse a la persona allegada a su cuidado. Él tiene el derecho de conocer el nombre del médico responsable de su cuidado.

3. El paciente tiene derecho de recibir de su médico la información necesaria para dar su consentimiento, con conocimiento de causa, al comienzo de cualquier proceso y/o tratamiento excepto en caso de emergencia, tales informaciones para consentimiento con conocimiento de causa incluirán pero sin limitarse a ello necesariamente, el proceso específico y/o tratamiento, los riesgos médicos involucrados y la probable duración de la incapacitación. Cuando existan alternativas médicas importantes para los cuidados, o tratamiento, o cuando el paciente requiera información acerca de alternativas médicas, el paciente tiene derecho a esa información. El paciente tiene asimismo el derecho de conocer el nombre de la persona responsable del proceso y/o tratamiento.

4. El paciente tiene derecho de rechazar el tratamiento hasta los límites permitidos por la ley y de ser informado de las consecuencias médicas de su acción.

5. El paciente tiene derecho a toda clase de consideraciones de sus derechos privados con respecto de su programa de cuidados médicos. Discusión, consulta, examen y tratamiento son confidenciales y deben ser tratados discretamente. Las personas que no están directamente involucradas en su cuidado, deben tener permiso del paciente para asistir y estar presentes.

6. El paciente tiene derecho a esperar que todos los informes médicos y comunicaciones pertenecientes a su cuidado, deben ser tratados como confidenciales.

7. El paciente tiene derecho a esperar que dentro de su capacidad, el hospital se haga razonablemente responsable a las peticiones de servicio por parte de un paciente. El hospital debe proporcionar evaluación, servicio y/o traslado como indique la urgencia del caso. Cuando médicamente se prevea el traslado del enfermo a otro centro de sanidad, ello se podrá efectuar solamente después de que el paciente haya recibido la información completa y explicaciones

concernientes a las necesidades y alternativas de tal traslado. La institución a la cual el paciente tiene que ser trasladado o transferido, debe en primer lugar haber aceptado al paciente.

8. El paciente tiene derecho a saber de cualquier relación de su hospital con otro instituto médico siempre que sea concerniente a sus cuidados. El paciente tiene derecho a estar informado de la existencia y nombres de las personas relacionadas profesionalmente que le estén tratando.

9. El paciente tiene derecho a ser informado si el hospital se propone realizar o desarrollar experimentos humanos que afecten a su cuidado o tratamiento. El paciente tiene derecho a negarse a participar en tales procesos de investigación.

10. El paciente tiene derecho a esperar una razonable continuidad de cuidados.

Tiene el derecho de conocer por adelantado el horario de visita de los médicos, cuáles están disponibles y dónde. El paciente tiene derecho a esperar que el hospital proporcione un mecanismo por el cual su médico o persona encargada por su médico, le informe de las necesidades de cuidados de su salud, después de haber sido dado de alta.

11. El paciente tiene derecho a examinar y recibir explicaciones sobre su factura prescindiendo de la fuente de pago.

12. El paciente tiene derecho a conocer qué reglas y condiciones de hospital le corresponden como pacientes.

2.3 LEY 4811 Derechos y Deberes del Paciente. Instituto nacional de salud, España, 1984

3.1 DERECHOS

- El paciente tiene derecho a recibir una atención sanitaria integral de sus problemas de salud, dentro de un funcionamiento eficiente de los recursos sanitarios disponibles.

- El paciente tiene derecho al respeto de su personalidad, dignidad humana e integridad, sin que pueda ser discriminado por razones de tipo social, económico, moral y religioso.
- El paciente tiene derecho a la confidencialidad de toda la información relacionada con su proceso, incluido el secreto de su estancia en centros y establecimientos sanitarios, salvo por exigencias legales que lo hagan imprescindible.
- El paciente tiene derecho a recibir información completa y continuada, verbal y escrita de todo lo relativo a su proceso, incluyendo diagnóstico, alternativas de tratamiento y sus riesgos y pronósticos, que será facilitada en un lenguaje comprensible. En caso de que el paciente no quiera o no pueda manifiestamente recibir dicha información, ésta deberá proporcionarse a los familiares o personas legalmente responsables.
- El paciente tiene derecho a la determinación entre las opciones que le presente el responsable médico de su caso, siendo preciso su consentimiento expreso previo a cualquier actuación excepto en los siguientes casos:
 - Cuando la urgencia no permita demoras
 - Cuando el no seguir tratamiento suponga un riesgo para la salud pública
 - Cuando exista imperativo legal
 - Cuando no esté capacitado para tomar decisiones, en cuyo caso el derecho corresponderá a sus familiares o personas legalmente responsables.
- El paciente tendrá derecho a negarse al tratamiento, excepto en los casos señalados en el punto 5, debiendo para ello solicitar el acta voluntaria en las condiciones que señala el punto 6 del apartado de deberes.

- El paciente tendrá derecho a que se le asigne un médico, cuyo nombre deberá conocer, y que será su interlocutor válido con el equipo asistencial. En caso de urgencia, otro facultativo del equipo asumirá la responsabilidad.
- El paciente tiene derecho a que quede constancia por escrito de todo su proceso; esta información y las pruebas realizadas constituyen la historia clínica.
- El paciente tiene derecho a que no se realicen en su persona investigaciones, experimentos o ensayos clínicos sin una información sobre el método, riesgos y fines. Será imprescindible la autorización por escrito del paciente y la aceptación por parte del médico de los principios básicos y normas que establece la declaración de Helsinki. Las actividades docentes requerirán asimismo consentimiento expreso del paciente.
- El paciente tiene derecho al correcto funcionamiento de los servicios asistenciales y administrativos, y a que la estructura de la institución proporcione unas condiciones aceptables de habitabilidad, higiene, alimentación, seguridad y respeto a su intimidad.
- El paciente tendrá derecho en caso de hospitalización, a que esta incida lo menos posible en sus relaciones sociales y personales. Para ello el hospital facilitará un régimen de visitas lo más amplio posible, el acceso a los medios y sistemas de comunicación y cultura y la posibilidad de actividades que fomenten las relaciones sociales y el entretenimiento del ocio.
- El paciente tiene derecho a recibir cuanta información desee sobre los aspectos de las actividades asistenciales que afecten a su proceso y situación personales.

- El paciente tiene derecho a conocer los causes formales para presentar reclamaciones, quejas, sugerencias y, en general, para comunicarse con la administración de las instituciones. Tiene derecho asimismo de recibir respuesta por escrito.
- El paciente tiene derecho a causar alta voluntaria en todo momento tras firmar el documento correspondiente, exceptuando los casos recogidos en el art 5 de los derechos.
- El paciente tiene derecho a agotar las posibilidades razonables de superación de la enfermedad. El hospital proporcionará la ayuda necesaria para su preparación ante la muerte en los aspectos materiales y espirituales.
- El paciente tiene derecho a que las instituciones sanitarias proporcionen:
 - Una asistencia técnica correcta con el personal cualificado.
 - Un aprovechamiento máximo de los medios disponibles.
 - Una asistencia con los mínimos riesgos, dolor y molestias psíquicas y físicas.

3.2 DEBERES

- El paciente tiene el deber de colaborar con el cumplimiento de las normas e instrucciones establecidas en las instituciones sanitarias.
- El paciente tiene el deber de tratar con el máximo respeto al personal de las instituciones sanitarias, a los otros enfermos y sus acompañantes.

- El paciente tiene el deber de solicitar información sobre las normas de funcionamiento de la institución y los canales de la información (quejas, sugerencias, reclamaciones y preguntas). Debe conocer el nombre de su médico.
- El paciente tiene el deber de cuidar las instalaciones y de colaborar con el mantenimiento de la habitabilidad de las instituciones sanitarias.
- El paciente tiene el deber de firmar el documento de alta voluntaria en los casos de no aceptación de los métodos del tratamiento.
- El paciente tiene el deber de responsabilizarse del uso adecuado de las prestaciones ofrecidas por el sistema sanitario, fundamentalmente en lo que se refiere a la utilización de servicios, procedimientos de baja laboral o incapacidad permanente y prestaciones farmacéuticas y sociales.
- El paciente tiene el deber de utilizar las vías de reclamación y sugerencia.
- El paciente tiene el deber de exigir que se cumplan sus derechos.

Desde 1859 Florence Nightingale expresó su firme convencimiento de que el conocimiento de enfermería era absolutamente distinto al de la medicina, diciendo:

“La medicina es la cirugía de las funciones, como la cirugía propiamente dicha lo es de los miembros y de los órganos. Ninguna puede hacer otra cosa que quitar obstáculos, ninguna puede curar; solo la naturaleza cura. La cirugía extrae la bala de la pierna, la cual es un obstáculo para curar, pero la naturaleza cura la herida. Igual sucede con la medicina; la función de un órgano es obstaculizada, la medicina ayuda a la naturaleza a remover ese obstáculo, pero no hace más. Y lo que la enfermería ha de realizar en ambos casos es colocar al paciente en las mejores condiciones para que la naturaleza actúe sobre él”.

Como disciplina enfermera la función principal es brindar cuidados integrales de salud con calidad y calidez, al individuo, la familia y la comunidad, para lo cual el enfermero (a) debe recibir una formación científica, tecnológica y humanística.

2.4 Ley Nacional 27360. Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores.

La Convención Interamericana sobre Protección de los Derechos Humanos de las Personas Mayores establece pautas para promover, proteger y asegurar el pleno goce y ejercicio de los derechos de la persona mayor. Para la convención una persona mayor es la que tiene 60 años o más, salvo que la ley de cada país determine una edad diferente. La convención establece que la edad base a partir de la cual una persona debe ser considerada mayor no puede ser mayor a los 65 años.

4.1 Los principios de esta convención son:

- La promoción y defensa de los derechos humanos y libertades fundamentales de la persona mayor.
- La valorización de la persona mayor, su papel en la sociedad y contribución al desarrollo.
- La dignidad, independencia, protagonismo y autonomía de la persona mayor.
- La igualdad y no discriminación.
- La participación, integración e inclusión en la sociedad.
- El bienestar y cuidado.
- La seguridad física, económica y social.
- La autorrealización.
- La equidad e igualdad de género.
- La solidaridad y fortalecimiento de la protección familiar y comunitaria.
- El buen trato y la atención preferencial.

- El respeto y valorización de la diversidad cultural.
- La protección judicial efectiva.
- La responsabilidad del Estado y participación de la familia y de la comunidad en la integración de la persona mayor, así como en su cuidado y atención, de acuerdo con su legislación interna.

4.2 El Estado debe proteger los derechos humanos y libertades fundamentales de la persona mayor. Para cumplir con ese deber, los Estados deben:

- Tomar medidas para prevenir, sancionar y eliminar las prácticas de aislamiento, abandono, sujeciones físicas, hacinamiento, expulsiones de la comunidad, negación de nutrición, infantilización, tratamientos médicos inadecuados o desproporcionados y todos los malos tratos o penas crueles, inhumanos o degradantes a la persona mayor.
- No tomar medidas legislativas que incompatibles con la Convención.
- Adoptar medidas para dar a la persona mayor un trato diferenciado y preferencial en todos los ámbitos.
- Adoptar medidas para lograr la plena efectividad de los derechos económicos, sociales y culturales de la persona mayor.
- Promover instituciones públicas especializadas en la protección y promoción de los derechos de la persona mayor y su desarrollo integral.
- Promover la participación de la sociedad civil en la elaboración, aplicación y control de políticas públicas y legislación dirigidas a la aplicación de la Convención.
- Promover la recopilación de información adecuada para dar efecto a la Convención.

4.3 Derechos de las Personas Mayores

- Igualdad y no discriminación por razones de edad. Queda prohibida la discriminación por edad en la vejez.
- Derecho a la vida y a la dignidad en la vejez.
- Derecho a la independencia y a la autonomía: se reconoce el derecho de la persona mayor a tomar decisiones, a desarrollar una vida autónoma e independiente, a elegir su lugar de residencia y dónde y con quién vivir.
- Derecho a la participación e integración comunitaria.
- Derecho a la seguridad y a una vida sin ningún tipo de violencia.
- Derecho a no ser sometido a tortura ni a penas o tratos crueles, inhumanos o degradantes.
- Derecho a la accesibilidad y a la movilidad personal.

SALUD

- Derecho a la salud
- Derecho a dar consentimiento libre e informado en el ámbito de la salud. Las instituciones y los profesionales de la salud no pueden realizar ningún tratamiento, intervención o investigación de carácter médico o quirúrgico sin el consentimiento de la persona mayor.
- Derecho a recibir servicios de cuidado a largo plazo.

LIBERTAD

- Derecho a la libertad personal.
- Derecho a la libertad de expresión y de opinión y al acceso a la información.
- Derecho a la nacionalidad y a la libertad de circulación.
- Derecho a la privacidad y a la intimidad.

- Trabajo y seguridad social
- Derecho a la seguridad social. Toda persona mayor tiene derecho a la seguridad social para llevar una vida digna.
- Derecho al trabajo. La persona mayor tiene derecho al trabajo digno y decente y a la igualdad de oportunidades y de trato con los otros trabajadores, sea cual fuera su edad.

EDUCACIÓN Y CULTURA

- Derecho a la educación. La persona mayor tiene derecho a la educación en igualdad de condiciones con otros sectores de la población y sin discriminación.
- Derecho a la cultura. La persona mayor tiene derecho a su identidad cultural, a participar en la vida cultural y artística de la comunidad y a compartir sus conocimientos y experiencias.
- Derecho a la recreación, al esparcimiento y al deporte.

DERECHO A LA PROPIEDAD

- Derecho a la propiedad. Ninguna persona mayor puede ser privada de sus bienes, excepto mediante el pago de indemnización justa, por razones de utilidad pública o de interés social y en los casos y según las formas establecidas por la ley.
- Derecho a la vivienda.
- Medio ambiente
- Derecho a un medio ambiente sano

DERECHOS POLÍTICOS

- Derechos políticos. La persona mayor tiene derecho a la participación en la vida política y pública en igualdad de condiciones con los demás y a no ser discriminada por motivo de edad.
- Derecho de reunión y de asociación.
- Situaciones de riesgo
- Se debe proteger a las personas mayores de edad en situaciones de riesgo, como conflictos armados, emergencias humanitarias y desastres.

ACCESO A LA JUSTICIA

- Igual reconocimiento como persona ante la ley. La persona mayor tiene capacidad jurídica en igualdad de condiciones con las demás en todos los aspectos de la vida.
- Acceso a la justicia. La persona mayor tiene derecho a ser oída, con las debidas garantías y dentro de un plazo razonable, por un juez o tribunal competente, independiente e imparcial.
- La actuación de los jueces debe ser rápida si se encuentra en riesgo la salud o la vida de la persona mayor.

2.5 Poder Legislativo de la Provincia de RIO NEGRO.

5.1 Ley 4811. Sistema Integral de Protección de la Vejez.

Artículo 1° - Se crea el Sistema Integral de Protección de la Vejez (SIProVe) destinado a brindar protección, asistencia y contención social a las personas mayores de sesenta (60) años que se encuentren en situación de indigencia o desamparo, el que funcionará en la órbita de la Dirección de Adultos Mayores del Ministerio de Desarrollo Social.

Artículo 2° -

- a) Pensión tuitiva de la vejez, consistente en un subsidio mensual cuyo importe será igual al importe mínimo de la Pensión No Contributiva Nacional a la Vejez, a ser liquidado el primer día del pago de los haberes de la administración pública provincial.
- b) Asistencia médica integral a brindar por el sistema público de salud, a cuyo fin deberá anualmente aprobarse por el Ministerio de Salud un programa provincial de prestaciones médicas obligatorias de atención gerontológica a brindarle a los beneficiarios, incluyendo la provisión gratuita de medicamentos que en dicho programa se determinen.
- c) Internación en instituciones públicas o privadas, conforme lo disponga la autoridad de aplicación en los términos del artículo 5° incisos a) y b) de la ley 1.396 y cuando ésta sea la única posibilidad en relación al beneficiario del SIProVe.
- d) Atención de necesidades alimentarias mediante la inclusión de los beneficiarios en planes alimentarios o nutricionales vigentes o en los que al efecto se diseñen por las autoridades pertinentes.
- e) Contención en centros de atención diurna especializados existentes o a crearse, cuando exista tal posibilidad y sea recomendable para la mejor atención del beneficiario
- f) Asistencia social y acompañamiento domiciliario de los beneficiarios, frente a situaciones de abandono cuando mediante intervención de equipos especializados dependientes del Ministerio de Desarrollo Social de la provincia evalúen y demuestren la necesidad del acompañamiento y atención. Esto se efectivizará a través

de los programas sociales específicamente desarrollados por áreas de adultos mayores de orden nacional, provincial y/o municipal.

Artículo 3° - Requisitos para acceder SIProVe. Son requisitos para acceder a los beneficios del Sistema Integral de Protección de la Vejez:

a) Tener sesenta (60) años de edad al momento de solicitar la inclusión en el sistema. La autoridad de aplicación podrá considerar la inclusión de personas a partir de los cincuenta y cinco (55) años, conforme las disponibilidades financieras del sistema, condiciones socioeconómicas, de residencia y de salud del solicitante.

b) Tener como mínimo una residencia ininterrumpida de tres (3) años en la provincia, anterior a la solicitud de inclusión al sistema, debiendo acreditarla mediante su documentación identificatoria o información sumaria de organismos públicos. El beneficiario deberá conservar la residencia en la provincia bajo apercibimiento de perder en forma automática, y por simple resolución de la autoridad de aplicación, los beneficios otorgados por la presente ley. La misma podrá ser constatada en cualquier momento posterior a la inclusión al sistema.

c) Acreditar identidad, edad y nacionalidad mediante la presentación del Documento Nacional de Identidad, su constancia de trámite o certificación por profesional actuante del área social del municipio de pertenencia.

Artículo 4° - Registro de beneficiarios.

La autoridad de aplicación de la presente ley será la Subsecretaría de Promoción Familiar dependiente del Ministerio de la Familia, organismo que llevará un Registro de Beneficiarios del SIProVe, que habilitará a quienes se encuentren incluidos a recibir los beneficios progresivos dispuestos en la presente normativa. Los beneficiarios debidamente registrados recibirán una credencial con vigencia anual, que presentada junto al Documento Nacional de Identidad de

aquel, será instrumento suficiente para acceder o recibir directamente los beneficios ordinarios del sistema, conforme lo determine la reglamentación. Cuando el beneficiario no sea autoválido podrá igualmente recibir los beneficios del SIProVe con intervención de un apoderado, quien efectuará las gestiones presentando carta poder y certificado de supervivencia del beneficiario directo.

Artículo 5° - Tramitación de los beneficios.

La inclusión de beneficiarios en el Sistema Integral de Protección de la Vejez deberá ajustarse a las disposiciones de la presente ley, debiendo iniciarse el mismo conforme lo expresado en el inciso g) del artículo 32 de la misma.

A los efectos de facilitar el inicio del trámite y su posterior control, la autoridad de aplicación podrá celebrar convenios con otras entidades públicas, policiales, judiciales con el Ministerio Público, con municipios y organizaciones no gubernamentales vinculadas al desarrollo social.

Anualmente se deberá efectuar por sí o por convenio, un relevamiento de todos los beneficiarios para constatar y auditar la existencia y vigencia de las condiciones excepcionales que habilitaron la inclusión en este beneficio. Sin perjuicio de ello en cualquier momento o ante denuncias o presunciones fundadas, podrán requerirse informes a los propios beneficiarios o entidades públicas o privadas, siempre que no impliquen una perturbación innecesaria al beneficiario.

Artículo 6° - Características de los beneficios.

Los beneficios que se asignan en el Sistema Integral de Protección de la Vejez tendrán las siguientes características:

a) Los beneficios indicados en el artículo 2° de esta ley serán personales, vitalicios e intransferibles en los términos indicados en la presente norma.

b) Si falleciera el beneficiario y su cónyuge declarado al sistema se encuentra en las condiciones exigidas en el artículo 3° de la presente ley, podrá pedir que se le reasigne el beneficio y se la incluya en el sistema. En tal caso su inclusión será provisoria por sesenta (60) días corridos. Si en dicho plazo no completase la documentación exigida caducará el beneficio.

c) Para su otorgamiento se efectuarán encuestas sociales y constataciones de oficio teniéndose en cuenta la actividad e ingresos de los parientes obligados a sostenerlos y su grupo familiar, como así también cualquier otro elemento de juicio que permita saber si el solicitante cuenta con bienes, recursos o amparo de alguna naturaleza que lo excluya del sistema.

d) Cuando se Tratare de un matrimonio, la pensión a la vejez se tramitará solamente en favor de uno de los cónyuges, preferentemente el mayor de ellos. Si el solicitante o su cónyuge fueran separados, separados de hecho o divorciados, se deberá acreditar tal circunstancia en forma suficiente.

e) Cuando el beneficiario de pensión tuitiva de la vejez conviva con parientes incapacitados a su cargo, que reciban algún tipo de pensión o ayuda estatal, quedará a juicio de la autoridad de aplicación la inclusión del solicitante al sistema.

f) La pensión tuitiva de la vejez establecida en el artículo 2° inciso a) de la presente será inembargable y no podrá ser afectada, cedida, reducida ni enajenada por causa alguna.

Artículo 7° - Suspensión de los beneficios.

Los beneficios que se asignan en el Sistema Integral de Protección de la Vejez se suspenden por la comprobación fehaciente de las siguientes causas:

a) Cuando el beneficiario omita cumplimentar con su declaración jurada anual que acredite las condiciones de acceso al sistema u omita brindar los informes que la autoridad de aplicación le requiera en forma fehaciente y repetidamente.

b) Cuando el beneficiario dejase de percibir la pensión tuitiva prevista en el artículo 2° inciso a) de la presente ley por el término de tres (3) meses seguidos sin dar noticia a la autoridad de aplicación de las circunstancias de ello.

c) Si el beneficiario se ausentase de la provincia o su domicilio declarado por el término de tres (3) meses sin justificación y/o aviso previo a la autoridad de aplicación de la presente.

Artículo 8°.- Caducidad de los beneficios.

Los beneficios que se asignan en el Sistema Integral de Protección de la Vejez caducan cuando se acredite fehacientemente cualquiera de las siguientes causas:

a) Fallecimiento del beneficiario.

b) Renuncia personal del beneficiario.

c) Cambio de domicilio a otra provincia o jurisdicción.

d) Pérdida de cualquiera de los requisitos exigidos en el artículo 3° de la presente ley.

e) Cuando el beneficiario deje de percibir la pensión tuitiva establecida en el artículo 2° inciso a) de esta ley por un plazo mayor a tres (3) meses.

f) Obtención del beneficio nacional. Reunidos los requisitos y condiciones exigidas por la legislación nacional, el beneficiario deberá gestionar su inclusión a dicho sistema, garantizándose el acompañamiento a través del centro de referencia y/o municipio correspondiente.

5.2 Ley 5071. Derechos fundamentales de las Personas Mayores.

TÍTULO I

DISPOSICIONES GENERALES

Artículo 1º.- Objeto.

Es objeto de la presente conformar un marco normativo que garantice a los adultos mayores el efectivo ejercicio y disfrute pleno de sus derechos humanos, reconocidos por la Constitución Nacional y los Tratados Internacionales vigentes.

Asimismo, regula el funcionamiento de las instituciones que prestan servicios de atención y protección integral de las personas en su vejez.

Artículo 2º.- Beneficiarios.

Son beneficiarios de la presente todos los adultos mayores de sesenta (60) y más años de edad que residan en forma permanente en la Provincia de Río Negro.

Artículo 3º.- Autoridad de aplicación.

La autoridad de aplicación de la presente es la Dirección de Adultos Mayores dependiente del Ministerio de Desarrollo Social de la Provincia de Río Negro o el organismo que en el futuro lo reemplace. La Dirección de Adultos Mayores ejerce y coordina su tarea con otras áreas y Poderes del Estado Rionegrino y las organizaciones de la sociedad civil.

Artículo 4º.- Funciones.

Son funciones de la Dirección de Adultos Mayores, en el marco de la presente:

a) Brindar atención integral en forma directa a través de sus organismos locales o regionales, o en forma de responsabilidad delegada a asociaciones y/o redes de apoyo comunitarias e instituciones de residencia transitoria, a los adultos mayores que carecen de grupo

familiar primario o no disponen de los recursos mínimos necesarios para la satisfacción de sus necesidades básicas.

b) Fiscalizar a los organismos y entidades gubernamentales y no gubernamentales, así como a las organizaciones comunitarias debidamente registradas.

c) Ejercer el control y fiscalizar las residencias de larga estadía y diurnas de adultos mayores y controlar el cumplimiento de los convenios que se celebren, en conjunto con el Ministerio de Salud y el Ministerio de Desarrollo Social. La habilitación continúa sujeta a lo establecido en la ley D N° [3640](#).

TÍTULO II

PRINCIPIOS RECTORES

Artículo 5°.- Ejes.

Los ejes que sustentan las políticas de protección integral de los derechos de los adultos mayores, son los principios rectores reconocidos por las Naciones Unidas en la Asamblea General de 1991 adoptada por resolución 46/91 a saber:

- a) Independencia
- b) Participación
- c) Autorrealización
- d) Dignidad
- e) Cuidados

TÍTULO III

DE LOS DERECHOS FUNDAMENTALES DE LAS PERSONAS MAYORES

Artículo 6°.- Derechos y Garantías.

Todos los adultos mayores como sujetos de derecho, gozan de los derechos fundamentales y garantías constitucionales inherentes a su condición de personas. El Estado rionegrino propicia su participación social, garantizando las oportunidades para su pleno desarrollo físico, psíquico, moral, espiritual y social, en condiciones de libertad, igualdad y dignidad.

Artículo 7º.- Derecho a la integración.

Los adultos mayores tienen derecho a permanecer integrados en la sociedad, a participar activamente en la formulación y la aplicación de las políticas que atañen directamente a su bienestar y compartir sus conocimientos y habilidades con generaciones más jóvenes.

Artículo 8º.- Derecho a la Prevención y Asistencia de la Discriminación, Abuso y Maltrato.

El Estado Rionegrino brinda especial atención a las problemáticas de maltrato psicofísico y abuso de los adultos mayores en todas sus formas, mendicidad, explotación laboral, discapacidades psicomotrices sin cobertura asistencial. A los fines del artículo precedente la autoridad de aplicación u organismo que lo reemplace en coordinación con otros organismos del Estado promueve las acciones necesarias, en el marco de políticas de prevención y protección, a fin de asegurar la asistencia médica, psicológica, social y gratuita.

Artículo 9º.- Derecho a la seguridad social y al trabajo.

En materia de seguridad social y trabajo, el adulto mayor tiene los siguientes derechos y garantías:

- a) Percibir una jubilación o pensión tanto contributiva como no contributiva;

b) Integrar programas obligatorios de preparación para la jubilación brindados por sus empleadores;

c) Garantizar su capacitación en los ámbitos laborales;

d) No ser discriminado por razones de edad.

Artículo 10. - Derecho a la salud.

Los adultos mayores tienen derecho a acceder a servicios de salud gratuitos de calidad y a recibir atención digna, integral y preferencial en los servicios de salud, ya sean públicos o privados en cualquier establecimiento sanitario o en su domicilio. Se procura dar atención especial a las enfermedades propias de su condición de adulto mayor o a aquéllas que hubieran adquirido en otra etapa de su vida y lo hagan vulnerable. Se garantiza:

a) El acceso a los medicamentos, prótesis, incluidas las odontológicas, órtesis, ayudas técnicas y otros elementos necesarios para el mantenimiento y mejora de la salud y la calidad de vida;

b) Los servicios de apoyo en domicilio;

c) El acceso a un Sistema Progresivo de Cuidados que incluye el apoyo domiciliario, los centros de día y las residencias de larga estadía, según la necesidad del adulto mayor.

Asimismo, se debe propiciar la incorporación de recursos humanos que proporcionen atención especializada en geriatría y gerontología en todos los niveles de salud, particularmente en la atención primaria de la salud.

Artículo 11. - Derecho a la educación.

El Estado rionegrino garantiza el acceso a la educación en cualquiera de sus niveles, asegurando la prestación del servicio educativo gratuito, destinado a todas las personas adultas

mayores, sin discriminación de naturaleza alguna, generando los servicios especiales necesarios y la atención profesional adecuada.

Artículo 12. - Derecho a la vivienda.

a) Promover la construcción de viviendas protegidas, el mejoramiento integral de las viviendas en donde residan adultos mayores, atendiendo a su adaptación y posibilidades de accesibilidad, como así también mini residencias para adultos mayores, en el marco de los programas de vivienda, mejoramiento de vivienda y equipamiento, implementados desde el Gobierno Nacional, provincial y municipal que sean fiscalizadas por los dispositivos municipales y provinciales existentes.

b) Promover, bajo la modalidad de vivienda tutelada, un lugar de residencia y un grupo primario de contención a los adultos mayores que carezcan del mismo y que no dispongan de ingresos propios.

Artículo 13. - Derecho a la recreación.

El Estado provincial debe generar:

a) Fomentar acciones de recreación, esparcimiento turismo social.

b) Promover la construcción de espacios para el esparcimiento, recreación y contención de adultos mayores, en el marco de los programas de equipamiento comunitario, implementados desde el Gobierno Nacional, provincial y municipal.

Artículo 14. - Relativo al transporte público.

El Estado provincial debe:

a) Propiciar descuentos en el transporte público de pasajeros de corta, mediana y larga distancia dentro del territorio provincial para los adultos mayores.

b) Propiciar la continua adaptación de los medios de transporte para su accesibilidad universal.

TÍTULO IV

DISPOSICIONES COMPLEMENTARIAS

Artículo 15. - Obligación profesional.

Los profesionales que brinden atención a adultos mayores y detecten problemas de maltrato psicofísico y determinen la vulneración de sus derechos por parte de sus hijos o representantes legales, tienen la obligación de denunciar estos hechos a las autoridades administrativas y jurisdiccionales competentes, a los efectos de que se garanticen los derechos vulnerados.

Artículo 16. - Deber de denunciar.

Toda persona, organismo o institución que tome conocimiento de casos de privación ilegítima, explotación de cualquier índole, maltrato psicofísico de los adultos mayores o que esté siendo incitada o presionada para cometer delitos o contravenciones contra ellos, tiene la obligación de comunicarlo inmediatamente a los organismos competentes.

TÍTULO V

RESIDENCIAS DE INTERNACION PERMANENTE O TEMPORAL

Artículo 17. - De las residencias.

En las instancias en que el adulto mayor requiera ser institucionalizado, no pierde ninguno de sus derechos, aún avanzado en edad, debiendo ser respetados y cuando el mismo estuviese con las capacidades mentales disminuidas, es el curador o apoderado el que garantiza el ejercicio de sus derechos. De esta manera, todo adulto mayor que resida de manera permanente o transitoria en una residencia o centro de día para adultos mayores goza de los siguientes derechos:

- a) Decidir el ingreso a la institución.
- b) Recibir visitas sin restricción de días u horarios y con privacidad, correspondencia o acceso a otros medios de comunicación.
- c) Recibir información acerca de sus derechos, responsabilidades y de los servicios que presta el establecimiento.
- d) Formar parte de la elaboración de un reglamento interno para residentes y sus familiares y amigos donde se fijen normas generales, reglas de uso interno y los servicios que el establecimiento brinda.
- e) Circular libremente tanto dentro como fuera de la institución.
- f) Recibir una alimentación saludable, acorde a su edad y/o patología, si la hubiere.
- g) Recibir atención y control de la salud.
- h) Disponer de un espacio para realizar actividades recreativas, culturales, de paseo e integración.
- i) Administrar sus bienes o a designar a la persona que lo realice en su nombre y en cada situación particular podrá realizar un aporte voluntario de hasta el cincuenta por ciento (50%) de sus haberes a la institución/residencia de internación permanente o temporal donde se encuentre alojado.
- j) Que se respete su derecho de peticionar, realizar reclamos, quejas o demandas ante las autoridades competentes.
- k) Que se le requiera su consentimiento informado preferentemente por escrito, ante toda práctica profesional que deba realizarse, sea de salud, jurídica u otras.
- l) Que el personal que lo atienda sea idóneo y posea capacidad adecuada.
- m) Que se respeten sus creencias ideológicas o religiosas.

n) Posibilitar actividad sexual o elegir su orientación.

Artículo 18. - Identificación.

Para identificación y resguardo del adulto mayor toda institución de cuidados diurno o de larga estadía, debe contar en el frente del edificio con una leyenda con el nombre del mismo, número de habilitación municipal, habilitación del Ministerio de Salud y del Ministerio de Desarrollo Social de la Provincia de Río Negro.

Artículo 19. - Cuidadores para adultos mayores.

Los adultos mayores tienen derecho a recibir cuidados domiciliarios e institucionales adecuados por medio de personal calificado mediante la obra social que posea o por parte del Estado, según lo normado por la ley D N° [3474](#).

TÍTULO VI

POLITICAS PÚBLICAS

Artículo 20. - Es función del Estado provincial fomentar un entorno favorable para el desarrollo social de los adultos mayores.

Las políticas públicas deben tener como objetivo:

a) Transversalizar la política haciendo que el adulto mayor sea parte integral en los planes, programas, proyectos y mecanismos de trabajo de la Administración Pública.

b) Descentralizar la aplicación de los programas específicos de las distintas políticas de protección integral, a fin de garantizar mayor autonomía, agilidad y eficiencia, en especial, fomentando la participación de los municipios y organismos no gubernamentales.

c) Los organismos del Estado provincial tienen la responsabilidad de establecer, controlar y garantizar el cumplimiento de las políticas públicas con carácter federal.

d) Propiciar formas de organización y participación de las personas adultas mayores, que le permitan a la provincia aprovechar la experiencia y el conocimiento de esta población.

TÍTULO VII

CONSEJO PROVINCIAL DE ADULTOS MAYORES

Artículo 21. - Creación.

Se crea en el ámbito del Ministerio de Desarrollo Social de la Provincia de Río Negro, el Consejo Provincial de Adultos Mayores, presidido por la Dirección Provincial de Adultos Mayores o el organismo que en su futuro lo reemplace.

Artículo 22. - Conformación.

El Consejo Provincial de Adultos Mayores está integrado por:

- a) Tres (3) representantes de la Legislatura provincial.
- b) Un (1) representante del Ministerio de Desarrollo Social, Dirección de Adultos Mayores.
- c) Un (1) representante del Ministerio de Salud.
- d) Un (1) representante del Ministerio de Educación y Derechos Humanos.
- e) Un (1) representante del Instituto Provincial del Seguro de Salud (IPROSS).
- f) Un (1) representante del PAMI.
- g) Un (1) representante del Incluir Salud o el organismo que a futuro lo reemplace.
- h) Dos (2) cuidadores domiciliarios.
- i) Un (1) representante de los Consejos Locales por cada zona geográfica.
- j) Un (1) representante del Consejo para las Personas con Discapacidad.
- k) Un (1) representante de la ANSeS (Administración Nacional de la Seguridad Social).
- l) Un (1) representante del CODECI (Consejo de Desarrollo de Comunidades Indígenas).

m) Un (1) representante del Ministerio de Turismo, Cultura y Deporte.

Artículo 23. - El Consejo Provincial de Adultos Mayores, en coordinación con los organismos del Estado que lo conforman, debe:

a) Definir la política del organismo a través de un plan que permita coordinar acciones con todas las áreas del Gobierno.

b) Asesorar, proponer y acompañar por las vías competentes a organizaciones nacionales, provinciales y/o municipales, públicas, privadas y/o de organizaciones de la sociedad civil, en materia de adultos mayores.

c) Dictar su Reglamento Interno dentro de los sesenta (60) días de su conformación.

d) Intervenir en la creación y organización de los Consejos Locales de Adultos Mayores.

e) Impulsar acciones conducentes al relevamiento de la información referida a personas mayores, instituciones, recursos, programas, servicios, legislación, incentivación, proponiendo la constitución y fortalecimiento de un centro de documentación y banco de datos que las registren.

f) Realizar la evaluación anual de lo actuado.

g) Aprobar informes anuales y elevarlos al Poder Ejecutivo provincial.

h) Participar en la identificación de necesidades específicas.

Artículo 24. - Zonas por representatividad.

Los Consejos Locales de Adultos Mayores, están representados por un consejero por zona geográfica, siendo las zonas a representar las siguientes:

a) Alto Valle Este.

b) Alto Valle Oeste.

c) Alto Valle Centro.

d) Valle Medio.

e) Línea Sur.

f) Zona Andina.

g) Zona Atlántica.

CAPÍTULO VIII

DISPOSICIONES FINALES

Artículo 25. - Presupuesto.

Se autoriza al Poder Ejecutivo a realizar las adecuaciones presupuestarias a los fines de la presente.

Artículo 26. - Comuníquese al Poder Ejecutivo y archívese.

2.6 Aspectos Éticos de Enfermería

El avance de la enfermería como profesión, como disciplina, como ciencia y tecnología, ha exigido a sus profesionales hacer evidente, por medio de la investigación científica, la fundamentación teórica de la práctica que muestre la relación del conocimiento con los valores y los principios éticos y bioéticos que sustentan el ejercicio profesional de la enfermería como práctica social.

6.1 Ley 24.004. Ejercicio de la enfermería.

ARTICULO 1º — En la Capital Federal y en el ámbito sometido a la jurisdicción nacional el ejercicio de la enfermería, libre o en relación de dependencia, queda sujeto a las disposiciones de la presente ley y de la reglamentación que en su consecuencia se dicte.

ARTICULO 2º — El ejercicio de la enfermería comprende las funciones de promoción, recuperación y rehabilitación de la salud, así como la de prevención de enfermedades, realizadas en forma autónoma dentro de los límites de competencia que deriva de las incumbencias de los respectivos títulos habilitantes.

Asimismo será considerado ejercicio de la enfermería la docencia, investigación y asesoramiento sobre temas de su incumbencia y la administración de servicios, cuando sean realizados por las personas autorizadas por la presente a ejercer la enfermería.

ARTICULO 3º — Reconocerse dos niveles para el ejercicio de la enfermería:

a) Profesional: consistente en la aplicación de un cuerpo sistemático de conocimientos para la identificación y resolución de las situaciones de salud-enfermedad sometidas al ámbito de su competencia;

b) Auxiliar: consistente en la práctica de técnicas y conocimientos que contribuyen a los cuidados de enfermería, planificados y dispuestos por los niveles profesionales y ejecutados bajo su supervisión.

Por vía reglamentaria se determinará la competencia específica de cada uno de los dos niveles, sin perjuicio de la que se comparta con otros profesionales del ámbito de la salud. A esos efectos la autoridad de aplicación tendrá en cuenta que corresponde al nivel profesional el ejercicio de funciones jerárquicas y de dirección, asesoramiento, docencia e investigación. Asimismo corresponde al nivel profesional presidir o integrar tribunales que entiendan en concursos para la cobertura de cargos del personal de enfermería.

ARTICULO 4º — Queda prohibido a toda persona que no esté comprendida en la presente ley participar en las actividades o realizar las acciones propias de la enfermería. Los que actúen fuera de cada uno de los niveles a que se refiere el artículo 3º de la presente ley serán pasibles de las sanciones impuestas por esta ley, sin perjuicio de las que correspondieren por aplicación de las disposiciones del Código Penal.

Asimismo las instituciones y los responsables de la dirección, administración, o conducción de las mismas, que contrataren para realizar las tareas propias de la enfermería a

personas que no reúnan los requisitos exigidos por la presente ley, o que directa o indirectamente las obligaren a realizar tareas fuera de los límites de cada uno de los niveles antes mencionados, serán pasibles de las sanciones previstas en la ley 17.132, sin perjuicio de la responsabilidad civil, penal o administrativa que pudiere imputarse a las mencionadas instituciones y responsables.

6.2 Ley 2999. La Legislatura de la Provincia de Río Negro.

CAPITULO I

Artículo 1°.- En la Provincia de Río Negro, el ejercicio de la enfermería libre o en relación de dependencia, queda sujeto a las disposiciones de la presente ley y de la reglamentación que, en consecuencia, se dicte.

Artículo 2°.- El ejercicio de la enfermería comprende las actividades de promoción, recuperación y rehabilitación de la salud, así como la prevención de enfermedades, las que serán realizadas con autonomía y dentro de los límites de competencia derivados de los títulos habilitantes. Asimismo, serán consideradas ejercicio de la enfermería la docencia, la investigación, la administración de servicios y el asesoramiento en temas de su incumbencia, realizadas por aquellas personas que por intermedio de esta ley sean autorizadas a ejercer la enfermería.

Artículo 3°.- Reconocerse dos niveles para el ejercicio de la enfermería:

- 1) Profesional: en el que se encuadran:
 - a. Licenciado en enfermería: es una formación de grado consistente en un cuerpo de conocimientos científico-técnico-prácticos orientado a la investigación, docencia y administración de servicios, así como la

identificación y resolución de situaciones de salud-enfermedad de las personas.

- b. Enfermero: es una formación de pregrado consistente en un cuerpo de conocimientos científico-técnico-prácticos orientado a la identificación y resolución de situaciones de salud-enfermedad de las personas.

2) No profesional:

- a. Auxiliar de enfermería: es una formación consistente en un cuerpo de conocimientos para la aplicación de técnicas que contribuyan a la atención de enfermería. Esta debe ser planificada y dispuesta por el nivel profesional y ejecutada bajo su supervisión.
- b. Por vía reglamentaria se determinarán las competencias específicas de los distintos niveles.

Artículo 4º.- Queda prohibida a toda persona que no esté comprendida en la presente ley, participar en las actividades o realizar las acciones propias de la enfermería.

Los que actúen fuera de cada uno de los niveles a que se refiere el artículo 3º de la presente ley, serán pasibles de las sanciones que la misma determina, sin perjuicio de las que correspondieren por aplicación del Código Penal. Las instituciones que contrataren para realizar las tareas propias de la enfermería a personas que no reúnan los requisitos exigidos por la presente ley o que las obligaren a realizar actividades fuera de los límites de los niveles antes mencionados, serán pasibles de las sanciones impuestas por esta ley y las de las leyes vigentes, sin perjuicio de la responsabilidad penal o administrativa que pudiera imputarse por aplicación de las disposiciones del Código Penal, a las mencionadas instituciones y sus responsables.

CAPITULO II

DE LAS PERSONAS COMPRENDIDAS

Artículo 5º.- El ejercicio de la enfermería en el nivel profesional, está reservado sólo a aquellas personas que posean:

a) Título habilitante otorgado por universidades nacionales, provinciales o privadas, reconocidas por autoridad competente.

b) Título de enfermero otorgado por centros de formación de nivel terciario, no universitario, dependientes de organismos nacionales, provinciales o municipales o instituciones privadas reconocidas por autoridad competente.

c) Título de enfermero, no universitario, convalidado según reglamentaciones vigentes del Ministerio de Cultura y Educación de la Nación.

d) Título, diploma o certificado equivalente expedido por países extranjeros, el que deberá ser revalidado de conformidad con la legislación vigente en la materia o los respectivos convenios de reciprocidad.

CAPITULO III

DERECHOS Y OBLIGACIONES

Artículo 9º.- Son derechos de los enfermeros y auxiliares de la enfermería:

a) Ejercer su profesión o actividades de conformidad con lo establecido por la presente ley y su reglamentación.

b) Asumir responsabilidades acordes con la formación recibida, en las condiciones que determine la reglamentación.

c) Negarse a realizar o colaborar en la ejecución de prácticas que entren en conflicto con sus convicciones religiosas, morales o éticas, siempre que de ello no resulte un daño inmediato o mediato en el paciente sometido a esa práctica.

d) Contar, cuando ejerzan su profesión bajo relación de dependencia laboral o en la función pública, con adecuadas garantías que aseguren y faciliten el cabal cumplimiento de la obligación de actualización permanente a que se refiere el inciso e) del artículo siguiente

e) Contar sólo con dependencia técnica de personal comprendido en los alcances de la presente ley.

Artículo 10.- Son obligaciones de los profesionales o auxiliares de la enfermería:

a) Respetar en todas sus acciones la dignidad de la persona humana, sin distinción de ninguna naturaleza.

b) Asumir la total responsabilidad de asistir a las personas como garantía del derecho a la vida y a su integridad desde la concepción hasta la muerte.

c) Prestar la colaboración que le sea requerida por las autoridades sanitarias en caso de epidemias, desastres u otras emergencias.

d) Ejercer las actividades de la enfermería dentro de los límites de competencia determinados por esta ley y su reglamentación.

e) Mantener la idoneidad profesional mediante la actualización permanente, de conformidad con lo que al respecto determine la reglamentación.

f) Mantener el secreto profesional con sujeción a lo establecido por la legislación vigente en la materia.

Artículo 11.- Les está prohibido a los profesionales y auxiliares de la enfermería:

- a) Someter a las personas a procedimientos o técnicas que entrañen peligro para la salud.
- b) Realizar, propiciar, inducir o colaborar directa o indirectamente en prácticas que signifiquen menoscabo de la dignidad humana.
- c) Delegar en personal no habilitado facultades, funciones o atribuciones privativas de su profesión o actividad.
- d) Ejercer su profesión o actividad mientras padezcan enfermedades infecto-contagiosas o cualquier otra enfermedad inhabilitante, de conformidad con la legislación vigente, situación que deberá ser fehacientemente comprobada por la autoridad sanitaria.
- e) Publicar anuncios que induzcan a engaño del público.

Artículo 12.- En el caso en que los profesionales deban actuar bajo relación de dependencia técnica de quienes estén habilitados para ejercer la enfermería en el nivel auxiliar, se deberá establecer la excepción conforme al artículo 25 de la presente y con arreglo a los plazos fijados en el artículo 24.

CAPITULO IV

DEL REGISTRO Y MATRICULACION

Artículo 13.- Para el ejercicio de la enfermería, tanto en el nivel profesional como en el auxiliar, se deberán inscribir previamente los títulos, diplomas o certificados habilitantes en el registro de profesionales del Consejo Provincial de Salud Pública, el que autorizará el ejercicio de la respectiva actividad, otorgando la matrícula y extendiendo la correspondiente credencial.

Artículo 14.- La matriculación en el Consejo Provincial de Salud Pública, implicará para el mismo el ejercicio del poder disciplinario sobre el matriculado y el acatamiento de éste al cumplimiento de los deberes y obligaciones fijados por ley.

Artículo 15.- Son causas de suspensión de la matrícula:

- a) Petición del interesado.
- b) Sanción del Consejo Provincial de Salud Pública que implique inhabilitación transitoria.

Artículo 16.- Son causas de cancelación de la matrícula:

- a) Petición del interesado.
- b) Anulación del título, diploma o certificado habilitante.
- c) Sanción del Consejo Provincial de Salud Pública que inhabilite definitivamente para el ejercicio de la profesión o actividad.
- d) Fallecimiento.

6.3 Código Deontológico del Consejo Internacional de Enfermeras (CIE)

- Las enfermeras tienen cuatro deberes fundamentales: promover la salud, prevenir la enfermedad, restaurar la salud y aliviar el sufrimiento.
- La necesidad de la enfermería es universal.
- Son inherentes a la enfermería el respeto de los derechos humanos, incluidos los derechos culturales, el derecho a la vida y a la libre elección, a la dignidad y a ser tratado con respeto.
- En los cuidados de enfermería hay respeto y no hay restricciones en cuanto a consideraciones de edad, color, credo, cultura, discapacidad o enfermedad, género, orientación sexual, nacionalidad, opiniones políticas, raza o condición social.
- Las enfermeras prestan servicios de salud a la persona, la familia y la comunidad y coordinan sus servicios con los de otros grupos relacionados.

El Código deontológico del CIE para la profesión de enfermería tiene cuatro elementos principales que ponen de relieve las normas de conducta ética.

3.1 ELEMENTOS DEL CÓDIGO

1.1 LA ENFERMERA Y LAS PERSONAS

- La responsabilidad profesional primordial de la enfermera será para con las personas que necesiten cuidados de enfermería.
- Al dispensar los cuidados, la enfermera promoverá un entorno en el que se respeten los derechos humanos, valores, costumbres y creencias espirituales de la persona, la familia y la comunidad.
- La enfermera se cerciorará de que la persona reciba información suficiente para fundamentar el consentimiento que den a los cuidados y a los tratamientos relacionados.
- La enfermera mantendrá confidencial toda información personal y utilizará la discreción al compartirla.
- La enfermera compartirá con la sociedad la responsabilidad de iniciar y mantener toda acción encaminada a satisfacer las necesidades de salud y sociales del público, en particular las de las poblaciones vulnerables.
- La enfermera compartirá también la responsabilidad de mantener el medioambiente natural y protegerlo contra el empobrecimiento, la contaminación, la degradación y la destrucción.

1.2 LA ENFERMERA Y LA PRÁCTICA.

- La enfermera será personalmente responsable y deberá rendir cuentas de la práctica de enfermería y del mantenimiento de su competencia mediante la formación continua.
- La enfermera mantendrá un nivel de salud personal que no comprometa su capacidad para dispensar cuidados.
- La enfermera juzgará la competencia de las personas al aceptar y delegar responsabilidad.
- La enfermera observará en todo momento normas de conducta personal que acrediten a la profesión y fomenten la confianza del público.

Al dispensar los cuidados, la enfermera se cerciorará de que el empleo de la tecnología y los avances científicos son compatibles con la seguridad, la dignidad y los derechos de las personas.

1.3 LA ENFERMERA Y LA PROFESIÓN

- A la enfermera incumbirá la función principal al establecer y aplicar normas aceptables de práctica clínica, gestión, investigación y formación de enfermería.
- La enfermera contribuirá activamente al desarrollo de un núcleo de conocimientos profesionales basados en la investigación.
- La enfermera, a través de la organización profesional, participará en la creación y mantenimiento de condiciones de trabajo social y económicamente equitativas y seguras en la enfermería.

1.4 LA ENFERMERA Y SUS COMPAÑEROS DE TRABAJO

- La enfermera mantendrá una relación de cooperación con las personas con las que trabaje en la enfermería y en otros sectores.
- La enfermera adoptará las medidas adecuadas para preservar a las personas, familias y comunidades cuando un compañero u otra persona ponga en peligro su salud.

CAPÍTULO III METODOLOGÍA

3.1 Diseño Metodológico

El presente estudio de investigación es de tipo cuantitativo, el cual,

“centra en los hechos o causas del fenómeno social, con escaso interés por los estados subjetivos del individuo. Este método utiliza el cuestionario, inventarios y análisis demográficos que producen números, los cuales pueden ser analizados estadísticamente para verificar, aprobar o rechazar las relaciones entre las variables definidas operacionalmente, además regularmente la presentación de resultados de estudios cuantitativos viene sustentada con tablas estadísticas, gráficas y un análisis numérico.” (Rodríguez Pañuelas, 2010; p 32)

Es de nivel aplicativo porque otorga un aporte significativo al quehacer de enfermería en el cuidado de apoyo emocional brindado al adulto mayor hospitalizado.

A su vez, es de corte transversal, ya que este va a determinar los conocimientos, los obstáculos, las intervenciones y reflexiones de las enfermeras sobre apoyo emocional en un periodo y tiempo determinado. En este caso, busca conocer los cuidados de apoyo emocional que brinda enfermería a los adultos mayores hospitalizados en un periodo de tres meses del año 2021.

3.2 Población y Muestra

2.1 Población

Patagones es uno de los 135 partidos de la provincia argentina de Buenos Aires. Es el más austral y extenso de toda la provincia. Se encuentra entre los ríos Colorado y Negro. Limita al norte con el partido de Villarino, al oeste y sudoeste con la provincia de Río Negro; y al este con el Mar Argentino. Su cabecera es la ciudad de Carmen de Patagones, una de las más antiguas de la región. La ciudad fue fundada en 1779 por Francisco de Biedma sobre las barrancas del río Negro, con el nombre de Fuerte del Río Negro. El último censo registrado fue en el 2010 donde la ciudad contaba con 30.806 habitantes.

El estudio para la presente investigación se realizó en el hospital Municipal Pedro Ecay que se encuentra ubicado en Dr. Baraja 740, B8504 Carmen de Patagones, Buenos Aires.

Es un hospital de complejidad 3 que cuenta con atención ambulatoria, internación, medicina preventiva, diagnóstico y tratamiento. Cuenta con 78 camas distribuidas entre todos los sectores de internación del hospital, entre ellos se encuentra Clínica Quirúrgica con 17 camas, Clínica Médica con 15 camas, UTI con 5 camas y una de ellas para aislamiento, Unidad de Intermedia con 5 camas, Pediatría con 6 camas, Maternidad con 8 camas, Neonatología con 2 y el Hogar de Adulto Mayor cuenta con 20 camas. También dispone de atención de guardia y emergencia para adultos y niños las 24 horas y 5 ambulancias permanentes.

Los servicios se encuentran distribuidos de la siguiente manera: Clínica médica, Unidad de Terapia Intensiva, Unidad Intermedia, Pediatría, Clínica Quirúrgica, Salud Mental (paciente ambulatorios), Hogar de Adulto Mayor, Guardia de Emergencia, Maternidad, Neonatología, Consultorios Externos, Ecografía, Patología, Laboratorio, Rayo X, Hemoterapia, centro de

rehabilitación para pacientes con discapacidad (fonoaudiología, kinesiología, terapia ocupacional), farmacia hospitalaria, Lavadero, Cocina. Cuenta también con un plantel de enfermería y mucamas. Se puede decir también que la institución recibe pacientes que son derivados de la zona del alrededor de Carmen de Patagones como de Villalonga, Stroeder, San Blas, Praderes, Cagliero y Casas.

Para fines de esta investigación se tomó el servicio de Clínica Quirúrgica, el cual es un área de hospitalización propiamente dicho para pacientes traumatológicos y de cirugía en general. Donde se desempeñan un total de 13 enfermeros incluyendo a la Jefa del sector, quienes brindan atención directa y continúa.

El servicio se encuentra distribuido por 17 camas, 2 por cada habitación y los pacientes son distribuidos de acuerdo a la patología y al sexo del mismo.

2.2 Muestra

La muestra estuvo constituida por un total de 10 Enfermeros Profesionales que ejercen su función en servicio de Clínica Quirúrgica del Hospital Pedro Ecay, que brindan cuidados, entre otros grupos de edades, a adultos mayores entre 72 y 95 años de edad y la patología más frecuente que predomina en el sector es la fractura de cadera producto de una caída de su propia altura, el sexo que más predomina en esta patología es el masculino. Los antecedentes de base que predominan son la hipertensión arterial, la demencia senil, diabetes de tipo II, el trastorno del sueño, entre otras. *(Datos que fueron extraídos del libro de estadística predominante en el sector de Clínica Quirúrgica tomando un periodo de 6 meses del año 2019).*

Los enfermeros y las enfermeras tienen características propias, semejantes y a la vez diferentes unos con otros, con trayectoria de profesionalismo diversa. De los 10 enfermeros que conforman el grupo 3 de ellos son varones y 7 son mujeres, sus edades varían entre los 26 y 48

años de edad. Solo el 40% del personal está casado legalmente y el 60% restante en concubinato. Un 30% tiene hijos menores de 18 años, el 40% hijos mayores de 18 años y el 30% restante no tienen hijos. En cuanto a la antigüedad de los profesionales el 100% supera el año de antigüedad y el 30% supera los 10 años de antigüedad como enfermero del Hospital Pedro Ecay. El 80% de los enfermeros manifestaron haber trabajado al menos 1 años con adultos mayores como enfermeros independientes. Solo 20% de ellos trabajaron más de 2 años en el hogar de adultos mayores del hospital. El 100% del personal se formó como enfermero profesional en la Universidad Nacional del Comahue.

La misma se seleccionó por conveniencia, mediante muestreo no probabilístico, teniendo como criterio principal la facilidad de acceso a los enfermeros de dicho sector por parte de la investigadora.

Previamente a la selección de muestra, se les informó a los participantes sobre dicha investigación dejando a su criterio su participación o no. También se le informó al Jefe encargado de dicho sector.

Es por eso que en este sentido se seleccionó 10 enfermeros que cumplieron con los criterios de representatividad y relevancia para los objetivos del estudio. En este sentido se escribió a continuación los criterios de selección o inclusión que se tomaron en cuenta.

CRITERIO DE INCLUSION	CRITERIO DE EXCLUSION
<ul style="list-style-type: none"> • Enfermeros/as que se encuentren en actividad. • Que lleven ejerciendo como enfermeros 1 año o más. • Que trabajen en el sector de clínica quirúrgica. 	<ul style="list-style-type: none"> • Enfermeros/as que NO se encuentren activos. • Que lleven menos de 1 año ejerciendo como enfermeros. • Que NO trabajen en el sector de Clínica Quirúrgica.

3.3 Operacionalización de Variable.

3.1 VARIABLE 1: APOYO EMOCIONAL

DEFINICIÓN CONCEPTUAL:

“Conjunto de actividades y cuidados: que comprenden empatía, amor y confianza que brinda la enfermera al paciente para ayudarlo a afrontar el estrés y la ansiedad que acompañan a las alteraciones de la salud, fomentando un clima de seguridad, tranquilidad, respeto y cariño.” (Peterson & Zderad, 1976).

TIPO DE VARIABLE: ORDINAL

OPERACIONALIZACION DE APOYO EMOCIONAL				
DIMENSIONES	Indicadores	Escala de medición		
		Siempre (3)	Casi Siempre (2)	Alguna veces (1)
EMPATIA	Capacidad de comunicación y relación			
	Percepción de preocupaciones			
VINCULO AFECTIVO	Relaciones Interpersonales			
	Establecimiento de sentimientos			
CONFIANZA	Devoción sentimental			
	Capacidad de expresión			

Respuesta de
necesidad

3.2 VARIABLE 2: COMPORTAMIENTO DEL PERSONAL SOBRE EL CUIDADO

DEFINICIÓN CONCEPTUAL:

“Es la acción de cuidar (preservar, guardar, conservar, asistir). El cuidado implica ayudarse a uno mismo o a otro ser vivo, tratar de incrementar su bienestar y evitar que sufra algún perjuicio”.

TIPO DE VARIABLE: ORDINAL

OPERACIONALIZACION DE CUIDADO

DIMENSIONES	Indicadores	Escala de medición		
		Siempre (3)	Casi Siempre (2)	Alguna veces (1)
CORTESIA	Atención oportuna			
	Rigurosidad de procesos			
RELACION	Trato digno			
INTERACCION CON LA FAMILIA/PACIENTE	Vigilancia y control			
	Administración de medicamentos			
	Prevención de			

EDUCACION AL PACIENTE	infección Habilidades de técnicas y procedimientos Educación para la salud Explicación de los procedimientos
--------------------------	--

3.3 VARIABLE 3: GRADO DE RESPONSABILIDAD DEL PERSONAL DE ENFERMERIA

DEFINICIÓN CONCEPTUAL:

“La enfermería abarca la atención autónoma y en colaboración dispensada a personas de todas las edades, familias, grupos y comunidades, enfermos o no, y en todas circunstancias. Comprende la promoción de la salud, la prevención de enfermedades y la atención dispensada a enfermos, discapacitados y personas en situación terminal.” (OMS.)

TIPO DE VARIABLE: ORDINAL

**OPERACIONALIZACION DEL GRADO DE RESPONSABILIDAD DEL PERSONAL
DE ENFERMERIA**

DIMENSIONES	Indicadores	Escala de medición		
		Siempre (3)	Casi siempre (2)	Alguna veces (1)
REGISTROS DE ENFERMERIA	Legibilidad y presentación Firmas y fechas Procedimientos registrados			
ADMINISTRACION DE MEDICAMENTOS	Regla de los 5 correctos: hora, medicación, vía, paciente y dosis Aplica sus derechos y obligaciones			
LEY 26.529 Y 2999	Actúa de acuerdo a su formación Conoce los reglamentos que respaldan su accionar			
RESPONSABILIDADES DE ENFERMERIA	Toma sus propias decisiones Realiza técnicas			

con y sin orden
medica
Respetar las
intervenciones
de los demás

3.4 VARIABLE 4: CONOCIMIENTO DEL PERSONAL SOBRE LA PRÁCTICA DE ENFERMERÍA BASADA EN EVIDENCIAS

DEFINICIÓN CONCEPTUAL:

“Información adquirida por las enfermeras a través de la educación, experiencia comprensión teórica práctica sobre el uso de la evidencia científica disponible en las intervenciones del cuidado del paciente hospitalizado.”

TIPO DE VARIABLE: ORDINAL

OPERACIONALIZACION DE CONOCIMIENTO

Dimensiones	Indicadores	Escala de medición		
		Acuerdo (3)	Indeciso (2)	Desconoce (1)
Conocimiento científico	Prácticas basadas en evidencia Principios básicos basados en evidencia científica Características de la enfermería basadas			

Conocimiento conceptual	en evidencias Teorías o modelos Criterios de evaluación Valores y creencias Análisis de la realidad
Conocimiento Holístico o Inductivo	Creatividad Observación de la realidad

3.4 Técnicas e Instrumentos de recolección de datos

3.4.1 Técnica a emplear

En virtud del tipo de investigación y en coherencia al diseño planteado, la técnica que se utilizó fue la encuesta estructurada que permitió explorar los datos de las variables y obtener información sobre el cuidado de apoyo emocional que brindan los enfermeros al adulto mayor hospitalizado.

3.4.2 Descripción de los instrumentos

Para la presente investigación se utilizó un instrumentos que consta de dos partes: la primera parte consta de la introducción donde se detalla la finalidad de la misma y donde se recolectaran datos sociodemográficos como la edad, el sexo, años de antigüedad, nivel académicos y el idioma que habla.

La segunda parte del instrumento consta de un cuestionario con un total de 40 preguntas, que se categorizan según las variables seleccionadas.

I- VARIABLE 1: Apoyo Emocional

Se trata de un cuestionario de 10 ítems con respuesta tricotómica **SIEMPRE/ CASI SIEMPRE / ALGUNA VECES**, los valores asignados a cada respuesta son:

Siempre 3

Casi Siempre 2

Alguna Veces 1

Se consideró como categoría desfavorable, medianamente favorable y favorable, que a continuación se detalla:

Apoyo Emocional al paciente hospitalizado	
Apoyo emocional Desfavorable	15 a 30
Apoyo emocional Medianamente Favorable	31 a 45
Apoyo Emocional Favorable	46 a 60

II- VARIABLE 2: CUIDADOS DEL COMPORTAMIENTO DEL PERSONAL

Se trata de un cuestionario de 10 ítems con respuesta tricotómica **SIEMPRE/REGULARMENTE / A VECES**, los valores asignados a cada pregunta son:

Siempre 3

Regularmente 2

A veces 1

Se consideró como categoría **DEFICIENTE, REGULAR Y OPTIMO** que a continuación se detalla:

Educación y Cuidados al paciente hospitalizado	
Cuidado Deficiente	15 a 30
Cuidado Regular	31 a 50
Cuidado Optimo	51 a 75

III- VARIABLE 3: GRADO DE RESPONSABILIDAD DEL PERSONAL DE ENFERMERIA

Se trata de un cuestionario de 10 ítems con respuesta tricotómica **SIEMPRE/ CASI SIEMPRE/ A VECES**, los valores asignados a cada respuesta son:

Siempre 3

Casi Siempre 2

A veces 1

Se consideró como categoría **DEFICIENTE, REGULAR, ÓPTIMO** que a continuación se detalla:

Grado de Responsabilidad del personal de Enfermería	
Responsabilidad Deficiente	1 a 20
Responsabilidad Regular	21 a 40
Responsabilidad Optima	41 a 60

IV- VARIABLE 4: CONOCIMIENTO DEL PERSONAL SOBRE LA PRÁCTICA DE ENFERMERÍA BASADA EN EVIDENCIAS CIENTIFICAS

Se trata de un cuestionario de 10 ítems con respuesta tricotómica **ACUERDO/ INDECISO/ DESACUERDO**, los valores asignados a cada respuesta son:

Acuerdo 3

Indeciso 2

Desacuerdo 1

Se consideró como categoría **DEFICIENTE, REGULAR, ÓPTIMO** que a continuación se detalla:

CONOCIMIENTO DEL PERSONAL SOBRE LA PRÁCTICA DE ENFERMERÍA BASADA EN EVIDENCIAS CIENTIFICAS	
Conocimiento Deficiente	5 a 25
Conocimiento Regular	26 a 40
Conocimiento Optimo	41 a 60

3.5 Técnicas para el procesamiento de la información

Para el análisis, interpretación y procesamiento de los datos, en primera instancia se recolectó la información mediante el instrumento que anteriormente fue detallado, luego se analizaron y se procesaron mediante el programa IBM SPSS Statistics 26.

Posteriormente se realizaron las tablas de frecuencia y respectivos gráficos estadísticos para su análisis e interpretación respecto a las dimensiones y objetivos del presente estudio.

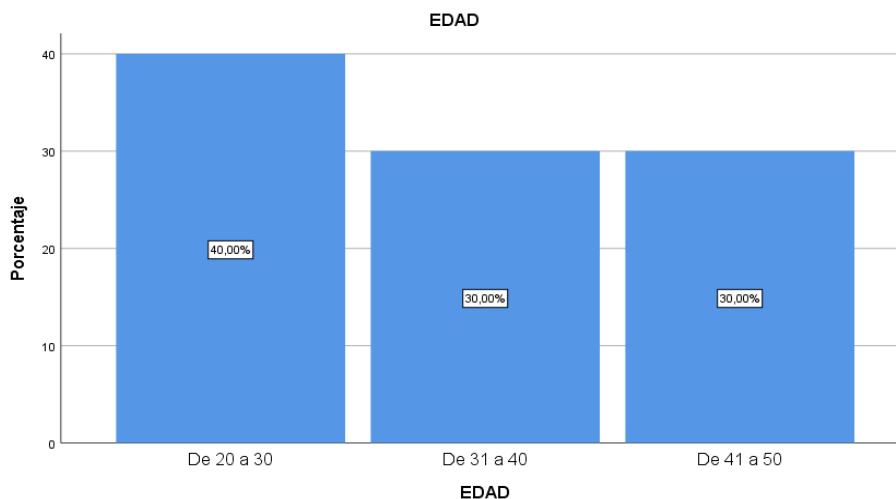
3.6 Proceso de Análisis e Interpretación de la Información

Tabla N°1

Título: *Edad que posee el personal de enfermería del sector de Clínica Quirúrgica del Hospital Municipal Pedro Ecay.*

EDAD DEL PERSONAL		
	Frecuencia	Porcentaje
De 20 a 30	4	40%
De 31 a 40	3	30%
De 41 a 50	3	30%
Total	10	100%

Fuente: datos obtenidos por los autores mediante encuesta



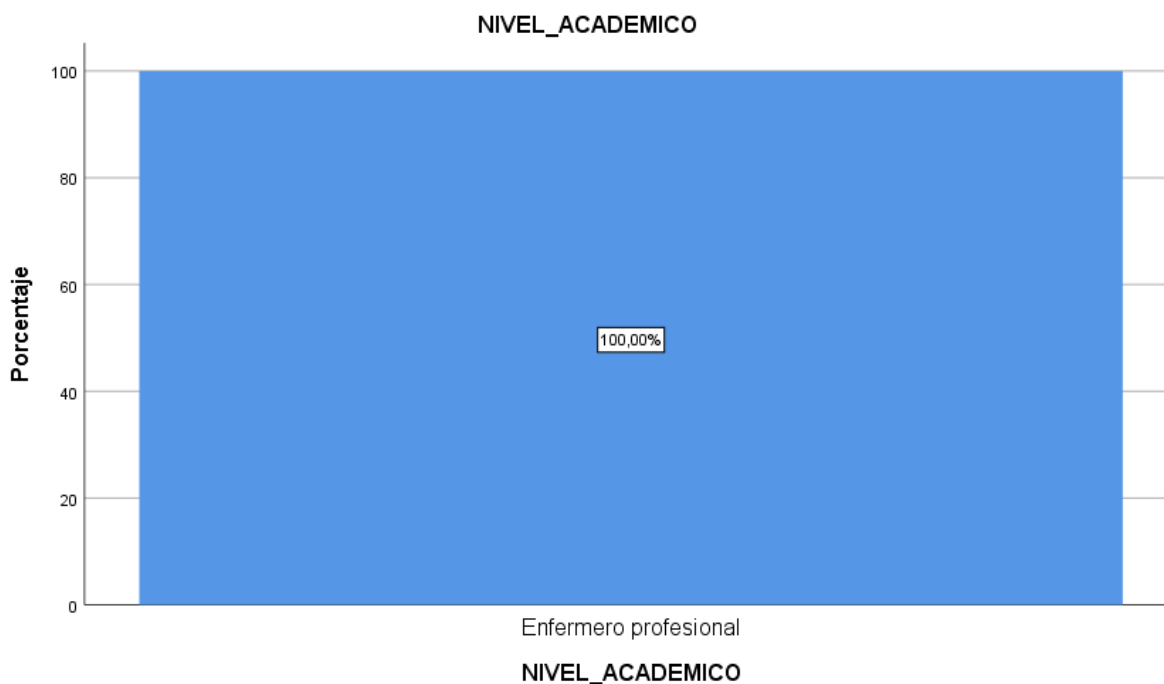
Análisis e Interpretación: El servicio de Clínica Quirúrgica del Hospital Municipal Pedro Ecay, cuenta con un plantel de enfermería que en su mayoría se encuentran entre los 20 y 30 años. Se puede decir que el equipo de trabajo está conformado por jóvenes y adultos. **Fuente:** Elaboración propia en base a los datos obtenidos de las entrevista realizadas a los enfermeros del servicio de Clínica Quirúrgica del Hospital Municipal Pedro Ecay.

Gráfico N°2

Título: Nivel de Formación Académica que posee el personal de Clínica Quirúrgica del Hospital municipal Pedro Ecay.

NIVEL ACADEMICO		
	Frecuencia	Porcentaje
Auxiliar de enfermería	0	0%
Enfermeros Profesional	10	100%
Licenciado en Enfermería	0	0%
Total	10	100%

Fuente: datos obtenidos por los autores mediante entrevista.



Análisis e interpretación: El servicio de enfermería de Clínica Quirúrgica del Hospital Municipal Pedro Ecay, cuenta con un plantel de enfermería formado por 10 Enfermeros Profesionales con título de Pre Grado. **Fuente:** Elaboración propia en base a los datos obtenidos de las entrevista realizadas a los enfermeros del servicio de Clínica Quirúrgica del Hospital Municipal Pedro Ecay.

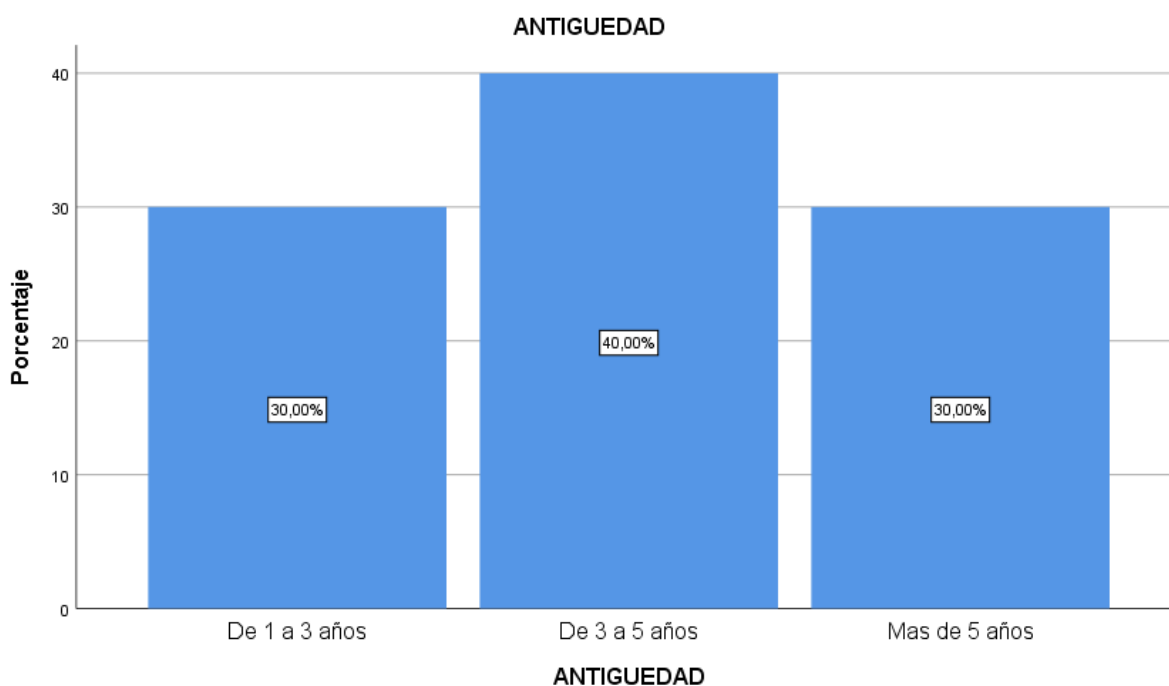
Gráfico N°3

Título: Antigüedad Laboral del personal de Clínica Quirúrgica del Hospital municipal

Pedro Ecay.

ANTIGÜEDAD DEL PERSONAL		
	Frecuencia	Porcentaje
De 1 a 3 años	3	30%
De 3 a 5 años	4	40%
Más de 5 años	3	30%
Total	10	100%

Fuente: datos obtenidos por los autores mediante entrevistas.



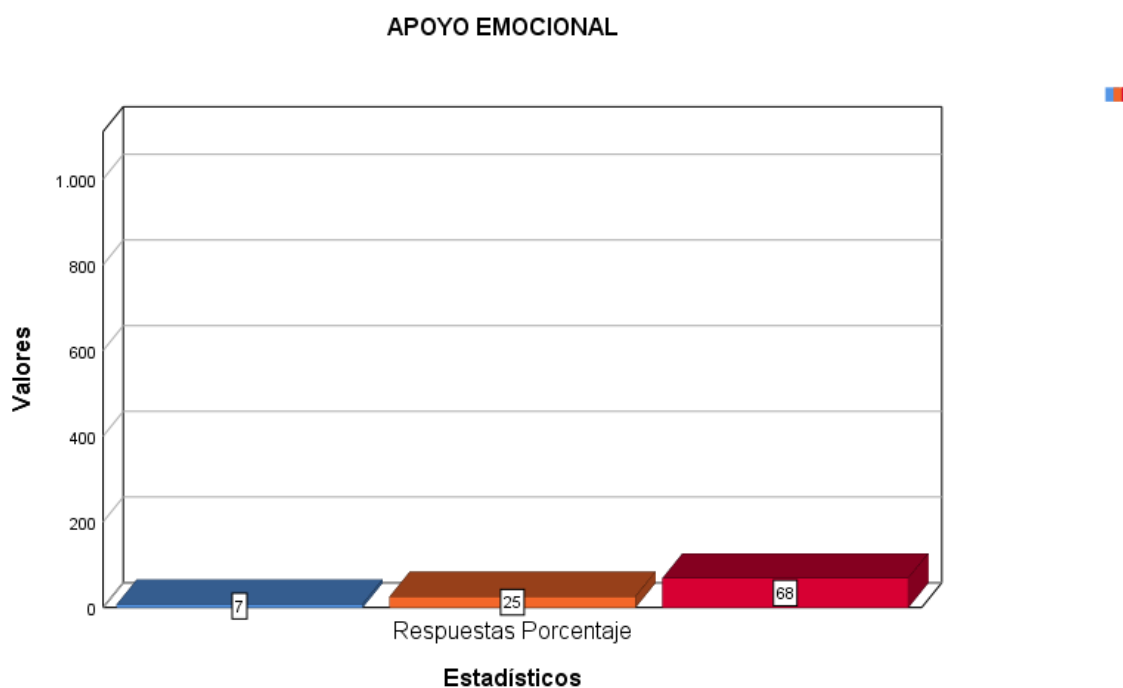
Análisis e interpretación: El servicio de enfermería de Clínica Quirúrgica del Hospital Municipal Pedro Ecay, cuenta en su mayoría, con personal que posee antigüedad laboral de 3 a 5 años. De acuerdo a los datos recolectados, se puede decir que el plantel de trabajo es nuevo, con poco año de ejercicio laboral **Fuente:** Elaboración propia en base a los datos obtenidos de las entrevistas realizadas a los enfermeros del servicio de Clínica Quirúrgica del Hospital Municipal Pedro Ecay.

Gráfico N°4

Título: APOYO EMOCIONAL

APOYO EMOCIONAL		
	N	Porcentaje
Apoyo emocional Desfavorable	7	7%
Apoyo emocional Medianamente Favorable	25	25%
Apoyo Emocional Favorable	68	68%
Total	100	100%

Fuente: fatos obtenidos por los autores mediante entrevista.



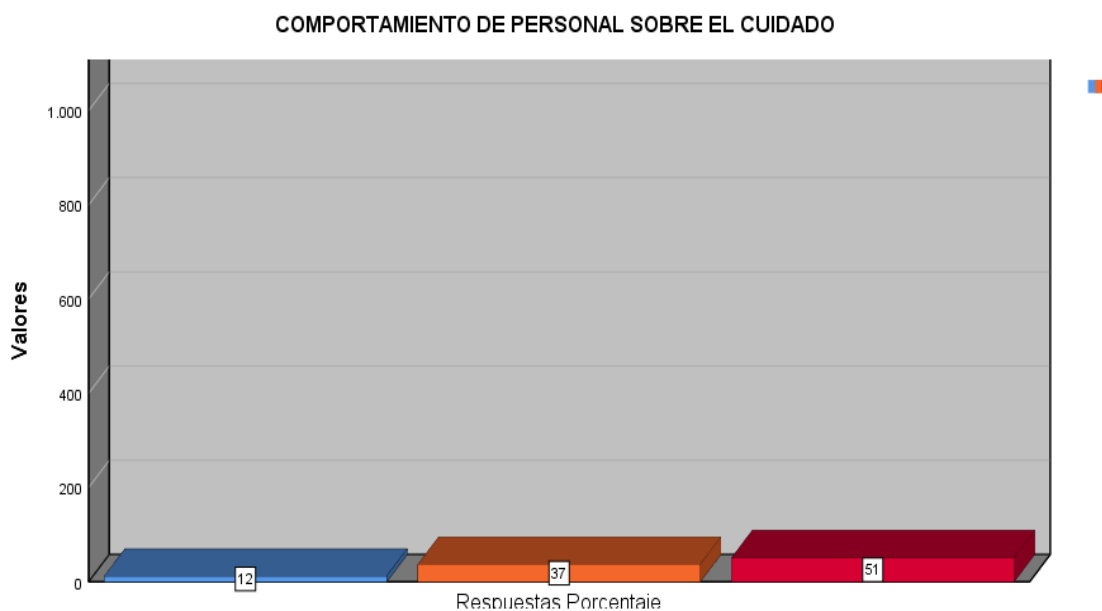
Análisis e interpretación: En cuanto al Apoyo Emocional que brindan los enfermeros al adulto mayor, se puede decir que el personal brinda un apoyo emocional favorable (68%) , un 25% lo brindan medianamente favorable y un 7% lo brinda desfavorablemente. **Fuente:** Elaboración propia en base a los datos obtenidos de las entrevistas realizadas a los enfermeros del servicio de Clínica Quirúrgica del Hospital Municipal Pedro Ecay.

Gráfico N°5

Título: COMPORTAMIENTO DEL PERSONAL DE ENFERMERIA SOBRE EL CUIDADO.

COMPORTAMIENTO DE PERSONAL SOBRE EL CUIDADO		
	Respuestas	
	N	Porcentaje
DEFICIENTE	12	12%
REGULAR	37	37%
OPTIMO	51	51%
Total	100	100%

Fuente: datos obtenidos por los autores mediante entrevistas.



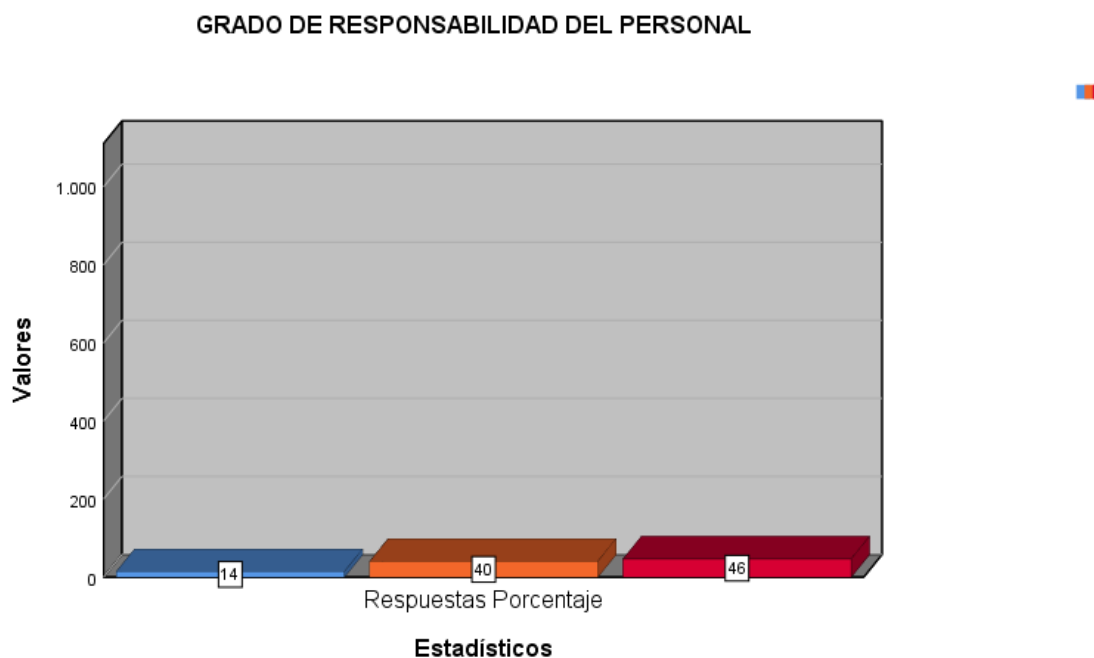
Análisis e interpretación: En cuanto al comportamiento sobre el cuidado que brinda el personal de enfermería a los adultos mayores hospitalizados, un 51% respondieron que brindan un cuidado optimo, un 37% que brindan un cuidado regular y 12% respondieron que el cuidado que brindan es deficiente. **Fuente:** Elaboración propia en base a los datos obtenidos de las entrevistas realizadas a los enfermeros del servicio de Clínica Quirúrgica del Hospital Municipal Pedro Ecay.

Gráfico N°6

Título: GRADO DE RESPONSABILIDAD DEL PERSONAL DE ENFERMERIA

GRADO DE RESPONSABILIDAD DEL PERSONAL DE ENFERMERIA			
		N	Porcentaje
GRADO DE RESPONSABILIDAD	DEFICIENTE	14	14%
	REGULAR	40	40%
	OPTIMO	46	46%
Total		100	100,0 %

Fuente: datos obtenidos por los autores mediante entrevista.



Análisis e interpretación: del 100% de las respuestas en cuanto a la responsabilidad que tienen como enfermeros, un 46% respondieron que su responsabilidad en su función es óptima, un 40% manifestaron que ejercen responsabilidad regular y un 14% respondieron que es deficiente.

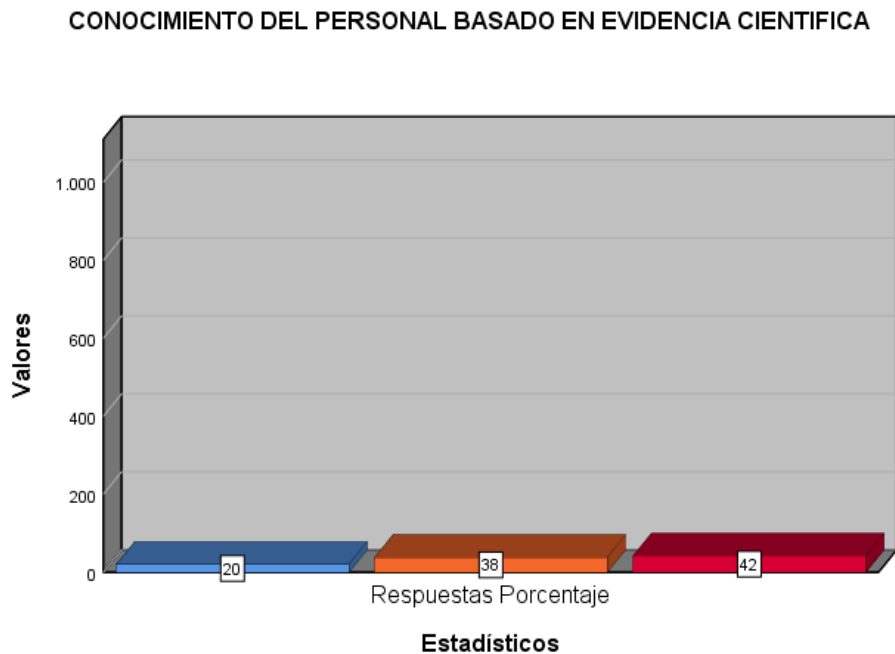
Fuente: Elaboración propia en base a los datos obtenidos de las entrevistas realizadas a los enfermeros del servicio de Clínica Quirúrgica del Hospital Municipal Pedro Eca.

Gráfico N°7

**Título: CONOCIMIENTO DEL PERSONAL SOBRE LA PRÁCTICA DE ENFERMERÍA
BASADA EN EVIDENCIAS**

CONOCIMIENTO DEL PERSONAL DE ENFERMERIA BASADO EN EVIDENCIA CIENTIFICA			
CONOCIMIENTO DEL	DEFICIENTE	20	20%
PERSONAL	REGULAR	38	38%
	OPTIMO	42	42%
Total		100	100%

Fuente: datos obtenidos por los autores mediante la entrevista.



Análisis e interpretación: En cuanto al conocimiento que posee el personal de enfermería del servicio de Clínica Quirúrgica, se puede decir, que un 42% posee conocimiento científico óptimo, un 36% manifestó tener un conocimiento científico regular y un 20% deficiente. **Fuente:** Elaboración propia en base a los datos obtenidos de las entrevistas realizadas a los enfermeros del servicio de Clínica Quirúrgica del Hospital Municipal Pedro Ecay.

3.7 Consideraciones Éticas

Para la realización de la presente investigación, teniendo en consideración los principios bioéticos, se solicitó el permiso correspondiente tanto al Departamento de Enfermería del hospital como así también al Jefe del servicio y la autorización de los profesionales teniendo en cuenta el anonimato de los mismos, quienes tendrán una previa información sobre el estudio, a fin de obtener su consentimiento informado para dicha investigación.

Se buscó lograr una empatía desde el entrevistador hacia el entrevistado durante la técnica de recolección de la información y no se emitirá juicio durante la misma.

CAPÍTULO IV RECURSOS Y CRONOGRAMA

4.1 Cronograma:

ACTIVIDADES	MESES											
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	
Recopilación de Información para la elección del TEMA.												
Construcción del Planteamiento del Problema, Objetivos y Justificación.												
Revisión de bibliografía, Construcción de Marco Teórico y conceptual.												
Diseño Metodológico.												
Trabajo de campo. Realización de entrevistas y observaciones.												
Procesamiento y análisis de datos.												
Elaboración de Conclusiones.												
Presentación del informe de tesis.												

CAPITULO V CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1 Conclusiones:

De acuerdo a los resultados encontrados en el presente trabajo de investigación se llegó a las siguientes conclusiones:

- 1- Los resultados encontrados en la presente investigación, indican que el grado de apoyo emocional brindado a los adultos mayores hospitalizados en el sector de Clínica Quirúrgica, en su mayoría es favorable con un 68%, seguido de un apoyo emocional medianamente favorable con un 25% y desfavorable con un 7%, lo cual indica que el personal optimiza su atención en el apoyo emocional reconociendo su significado que tiene en proceso de internación y recuperación de la salud del adulto mayor. El apoyo emocional está orientado a escuchar, informar, educa y ayudar a afrontar la situación que el otro está atravesando, principalmente los adultos, siendo este grupo etario el más vulnerable, para afrontar la situación por la que están atravesando cuando se los hospitaliza, la finalidad es eliminar o disminuir el miedo, los temores, la ansiedad, depresión, estrés, todo esto lograra beneficiar su recuperación y bienestar.
- 2- De acuerdo al porcentaje evidenciado por las entrevistas realizadas a los profesionales de enfermería en cuanto al comportamiento que tienen frente al cuidado que le brindan a los adultos mayores hospitalizados, se puede decir que el 57% del personal respondieron tener un cuidado optimo con sus pacientes. El modelo de atención propuesto en este estudio se basó en los sentimientos, las actitudes y conocimientos del personal basado en su accionar diario. Los cuidados son los mediadores y

- facilitadores del personal para ejercer su autonomía y su perspectiva sobre el quehacer del enfermero.
- 3- Se evidencia con la recolección de datos, que el personal de enfermería tiene un grado de responsabilidad óptimo 46% en los aspectos éticos y legales que respaldan sus funciones, como también así los derechos y obligaciones que tienen los adultos mayores y ellos mismo dentro de una institución. Como falencia principal, quedando en un menor porcentaje 14%, se detectaron en los registros de enfermería (legibilidad, fecha, firma, actualizaciones, etc.). La responsabilidad legal del profesional de enfermería es un tema que con el tiempo nos ha ido importando en mayor medida a todos, tanto al sistema de salud como a la sociedad misma ya que la misma ha ido sumando conocimiento sobre sus propios derechos.
 - 4- Los conocimientos de los enfermero hacia la práctica de enfermería basados en evidencia científica en el sector de Clínica Quirúrgica del Hospital Municipal Pedro Ecay, se puede evidenciar que el mayor porcentaje considerable de enfermeros conocen que la enfermería basada en evidencia por definición es la utilización consiente, explícita y juiciosa de la mejor evidencia científica disponible y que la habilidad de convertir situaciones problemáticas en focos de investigación es una competencia profesional asociada a la práctica; seguido de un menor porcentaje se puede evidenciar el déficit del conocimiento del personal en cuanto a la importancia de las evidencias científicas desafectadas a los cuidados.

5.2 Recomendaciones:

Las recomendaciones que se derivan del presente estudio son:

1. Realizar estudios cuantitativos sobre la importancia que tiene brindar cuidados de apoyo emocional a los adultos mayores hospitalizados.
2. Fomentar la capacitación al personal de enfermería en los aspectos éticos y legales en cuanto a los registros de enfermería, ya que el mismo es tenido en cuenta como un documento legal ante las obligaciones del enfermero.
3. Hacer un relevamiento en el sector de Clínica Quirúrgica para indagar intereses, consideraciones, temas de interés, etc para las realizaciones de capacitaciones, orientadas al cuidado emocional, para el personal de enfermería.

CAPÍTULO VI FUENTES DE INFORMACIÓN

6.1 Referencias Bibliográficas

- ABBA, S., & GIMENÉZ, F. (Diciembre 2014). "Grado de Responsabilidad Legal de Enfermería". *Tesina para Optar el Título de Licenciado en Enfermería*. Universidad Nacional de Cuyo. Escuela de Enfermería. Facultad de Ciencias Médica., Mendoza. Obtenido de https://bdigital.uncu.edu.ar/objetos_digitales/9871/abba-silvia.pdf
- Alí, , Barrionuevo, Bilbao, Gallardo, Gonzalez, & Nahuelquir. (13 de junio de 2012). *TEORÍAS DE ENFERMERÍA: Hildegard Peplau [Blog]*. Obtenido de <http://tpfjte5.blogspot.com/>
- ALVARADO, K., GUGLIELMETTI, S., TENIS, S., & DIAZ, C. (11 de junio de 2012). *Fundamentos UNS. "El Cuidado"*. Obtenido de <http://teoriasdeenfermeriauns.blogspot.com/2012/06/hildegard-peplau.html>
- Angulo Lopez, E. (s.f.). *EUMED.NET ENCICLOPEDIA VIRTUAL*. Obtenido de Metodología Cuantitativa: [https://www.eumed.net/tesis-doctorales/2012/eal/metodologia_cuantitativa.html#:~:text=Rodriguez%20Pe%20C3%20Blue las%20\(2010%20p.,los%20estados%20subjetivos%20del%20individuo.&text=Tales%20autores%20sosten%20C3%20ADan%20que%20todas,estudiaban%20las%20ciencias%2](https://www.eumed.net/tesis-doctorales/2012/eal/metodologia_cuantitativa.html#:~:text=Rodriguez%20Pe%20C3%20Blue las%20(2010%20p.,los%20estados%20subjetivos%20del%20individuo.&text=Tales%20autores%20sosten%20C3%20ADan%20que%20todas,estudiaban%20las%20ciencias%2)
- Arias, A. (2015). *"TECNICAS E INSTRUMENTOS DE UNA INVESTIGACION CUALITATIVA"* [SlideShare Blog]. Obtenido de <https://es.slideshare.net/flacucha1999/tecnicas-e-instrumentos-de-investigacin-cualitativa>
- Arias, F. G. (2012). *EL PROYECTO DE INVESTIGACION. Introduccion a la Metodologia Cientifica* (6a Edicion ed.). Caracas, Republica Bolivariana de Venezuela: EPISTEME. Obtenido de <https://evidencia.com/wp-content/uploads/2014/12/EL-PROYECTO-DE-INVESTIGACI%C3%93N-6ta-Ed.-FIDIAS-G.-ARIAS.pdf>

Asmat Ortiz, N., Mallea Butron, Y., & Rodríguez Lopéz , F. (2018). COMUNICACIÓN Y APOYO EMOCIONAL DE ENFERMERÍA SEGÚN EL FAMILIAR DEL PACIENTE CRÍTICO EN UN HOSPITAL DE LIMA METROPOLITANA, SETIEMBRE – DICIEMBRE 2018. (*Trabajo académico para optar el Título de Especialista en Enfermería en Cuidados Intensivos*). Universidad Peruana Cayetano Heredia Facultad de Enfermería, Lima Perú. Obtenido de http://repositorio.upch.edu.pe/bitstream/handle/upch/3970/Comunicacion_AsmatOrtiz_Nataly.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Atlas Federal de Lesgilación Sanitaria de la República Argentina. Ministerio de SALUD. Presidencia de la Nación. (2012, 11 de Diciembre). *PERSONA DE LA TERCERA EDAD. Ley 4811. Poder Lesgilativo de la Provincia de RIO NEGRO. Sistema Integral de Protección de la Vejez. Modificación ley 3937*. Obtenido de <http://test.e-legislar.msal.gov.ar/htdocs/legisalud/migration/html/24267.html>

Atlas Federal de Lesgilacion Sanitaria de la República Argentina. Ministerio de SALUD. Presidencia de la Nación. (2017, 09 de Mayo). *Ley 27.360. Convención Interamericana sobre Proteccion de los Derechos Humanos de las Personas Mayores*. Ministerio de Justicia y Derechos Humanos. Obtenido de <https://www.argentina.gob.ar/justicia/derechofacil/leysimple/proteccion-de-los-derechos-humanos-de-los-adultos-mayores>

BREIHL, J. y. (1985). *Investigacion de la salud en la sociedad*. La Paz, Bolivia.: Fundacion salud y sociedad.

Calidad. (26 de octubre de 2017). *significados.com*. Obtenido de <https://www.significados.com/calidad/>

- Castillo Campaña, F. (2016-2017). *"Sentimientos de Enfermería"*. *Anuario Nuestra Enfermería Fanzine*. Obtenido de <http://www.nuestraenfermeria.es/sentimientos-de-enfermeria/>
- Celis Hernández, M., Gutiérrez Guarín, N., & Iregui Jones, L. (2015). Percepción de la familia frente al rol de enfermería en la unidad de cuidados intensivos adultos de la fundación cardiovascular de Colombia. (*Trabajo de grado para optar al título de especialista en Auditoría en Salud*). Universidad Autónoma De Bucaramanga Universidad Ces De Antioquia, Colombia. Obtenido de https://repository.unab.edu.co/bitstream/handle/20.500.12749/1643/2015_Tesis_Iregui_Jones_Laura_Liliana.pdf?sequence=1
- Chamorro, D. E., Barabaschi, D., & Equipo, M. (2020). *La altura a la que todos podemos aspirar*. Plottier. Neuquén, Argentina: Flock Productions.
- Chillin Rojas, N. (2018). Comunicación y Apoyo Emocional de Enfermería en percepción del familiar del paciente crítico internado en el Hospital Naval 2017. (*Tesis para optar el título de Grado en Maestra en Gestión de los Servicios de Salud*). Universidad César Vallejo, Perú. Obtenido de http://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/UCV/12480/Chilin_RNG.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- COLLIÈRE, M. (2007). "PROMOVER LA VIDA". Madrid, España: Elsevier España S.A Kerouac.
- COLLIÈRE, M. F. (1999). *Encontrando el sentido original de los cuidados enfermeros*. (Vol. 22).
- Corbin, J. A. (2017). *Psicología Social y Relaciones Personales. Los 8 tipos de familia y sus características*. Obtenido de <https://psicologiyamente.net/social/tipos-de-familias>

- Culturalia, E. (12 de 03 de 2012). *Definición, Concepto, Significado, Qué es Adulto Mayor [Blog]*. Obtenido de <https://edukavital.blogspot.com/2013/03/adulto-mayor.html>
- De La Cruz Ruiz, M. (2016). Cuidados Humanizados de Enfermería según la teoría de Jean Watson, servicio de medicina del Hospital Daniel Alcides Carrion. *Revista Enfermería Heredina*, 9(2), 137. Obtenido de <file:///C:/Users/admin/Documents/Downloads/3017--7642-1-10-20170319.pdf>
- De La Cruz Ruiz, M., Guerrero Ramirez, R., & Meneses La Riva, M. (2016). Cuidados Humanizados de Enfermería según la Teoría de Jean Watson. *Revista Enfermería Heredina*, 9(2), 133-142. Obtenido de <file:///C:/Users/admin/Documents/Downloads/3017--7642-1-10-20170319.pdf>
- De La Cuesta, C. (2004). *Cuidados Artesanal: La Invención del Cuidado*. Medellín, Colombia: Universidad de Antioquia.
- Definición de enfermedad según la OMS y concepto de salud [Artículo del Blog]*. (18 de 11 de 2014). Obtenido de <https://tratamientoyenfermedades.com/definicion-enfermedad-segun-oms-concepto-salud/>
- Domingo, P., & Gómez, R. (2003). *El concepto de Necesidad Humana Básica como aproximación a la definición de cuidado [Index Enferm]*. Obtenido de <https://www.infermeravirtual.com/files/media/file/377/e1%20concepto%20de%20necesidad.pdf?1359978634>
- Garcias Allen, J. (s.f.). *Piramide de Maslow: Jerarquias de las necesidades humanas*. Obtenido de <https://psicologiaymente.com/psicologia/piramide-de-maslow>
- Garcias Ramos, J. (Julio de 2014-2015). Bienestar Emocional: Via para una vejez saludable. *Trabajo Final de Grado*. Universidad de la Lengua. Obtenido de

<https://riull.ull.es/xmlui/bitstream/handle/915/1748/Bienestar%20Emocional%20Via%20para%20una%20vejez%20saludable..pdf?sequence=1>

Granda Ugalde, E. (2009). *"La Salud y la Vida"* (Primera ed., Vol. 2). Quito, Ecuador: Imprenta Nueva Arte. Obtenido de

https://www.observatoriorh.org/sites/default/files/webfiles/fulltext/saludyvida_vol2.pdf

Guerrero Ramirez, R., La Riva, M., & De La Cruz Ruiz, M. (2016). Cuidado humanizado de enfermería según la teoría de Jean Watson, servicio de medicina del Hospital Daniel Alcides Carrión. Lima-Callao, 2015. *Rev enferm Herediana*. , 9(2): 133-142. Obtenido de <file:///C:/Users/macam/Downloads/3017-Texto%20del%20art%C3%ADculo-7642-1-10-20170319.pdf>

Henderson, Virginia. (Marzo de 2000). Podemos dar un papel estelar a los pacientes. (U. d.

Antioquia, Ed.) *Investigacion y Educacion en Enfermeria*, XVIII(1), 125-128. Obtenido de <http://www.redalyc.org/pdf/1052/105218294010.pdf>

IRRUTIA, P., & VILLAROEL, M. (2009). "CUIDADOS EMOCIONALES QUE BRINDAN LOS ENFERMEROS A PACIENTES QURURGICOS". (*Tesis de Licenciatura en Enfermeria*). UNIVERSIDAD NACIONAL DE CORDOBA, Tunuyan, Mendoza. Obtenido de http://www.enfermeria.fcm.unc.edu.ar/biblioteca/tesis/irrutia_patricia.pdf

Ízquierdo Machin, E. (2015). Teoría de Jean Watson y la inteligencia emocional, una visión humana. (*Revista en internet*), 31(3). Obtenido de

<http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/686/131>

Jovell, A. (1999). "El silencio de los pacientes". *ROL de enfermeria*, 22(7-8), 507-510.

Julian, P. P. (2008). *Definicion de Educacion*. Obtenido de <https://definicion.de/educacion/>

- Ledesma, M. (2004). Fundamentos de Enfermería. *Boletín del centro de documentación científica.*, 136 - 137.
- LICAS TORRES, M. (2015). "NIVEL DE DEPRESIÓN DEL ADULTO MAYOR EN UN CENTRO DE ATENCION INTEGRAL 2014". (*Tesis de Licenciatura en Enfermería*). UNIVERSIDAD NACIONAL MAYOR DE SAN MARCOS, LIMA-PERÚ. Obtenido de http://cybertesis.unmsm.edu.pe/bitstream/handle/cybertesis/4159/Licas_tm.pdf.;jsessionid=78D6F0DA9C21695371401ED70D2F578E?sequence=1
- Mallimaci, F., & Gimenez, V. (2006). Estrategias de Investigacion Cualitativa. . "*Historias de Vida y Metodos Bibliograficos*". Gedisa, Barcelona. Obtenido de "Historias de Vidas y Metodos Bibliograficos": <http://pdfhumanidades.com/sites/default/files/apuntes/77%20-%20Mallimaci%20y%20Gimenez%20Beliveau%20Historias%20de%20vida%20y%20metodo%20biografico.PDF>
- MARIANDEAGUIAR. (03 de 06 de 2016). *Saber Metodologia [Partes que Integran un Proyecto de Investigacion]*. Obtenido de <https://sabermetodologia.wordpress.com/2016/03/06/partes-que-integran-un-proyecto-de-investigacion/>
- Martín, D. L. (1,2 y 3 de octubre de 1999). "EL ADULTO MAYOR EN LA FAMILIA". *HACIA UN ENVEJECIMIENTO CON SENTIDO*. Mar del Plata. Obtenido de <https://racimo.usal.edu.ar/4527/1/1189-4188-1-PB.pdf>
- Martínez, M. (2004). "*Ciencia y Arte en la Metodologia Cualitativa*". Trillas, Mexico.
- Massaux, N. (2011). Cuidados de Enfermería al final de la Vida. Percepción de los usuarios con enfermedad terminal y su familiar cuidador acerca de los Cuidados de Enfermería recibidos durante Septiembre-Diciembre del año 2010 en LUNCEC - Cuidad de

- Neuquén. (*Tesis para optar por el Título de grado en Licenciatura en Enfermería*).
- Universidad Nacional del Comahue Facultad de Ciencias del Ambiente y la Salud
- Licenciatura en Enfermería, Neuquén. Obtenido de
- <http://rdi.uncoma.edu.ar:8080/bitstream/handle/123456789/6787/TESIS%20MASSAUX.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- MEDCICLOPEDIA. (s.f.). "*Diccionario Ilustrado de Terminos Medicos*" [*Version Electronica*].
- Obtenido de <https://www.iqb.es/diccio/a/ap.htm>
- Ministerio de Justicia y Derechos Humanos., P. (21 de Octubre de 2009). *InfoLEG. Informacion Legislativa*. Obtenido de LEY 26.529. Derechos del Paciente en su Relación con los Profesionales e Instituciones de la Salud.:
- <http://servicios.infoleg.gob.ar/infolegInternet/anexos/160000-164999/160432/norma.htm>
- Ministerios de la Salud, P. d. (s.f.). *LegiSalus Argentina. LEY 24.004*. Obtenido de <http://test.e-legis-ar.msal.gov.ar/leisref/public/showAct.php?id=5281>
- Montano, J. (s.f.). *Callista Roy. bibliografia, teorías y obras*. Obtenido de lifeder.com:
- <https://www.lifeder.com/callista-roy/>
- Montano, J. (s.f.). *Jean Watson: Biografía y Teoría*. Obtenido de lifeder.com:
- <https://www.lifeder.com/jean-watson/>
- Muñoz, E. (Noviembre de 2012). La Necesidad: Modelo ontologico en la Teoria de Pichon Riviere. *Perspectivas en Psicología. Revista de Psicología y Ciencias Afines*, 9(3), 40-43.
- Obtenido de <https://www.redalyc.org/pdf/4835/483549016006.pdf>
- Naranjo Bermudéz, I. G. (Marzo de 2006). La Comunicacion con los Pacientes. *Vol. XXIV N° 1*, 94-98. Obtenido de Investigacion y Educacion en Enfermeria:
- <http://www.scielo.org.co/pdf/iee/v24n1/v24n1a10.pdf>

- Nightingale , F. (2005). *Notas sobre Enfermería. Que es y que no es*. Barcelona, España: Masson.
- Ninatanta Ortiz, J. (2009). Cuidados de enfermería en pacientes adultos mayores hospitalizados: perspectiva desde la enfermería asistencial. (*Para optar el Grado de Doctorado en Ciencias de Enfermería*). Universidad Nacional de Trujillo. Escuela de Postgrado Doctorado en Ciencias de Enfermería., Trujillo Perú. Obtenido de <https://dspace.unitru.edu.pe/bitstream/handle/UNITRU/5429/TESIS%20DOCTORADO%20JUANA%20NINATANTA%20ORTIZ.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Oceanica. (24 de julio de 2017). *ANSIEDAD TRATAMIENTO Y CARACTERÍSTICAS EN LA TERCERA EDAD [Artículo de Blog]*. Obtenido de <https://oceanica.com.mx/blog/ansiedad-tratamiento-y-caracteristicas-en-la-tercera-edad/>
- Ortega Villaizán Abad, R. (2017). Aprendiendo a sentir: Proyecto sobre las emociones para la Escuela El Pilar. (*Tesis para optar el título de Grado de Maestro en Educación Infantil*). Universidad Internacional de La Rioja Facultad de Educación. Obtenido de <https://reunir.unir.net/bitstream/handle/123456789/5647/ORTEGA-VILLAIZAN%20ABAD%20ROSA.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- Peterson, J., & Zderad, L. (1976). *Enfermería Humanística*. New York: Asociación Nacional de Enfermería, 1988.
- Portes, M. (3 de junio de 2014). *Importancia del Cuidado Psicológico y Apoyo Emocional al Paciente. ENFERMERIA VISIONARIA [Blog]*. Obtenido de <http://marlviniaportes.blogspot.com/2014/06/importancia-del-cuidado-psicologico-y.html>
- Publica, R. d. (enero-diciembre de 1975). *Definiciones de Salud*. Obtenido de https://psico.edu.uy/sites/default/files/cursos/nas_defsalu.pdf

- Quintanar Guzman, A. (10 de noviembre de 2010). "Análisis de la Calidad de vida de los Adultos Mayores". (*Tesina de Licenciada en Psicopedagogía*). UNIVERSIDAD AUTONOMA DEL ESTADO DE HIDALGO, Tetepango, Hidalgo, Mexico. Obtenido de https://www.uaeh.edu.mx/nuestro_alumnado/esc_sup/actopan/licenciatura/Analisis%20de%20la%20calidad%20de%20vida.pdf
- Quinto Vasquez, M. (2012). Percepción de los pacientes y familiares sobre la calidad del cuidado que brinda la enfermera en el Servicio de Emergencia del INEN, 2010. (*Trabajo de Investigación para optar el título de Especialista en Enfermería Oncológica*). Universidad Nacional Mayor de San Marcos, LIMA, PERÚ. Obtenido de http://ateneo.unmsm.edu.pe/ateneo/bitstream/123456789/2605/1/Quinto_Vasquez_Mercedes_Milagros_2012.pdf
- Ramos Vergara, L. X. (Abril 2008). Apoyo Emocional de Enfermería para pacientes ingresados a Unidades de Cuidados Intensivos. (*Optar una Especialización de Enfermería en Cuidados Críticos*). Universidad Javeriana, Bogotá. Obtenido de <https://javeriana.edu.co/biblos/tesis/enfermeria/tesis46.pdf>
- Riño Barón, G. (s.f.). "Atención al adulto mayor en domicilio". *OISS Boletín de Programas Iberoamericano de Cooperación sobre adultos mayores*, 06, 03-30. Obtenido de http://oiss.org/wp-content/uploads/2000/01/OISS_06-2.pdf
- Rivière, P. (s.f.). *PSICOLOGÍA SOCIAL*. Obtenido de 100 Años del Maestro Enrique Pichon Rivière: https://psico.edu.uy/sites/default/files/cursos/int-teorias_enrique.pdf
- Rodríguez Pañuelas, M. (2010). *Metodos de Investigación* (Vol. 1ra Edición). México : Universidad Autónoma de Sinaloa .

Rodriguez, J. (2013). Ansianidad en las personas Mayores. *Fundacion Eroski Consume*.

Obtenido de <http://www.consumer.es/web/es/salud/psicologia/2013/11/18/218619.php>

ROJAS ESPINOZA, J. B. (2017). *Cuidados e Intervenciones de enfermería enfocados en las necesidades de salud del adulto mayor, bajo la Teoría de Kristen M. Swanson*. (Tesis

para optar el Grado de Doctora en Ciencias de la Salud), Toluca, Mexico. Obtenido de

<http://ri.uaemex.mx/bitstream/handle/20.500.11799/99139/TESIS%20DOCTORADO%20JESSICA%20ROJAS.%2031%20MAYO%202017.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Rojas, B. N. (2018). Comunicación y apoyo emocional de enfermería en percepción del familiar del paciente crítico internado en el Hospital Naval 2017. [*Tesis para optar el Grado*

Academico de Maestra en Gestion de los Servicios de Salud]. Escuela de Posgrado.

Universidad Cesar Vallejo, Perú. Obtenido de

http://repositorio.ucv.edu.pe/bitstream/handle/UCV/12480/Chilin_RNG.pdf?sequence=1&isAllowed=y

Romero Massa, E., & Contreras Méndez, I. (2013). CUIDADOS HUMANIZADOS DE ENFERMERIA EN PACIENTES HOSPITALIZADOS. *Ciencias Biomédicas*, 60-68.

Obtenido de <http://190.242.62.234:8080/jspui/bitstream/11227/6919/1/cuidados.pdf>

Sampieri Hernandez, R., Fernandez Callado, C., & Pilar Baptista, L. (2008). "*METODOLOGIA DE LA INVESTIGACION*" (5ta Edicion ed.). Obtenido de

https://www.esup.edu.pe/descargas/dep_investigacion/Metodologia%20de%20la%20investigaci%C3%B3n%205ta%20Edici%C3%B3n.pdf

Sanchez Rueda, G. (2013). "LAS EMOCIONES EN LA PRACTICA ENFERMERA". (*Tesis Doctoral*). UNIVERSIDAD AUTONAMA DE BARCELONA, Barcelona. Obtenido de

<https://www.tdx.cat/bitstream/handle/10803/284050/gsr1de1.pdf?sequence=1&isAllowed=y>

Sra. Smith. (23 de 05 de 2015). *EL HOMBRE COMO UN SER BIOPSIICOSOCIAL [Articulo de Blog]*. Obtenido de <https://sites.google.com/site/edgardolugo4/home/representacion-legal-de-gente/facilitador-de-iutembi/el-hombre-biopsicosocial>

Uriarte, J. M. (2017). "Aduldez" [*Enciclopedia Online*]. Obtenido de <https://www.caracteristicas.co/aduldez/>