

**CUIDADO DE ENFERMERÍA DESDE LAS EXPERIENCIAS DEL ADULTO
MAYOR EN EL PROGRAMA DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE PERSONAS
CON ENFERMEDADES CRÓNICAS DE UNA INSTITUCIÓN DE I NIVEL DE LA
CIUDAD DE BOGOTA**

**ANA MARÍA LONDOÑO ESPINEL
KATHERINE PÉREZ VARGAS**

**PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA
FACULTAD DE ENFERMERÍA
DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA SALUD COLECTIVA
BOGOTA D.C.
2013**

**CUIDADO DE ENFERMERÍA DESDE LAS EXPERIENCIAS DEL ADULTO
MAYOR EN EL PROGRAMA DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE PERSONAS
CON ENFERMEDADES CRÓNICAS DE UNA INSTITUCIÓN DE I NIVEL DE LA
CIUDAD DE BOGOTA**

**ANA MARÍA LONDOÑO ESPINEL
KATHERINE PÉREZ VARGAS**

**Trabajo de grado
Requisito para optar por el título de Enfermera**

**Asesora
LILIANA QUEVEDO LEÓN
Enfermera Maestría en Salud Familiar y Atención Primaria en Salud**

**PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA
FACULTAD DE ENFERMERÍA
DEPARTAMENTO DE ENFERMERÍA SALUD COLECTIVA
BOGOTA D.C.**

2013

AGRADECIMIENTOS

En nuestra investigación hubo muchas personas apoyando nuestro trabajo y este es el espacio para agradecerles su acompañamiento y dedicación como nuestra asesora de tesis Liliana Quevedo por su apoyo y constante seguimiento en el desarrollo y formación como profesionales de enfermería en el área de investigación. También resaltar la ayuda de los profesionales de enfermería del programa de crónicos de la localidad de Usme por su colaboración y permitir este espacio para el desarrollo del presente trabajo.

Agradecemos a todos los adultos mayores por su tiempo, dedicación y ayuda fundamental para el desarrollo de nuestra investigación y el cumplimiento de los objetivos propuestos, también estamos agradecidas con nuestras familias por su esfuerzo, colaboración y acompañamiento incondicional quienes nos apoyaron para estudiar en esta maravillosa Universidad una grandiosa profesión que nos permitió crecer como personas y ahora ya como profesionales para contribuir a la sociedad.

NOTA DE ADVERTENCIA

“La Universidad no se hace responsable por los conceptos emitidos por sus alumnos en sus trabajos de grado. Solo velara que no se publique nada contrario al dogma y a la moral católica y porque los trabajos de grado no contengan ataques personales contra persona alguna, antes bien se vea en ellos el anhelo de buscar la verdad y la justicia”.

*Artículo 23 de la Resolución N° 13 de Julio de 1946
Pontificia Universidad Javeriana*

CONTENIDO

	PAG
INTRODUCCIÓN	14
1. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA Y JUSTIFICACIÓN	17
1.1 DEFINICIÓN OPERATIVA DE TÉRMINOS	24
1.1.1 Adulto mayor	24
1.1.3 Programa de prevención y control de personas con enfermedades crónicas	25
1.1.4 Experiencia	25
1.1.5 Cuidado de enfermería	25
2. OBJETIVOS	28
2.1 Objetivo general	28
2.2 Objetivos específicos	28
3. MARCO CONCEPTUAL	29
3.1 SITUACIÓN ACTUAL DEL ADULTO MAYOR A NIVEL MUNDIAL	29
3.2 SITUACIÓN ACTUAL DEL ADULTO MAYOR EN LATINOAMÉRICA	30
3.3 SITUACIÓN ACTUAL DEL ADULTO MAYOR EN COLOMBIA, BOGOTÁ Y USME	31
3.4 EL MANEJO DE LA ENFERMEDAD CRÓNICA EN EL MUNDO	34

3.5 EL ADULTO MAYOR CON ENFERMEDAD CRÓNICA EN COLOMBIA.....	37
3.6 PROGRAMA DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE PERSONAS CON ENFERMEDADES CRÓNICAS EN EL HOSPITAL DE USME	42
3.7 EL CUIDADO DE ENFERMERIA Y LAS EXPERIENCIAS DEL PACIENTE CRONICO.....	45
3.7.1 La relación enfermera paciente.....	46
3.7.2 Calidad del cuidado	49
3.7.3 Experiencia	50
3.8 ASPECTOS RELEVANTES EN UNA BUENA ATENCION AMBULATORIA...	51
4. DISEÑO METODOLÓGICO	54
4.1 TIPO DE DISEÑO.....	54
4.2 DESCRIPCIÓN DEL LUGAR.....	54
4.3 PARTICIPANTES DEL ESTUDIO.....	55
4.4 INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN	55
4.5 PROCESO DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN	56
4.6 ORGANIZACIÓN Y ANÁLISIS DE DATOS.....	57
4.6.1 Paso 1: Organización de los datos	58
4.6.2 Paso 2: surgimiento de las unidades de análisis y categorías.....	58
4.6.3 Paso 3: Interpretación de los datos.....	59
4.7 CONSIDERACIONES ÉTICAS	59
5. ANALISIS.....	61

5.1 TEMA 1: Relación Enfermera - Paciente	62
5.1.1 La enfermera se dirige al paciente con trato amable	62
5.1.2 La enfermera escucha atentamente lo que manifiesta el paciente	63
5.1.3 El taller del programa de prevención y control de personas con enfermedades crónicas repercute en forma positiva sobre la salud de los pacientes	64
5.1.4. El taller del programa de prevención y control de personas con enfermedades crónicas es un espacio de interacción y esparcimiento	65
5.2 TEMA 2: Calidad del Cuidado.....	66
5.2.1 Todos los talleres son iguales.....	67
5.2.2 La enfermera reconoce al paciente y sabe quién es.....	68
5.2.3 El tiempo del taller del programa de prevención y control de personas con enfermedades crónicas no es suficiente.....	69
5.2.4 El paciente cree en el conocimiento que posee la enfermera.....	70
5.2.5 El paciente manifiesta que no confía en los conocimientos de la enfermera.	70
5.2.6 La atención es oportuna y en el tiempo adecuado.....	71
5.2.7 El paciente asiste al taller del programa de prevención y control de personas con enfermedades crónicas por obligación.....	72
5.3 TEMA 1: Relación Enfermera - Paciente	74
5.3.1 Percepción del paciente frente a la función de la enfermera en el taller educativo del programa de prevención y control de personas con enfermedades crónicas	74

5.4 TEMA 2: Calidad del Cuidado.....	75
5.4.1 Necesidad de cambiar la metodología utilizada en los talleres y la necesidad de asistir a los mismos.....	75
5.4.2 Inadecuada atención recibida por parte de la farmacia	77
6. CONCLUSIONES	78
7. RECOMENDACIONES.....	81
BIBLOGRAFIA.....	83

LISTA DE ANEXOS

ANEXO A. CONSENTIMIENTO INFORMADO.....	95
ANEXO B: ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA	99
ANEXO C: CLASIFICACIÓN DE DATOS SEGÚN OBJETIVOS	101

LISTA DE CUADROS

CUADRO 1. CARACTERIZACIÓN GENERAL DE LOS PARTICIPANTES.....	103
---	-----

INTRODUCCIÓN

En la presente investigación se exponen las experiencias del adulto mayor en el programa de prevención y control de personas con enfermedades crónicas de una institución de primer nivel en Bogotá frente al cuidado de enfermería recibido.

El panorama demográfico de la población adulta mayor se encuentra en incremento a nivel mundial y latinoamericano, Colombia no es ajena a este crecimiento poblacional; la incidencia de enfermedades crónicas propias de este grupo de edad también ha aumentado de manera significativa y con ello la necesidad de controles continuos que le permiten recibir un cuidado constante de enfermería a través de los programas de prevención y control de enfermedades crónicas.

El objetivo de la investigación es describir las experiencias del adulto mayor frente al cuidado de enfermería recibido en el programa de prevención y control de personas con enfermedades crónicas de una institución de primer nivel de atención en la localidad de Usme en Bogotá y conocer las necesidades y expectativas que surgen a partir de las experiencias frente al cuidado de enfermería recibido.

Este estudio emplea un abordaje de tipo cualitativo que a través de la entrevista semi-estructurada logra obtener las experiencias del adulto mayor en el programa de prevención y control de personas con enfermedades crónicas de una institución de I nivel en Bogotá; esta investigación se llevó a cabo con 6 participantes que asisten al programa en la Localidad de Usme.

Los resultados evidencian categorías relacionadas con dos temas pre-establecidos en los objetivos el primero, relación enfermera - paciente de donde se generaron las siguientes categorías en el análisis: La enfermera se dirige con trato amable, La enfermera escucha atentamente lo que manifiesta el paciente, El taller del programa de prevención y control de personas con enfermedades crónicas repercute en forma positiva sobre la salud de los pacientes y El espacio del taller programa de prevención y control de personas con enfermedades crónicas es un espacio de interacción y esparcimiento.

El segundo tema es la calidad del cuidado y se generaron las siguientes categorías: Todos los talleres programa de prevención y control de personas con enfermedades crónicas son iguales, La enfermera reconoce al paciente y sabe quién es, El tiempo del taller del programa de prevención y control de personas con enfermedades crónicas no es suficiente, El paciente cree en el conocimiento que posee la enfermera, El paciente manifiesta que no confía en los conocimientos de la enfermera, La atención es oportuna y en el tiempo adecuado y el paciente asiste al taller del programa de prevención y control de personas con enfermedades crónicas por obligación.

Cada una de las categorías muestran las experiencias del adulto mayor frente al cuidado de enfermería en el programa de prevención y control de personas con enfermedades crónicas de la localidad de Usme, en el que se identifica la importancia de brindar un cuidado que le permita al adulto mayor sentirse escuchado, recibir un trato amable, contar con espacios de interacción que motiven su participación en los talleres del programa de prevención y control de enfermedades crónicas ya que estos se convierten en indicadores de la calidad del cuidado que brinda la enfermera.

Los resultados muestran que las experiencias identificadas en cada uno de los adultos mayores frente al cuidado de enfermería en el programa de prevención y control de personas con enfermedades crónicas en general es positiva ya que

ofrece una atención mensual oportuna para control de las enfermedades que presentan los pacientes; en lo que respecta a la calidad del cuidado los pacientes manifestaron su inconformismo con la falta de creatividad en el desarrollo de los talleres que ofrece el programa y se encuentra que éste se reduce al taller educativo al que tienen derecho los integrantes del programa mensualmente por medio del cual acceden a las citas médicas y a las órdenes que les permiten tener acceso a los medicamentos cada mes.

1. DESCRIPCIÓN DEL PROBLEMA Y JUSTIFICACIÓN

Las enfermedades crónicas a nivel mundial y su alta prevalencia se asocian a los cambios demográficos de la población que indican un aumento generalizado en el porcentaje de personas mayores. Este panorama del cambio demográfico se evidencia en el aumento del grupo de adultos mayores y de igual forma en el padecimiento de enfermedades crónicas no transmisibles propias de esta edad.

La Organización Mundial de la Salud afirma que este cambio demográfico trae repercusiones sobre la salud pública y se puede asegurar que esta situación genera un aumento en la incidencia de patologías crónicas, las cuales requieren de un control periódico y continuo (OMS, 2010).

Datos e indicadores del informe de la situación de enfermedades no transmisibles de la Organización Mundial de la Salud en el año 2010, muestran un aumento en la morbilidad y la mortalidad por eventos de carácter crónico, se encuentra que más del 80% de las muertes fueron causadas por enfermedades cardiovasculares y diabetes, y alrededor del 90% de las muertes fueron causadas por enfermedades pulmonares obstructivas. (OMS, 2010)

Lo dramático es que en todos los países el crecimiento del envejecimiento es acelerado, por ejemplo para el año 2025, un porcentaje del 15% al 20% de las poblaciones en Latinoamérica y el Caribe van a tener estas enfermedades, por el contrario, las enfermedades infecciosas propias del grupo infantil tienden a disminuir y van a tener menos importancia. (Echeverry, 2009).

Ante este cambio demográfico, la Organización Mundial de la Salud afirma que las enfermedades no transmisibles, representan con diferencia la causa de defunción

más importante en el mundo, pues acaparan un 63% del número total de muertes anuales.

Las enfermedades no transmisibles producen la muerte a más de 36 millones de personas cada año y cerca del 80% de las muertes por enfermedades no transmisibles se concentran en los países de ingresos bajos y medios. (OMS, 2008).

En Latinoamérica y el Caribe también se encuentran cambios a nivel demográfico, actualmente se presenta aumento del grupo de adultos mayores con respecto al grupo de niños y adolescentes y se prevé que en los próximos años se presentará un cambio en la pirámide poblacional que adoptará una verticalización con una notoria disminución de la base y aumento del ápice. (OMS, 2008)

En el contexto Colombiano se encuentra que los cambios demográficos de la población representan un reto para el Plan nacional de salud pública, al igual que en muchos otros países la pirámide poblacional se está haciendo más ancha en la punta, a pesar de contar con una población infantil alta, la tasa de fecundidad ha disminuido, haciendo la base más angosta.

Si se evalúa el contexto Bogotano, los estudios muestran que en menos de diez años, el porcentaje de adultos mayores será superior al 10% (Alcaldía Mayor de Bogotá, 2011), en donde una de las localidades con mayor concentración de los mismos será Usme. (Dueñas Ruiz, O. J., 2009).

La Organización Mundial de la Salud refiere que las personas adultas mayores deben gozar de buena salud para mantener un papel activo dentro de la sociedad y de esta manera “cuidar la salud a lo largo de la vida y prevenir la enfermedad puede evitar o retrasar la aparición de enfermedades crónicas y no transmisibles, pero se hace igualmente importante que estas enfermedades se detecten y se traten de forma adecuada con el fin de reducir al mínimo sus consecuencias;

teniendo presente que quien padece una enfermedad crónica necesitará cuidados y un apoyo de forma prolongada”. (Organización Mundial de la Salud, 2011).

Otro aspecto a considerar es la información que se encuentra al respecto. En la literatura revisada sobre las experiencias del adulto mayor en servicios de salud los estudios muestran cerca de diecisiete artículos, cuatro son experiencias de enfermeras que cuidan a estos pacientes (Fagerberg, I.; Kihlgren, M., 2001) (Slettebo, A., et al, 2010) (Roxberg, A., et al, 2008) (Ben Natan, M., 2008) tres comparan las experiencias de profesionales de la salud, con los pacientes y sus familiares (van Zadelhoff, 2011) (Prochet; Paes da Silva, 2008) (Garcia, M. A., et al., 2005), cuatro describen experiencias de la persona mayor frente a una enfermedad o situación de salud específica (Andersson; Hansebo, 2009) (Barón, M; Soto, M.; Tobón, N., 2011) (Emami, A.; Ebbeskog, B., 2005) (Mantovani, M. F., et al., (2011) tres son experiencias frente al dolor o malestar (Hall Lord, M. L.; Larsson, G.; Steen, B., 1997) (Tsai, Y. F.; Chu, T. L.; Lai, Y. H.; & Chen, W. J., 2008) (Fraher, A.; Coffey, A., 2011), uno comenta las experiencias en situaciones de enfermedades a largo plazo (Dogan, H.; Deger, M., 2004) y dos de otras experiencias del adulto en situaciones particulares (Melander-Wikman, A.; Fältholm, Y.; Gard, G., 2008) (Javesalud,. 2006)

El motivo que generó el interés por realizar esta investigación, nace de la experiencia adquirida en la práctica comunitaria de V semestre en la localidad de Usme donde el cuidado de enfermería a la población adulta mayor con enfermedad crónica se hacía presente mediante el programa de prevención y control de personas con enfermedades crónicas de la Secretaría de Salud; el rol que desempeña la enfermera juega un papel de suma importancia dada la cantidad de la atención que se debe tener con los pacientes que asisten a los talleres del programa de prevención y control de personas con enfermedades crónicas ya que no solo se realizan controles mensuales sino que se brinda cuidado a través de la educación en salud con el objetivo de darle a los adultos

mayores las herramientas necesarias para que conozcan las posibles complicaciones de su estado de salud y consultaran a tiempo disminuyendo la aparición de secuelas, resolver dudas relacionadas a su condición de salud particular y motivarlos a llevar estilos de vida que favorecieran su salud.

Hoy en día muchos autores relacionan el cuidado de enfermería no solo con la calidad del mismo sino también con lo que respecta a dar un cuidado humanizado. Para este trabajo su definición se basó en un artículo publicado por Sandra Luévano Ford, de la Facultad de Enfermería de la Universidad Autónoma de Chihuahua en el que se considera como “El elemento de la atención de la salud propio de la enfermería cuyo propósito no se limita a cuidar a los enfermos en los hospitales, sino que también procura ayudar a la gente a vivir” (Luévano, S., Enero – marzo, 2008). Con esto se quiere resaltar la importancia de flexibilizar el concepto del cuidado y contemplarlo no solo desde la perspectiva asistencial sino también desde la perspectiva del profesional que influye sobre el estilo de vida de las personas desde al ámbito comunitario.

Es válido mencionar que la importancia de relacionar el cuidado de enfermería con las experiencias del paciente radica en el hecho que “Como enfermeras, se debe potenciar la vida interior, especialmente el mundo de la sensibilidad, abierto a recoger sensaciones, impresiones, sentimientos que forman cada vez personas más sensibles, para que de todo ello pueda surgir una forma de cuidar especialmente matizada por esta sensibilidad, que abre nuevas posibilidades de tomar iniciativas, nuevas formas de estar activas frente al enfermo”. (Nogales, A., 2011). Por otra parte conocer las experiencias de los pacientes a través de la investigación cualitativa es una vía de acceso a la mejora de la calidad en el proceso del cuidado de enfermería. (Campos, P.; Barbosa, M.; Fernandes, G., 2011).

Siendo más específicos, encontramos que estos documentos describen lo que experimentan los pacientes en cuanto a la adherencia al tratamiento, las barreras que el lenguaje técnico genera en la relación con los profesionales de salud, los horarios de las consultas, la demora en la atención, las molestias que generan los trámites para obtener una cita médica y lo que sienten en cuanto a su estado de salud particular.

Como se mencionó anteriormente, es escasa la información que se encuentra al respecto y los artículos revisados no contemplan las experiencias del paciente sino de las enfermeras que cuidan al adulto mayor en una situación particular o bajo unas condiciones específicas y todas ellas desde una perspectiva clínica.

En la investigación “Las representaciones de los usuarios de la enfermedad crónica y la práctica educativa” (Mantovani, M. F., et al., 2011), por ejemplo, es investigación de tipo cualitativo donde realizan un análisis sobre los adultos mayores que padecen enfermedades crónicas en las que mencionan diabetes e hipertensión; los usuarios no tenían claro cuál era el proceso de su enfermedad, referían que el profesional de salud, en este caso la enfermera, tenía un trato amable pero faltaba el uso de una información más fácil de comprender en cuanto a su enfermedad y cómo tener un manejo adecuado para evitar complicaciones.

Asociado a ello tampoco veían la importancia de una adherencia a su tratamiento tanto farmacológico como no farmacológico, al no presentar síntomas dejaban de asistir a consulta, pero en la mayoría de los casos presentaron complicaciones que requirieron de hospitalización.

En otra publicación, en la que se investigaron las experiencias del adulto mayor durante su hospitalización “Las situaciones de malestar experimentado por los ancianos hospitalizados con la invasión del espacio personal y territorial”

(Prochet, T. C.; Paes da Silva, M. J., 2008), los resultados mostraron que las quejas más comunes entre los ancianos hospitalizados fueron el nivel de ruido, negligencia de mantenimiento de la privacidad y la invasión del espacio personal. En cuanto a la invasión del espacio personal, muchos se quejaron de ser manipulados sin el consentimiento previo y fue percibido que estaban siendo tratados con falta de respeto durante el examen físico con banalización del cuerpo humano.

Con lo anterior se quiere mostrar que dichas experiencias pueden representar una barrera a futuro para la asistencia del adulto mayor a los servicios ambulatorios, el presentar una experiencia negativa en la atención, para el caso de la hospitalización encontramos que se exponen barreras medio ambientales que influyen el cuidado de enfermería.

En una revisión de los trabajos de grado realizados en nuestra facultad, cinco de ellos se relacionan con adulto mayor y hacen referencia a la actitud de los trabajadores de salud frente a ellos (Javesalud, 2006) , la calidad del cuidado que prestan en una institución hospitalaria (Pabón Medina, J. P., 2008), comunicación entre los profesionales y los adultos (Firigua Montero, D., 2010) y su participación en programas específicos (Cafam, 2008), todos estos haciendo énfasis en el estudio cualitativo desde una perspectiva del profesional de la salud y no del adulto mayor, sin embargo los resultados arrojados en dichos estudios brindan una mirada general a lo que piensa el adulto mayor sobre la atención que recibe en distintos escenarios.

En el estudio “Calidad del cuidado de enfermería brindado al adulto mayor en el servicio de medicina interna en un hospital de tercer nivel”, en el que se describe la calidad del cuidado de enfermería en el servicio de medicina interna como pilar fundamental en el ejercicio de la profesión, refiere que promover que el adulto mayor consulte para la prevención de enfermedades crónicas, adultos mayores

que padecen estas enfermedades realicen un control continuo para lograr una buena adherencia a su tratamiento y así evitar el aumento el número de hospitalizaciones, se puede lograr, si desde enfermería se brinda una atención con calidad humana que impacte positivamente en el adulto mayor. (Pabón Medina, J. P., 2008)

En la investigación “Características del proceso de comunicación equipo de salud - adulto mayor con diagnóstico de hipertensión arterial” realizada por estudiantes de la Facultad de Enfermería de la Universidad Javeriana en el año 2010, los pacientes manifiestan que en ella se encuentran ausentes actitudes de empatía y escucha, que el proceso no siempre es interactivo, sienten que su rol es pasivo y se limita convirtiéndose en un obstáculo para tener una buena relación entre el profesional de salud y el paciente (Firigua Montero, D., 2010).

Enlazando lo anterior, se concluye que viendo el crecimiento de la población adulta, la magnitud de las enfermedades crónicas que padecen los mismos, los índices de calidad de los servicios de salud, y la escasa información que se tiene sobre el tema mencionado, se hace importante conocer las experiencias del cuidado de enfermería en este grupo de personas que representan una población importante en nuestro país, que constantemente debe consultar a los servicios ambulatorios y al programa de prevención y control de personas con enfermedades crónicas instaurado por ley y que según las proyecciones previamente expuestas, es una población que seguirá en aumento y donde el conocer sus experiencias permite reorientar y brindar un mejor cuidado de enfermería, tener presente las fallas que se presentan en la atención y poder hacer sugerencias al respecto.

Es importante que las instituciones conozcan la percepción que tienen los pacientes sobre la calidad de la atención que estas brindan ya que es a través de la experiencia de los mismos donde se pueden plantear nuevas estrategias para brindar un cuidado de calidad. De la misma forma, abrir espacios en el que el

adulto mayor sienta la libertad de expresarse mejora la comunicación e interacción con el profesional de enfermería enriqueciendo el ejercicio de ésta. Son estas las razones que nos llevan a plantear la pregunta de investigación ¿Cuáles son las experiencias del adulto mayor frente al cuidado de enfermería en el programa de prevención y control de personas con enfermedades crónicas en una institución de primer nivel de la ciudad de Bogotá?

1.1 DEFINICIÓN OPERATIVA DE TÉRMINOS

1.1.1 Adulto mayor.

“Mujeres y hombres que tienen 60 años o más (o mayores de 50 años si son poblaciones de riesgo, por ejemplo indigentes o indígenas). Esta edad puede parecer joven en países donde la población goza de un adecuado nivel de vida y por lo tanto de salud, sin embargo en los países en desarrollo una persona de 60 años puede ser vieja y reflejar condiciones de vida que han limitado un envejecimiento saludable”. (Ministerio de la Protección Social de Colombia, 2007). Para la presente investigación adulto mayor será toda persona igual o mayor de 60 años, que padezca una o más enfermedades crónicas y que asista a sus controles en el programa de crónicos en una institución de primer nivel.

1.1.2 Institución de primer nivel

Una institución de primer nivel es aquella que presta un servicio de salud de menor complejidad, en este nivel de atención se desarrollan actividades de promoción de la salud, prevención de la enfermedad, protección específica y diagnóstico precoz y tratamiento oportuno de cualquier situación de salud pública de la población. (Ministerio de salud resolución número 5261 de 1994)

1.1.3 Programa de prevención y control de personas con enfermedades crónicas

Este programa se establece con el fin de dar atención a los pacientes con enfermedades crónicas que deben estar en un control periódico a cargo de un grupo interdisciplinario de profesionales de salud para ofrecer educación y evitar complicaciones asociadas a su enfermedad crónica.

El Hospital de Usme “ofrece la atención permanente por el Médico a los pacientes con hipertensión arterial, diabetes, y enfermedad pulmonar obstructiva crónica, realizado una clasificación de su riesgo cardiovascular y generando una remisión oportuna; también tiene previsto 12 talleres cada uno mensual con temas de prevención en factores de riesgo, actividad lúdica y física con una gran acogida por los usuarios del Hospital pasando de 651 a 3704 pacientes”. (Hospital de Usme ESE I nivel de atención 2011)

1.1.4 Experiencia.

Según Kant y Hegel "Es una forma de conocimiento o habilidad derivado de la observación, de la vivencia de un evento proveniente de las cosas que suceden en la vida". (Amengual, G., 2007).

Para la presente investigación la experiencia es una situación personal que permite emitir un juicio positivo o negativo que será documentada por medio de la entrevista.

1.1.5 Cuidado de enfermería

Basados en “El arte del cuidado de enfermería: de Florence Nightingale y Jean Watson”, es el elemento de la atención de la salud propio de la enfermería cuyo propósito no se limita a cuidar a los enfermos en los hospitales, sino que también procura ayudar a la gente a vivir”. (Luévano, S., 2008).

Se considera que el cuidado de enfermería debe contemplar ciertas características, para la presente investigación el cuidado de enfermería estará basado en los siguientes aspectos que permitirán la operacionalización de los datos recolectados:

- **Relación enfermera – paciente:** La interacción del profesional de enfermería con el paciente en el que se genera un vínculo que le permite asistir las necesidades de la persona cuando esta no puede realizarlas por sí mismo, convirtiendo a la enfermera en la veedora de cuidados y educación en salud; por medio de esta intervención se busca que la persona restablezca su salud y bienestar. (Aguirre Raya, D. A., 2004), (Salazar Maya, A. M.; & Martínez de Acosta, C., 2008), (Pontes, A. C.; Leitao, I. M.; Tigre, A.; & Ramos, I. C., 2008), (García Marco, M. I.; López Ibort, M. N.; & Vicente Edo, M. J., 2004), (Barrios Araya, S.; Arechabala Mantuliz, M. C.; & Valenzuela Parada, V., 2012)
- **Calidad del cuidado:** Es aquella que orienta el cuidado de enfermería hacia el paciente para ofrecer una atención integral que busca satisfacer necesidades, también sea un cuidado eficiente que permita restablecer la salud y recuperación de los sujetos de cuidado. (Presidencia de la República, 2006), (Congreso de la República, 1996), (Abaunza de González, M., 2007), (Luis, M. T.; Fernández, M.; Navarro, M., 2003).
- **Cuidado:** Considerada como el vínculo que se da entre dos personas y que está determinado en principio por la enfermera, la administradora de un proceso de cuidado para el paciente quien a su vez acepta que la enfermera lo acompañe y supla las necesidades que él no puede hacer por sí mismo (Aguirre, D. A. 2004). Igualmente, comprende las “actividades

dirigidas a dignificar a otros en su condición humana y a proporcionar su crecimiento integral” (Quintero, M. T.; Gómez, M., 2010),

2. OBJETIVOS

2.1 Objetivo general

Describir las experiencias del adulto mayor frente al cuidado de enfermería recibido en el programa de prevención y control de personas con enfermedades crónicas de una Institución de I nivel de atención.

2.2 Objetivos específicos

2.2.1 Identificar las experiencias del adulto mayor frente al cuidado de enfermería (Relación Enfermera-Paciente y calidad del cuidado) recibido en el programa de prevención y control de personas con enfermedades crónicas de una institución de I nivel de atención.

2.2.2 Conocer las necesidades y expectativas del adulto mayor que surgen a partir de las experiencias frente al cuidado de enfermería (Relación Enfermera-Paciente y calidad del cuidado) recibido en programa de prevención y control de personas con enfermedades crónicas de una institución de I nivel de atención.

3. MARCO CONCEPTUAL

El aumento acelerado de la población adulta mayor a nivel mundial es directamente proporcional al aumento de la aparición de enfermedades crónicas no transmisibles, consideradas hoy como la principal causa de muerte en el mundo.

Esta situación requiere de la toma de medidas efectivas no solo en las que se evite la aparición de dichas enfermedades sino que permitan el diagnóstico oportuno de las mismas y llevar así un control permanente que disminuya posibles complicaciones y hospitalizaciones.

Dado que este seguimiento se lleva a cabo en entidades de primer nivel, el rol del cuidado de enfermería adquiere una mayor importancia porque son los profesionales que están en contacto directo con el adulto mayor que tiene una enfermedad crónica.

3.1 SITUACIÓN ACTUAL DEL ADULTO MAYOR A NIVEL MUNDIAL

La población adulta está incrementando y con ella la prevalencia de enfermedades crónicas no transmisibles, principal causa de muerte a nivel mundial.

De acuerdo con la Comisión Estatal de Derechos Humanos de San Luis de Potosí, en su interpretación sobre el proyecto de declaración universal de los derechos de las personas mayores, expresa que entre los años 1.950 y 2.000 la población mundial de adultos mayores aumentó de 200 millones a 550 millones y que para el año 2.020 se prevé una cifra no menor de 1.000 millones; se considera que para el año 2050, la relación entre el grupo de adultos mayores y la población total será de 1:4 en los países desarrollados. (43. Comisión Estatal de Derechos Humanos de San Luis Potosí, 2011).

La Organización Mundial de la Salud no difiere de los datos presentados y expone que entre los años 2.000 y 2.050, la población mundial mayor de 60 años se triplicará y pasará de 600 millones a 2000 millones. La mayor parte de ese aumento se producirá en los países menos desarrollados, donde el número de personas mayores pasará de 400 millones en el año 2.000 a 1.700 millones en el año 2.050. (Organización Panamericana de la Salud, 2012).

Dicho aumento en la población es producto del impacto generado por “la industrialización, descubrimientos médicos, mejoramiento de las condiciones de vida, intervenciones de salud en la niñez dirigidos a reducir la mortalidad infantil y como consecuencia el aumento de la esperanza de vida” (Organización Panamericana de la Salud, 2012). Como lo expone entonces la Organización Panamericana de la Salud, “el desafío es actuar de manera inmediata para mejorar el acceso a la medicina preventiva y adecuar los servicios de salud a las demandas crecientes de los adultos mayores” (Organización Panamericana de la Salud, 2012).

Se muestra entonces el acelerado crecimiento en la población adulta mayor mundial y la relación de este crecimiento con el impacto de las enfermedades crónicas no transmisibles, es interesante comparar cómo a pesar del impacto de dichas enfermedades la esperanza de vida es mayor dadas las condiciones en las que hoy podemos vivir, sin embargo, no se puede pasar por alto que esta revisión expone que la mayoría de la concentración de esta población se verá en países en vía de desarrollo y esto supone un reto importante para nuestro sistema de salud.

3.2 SITUACIÓN ACTUAL DEL ADULTO MAYOR EN LATINOAMÉRICA

Latinoamérica y el Caribe hacen parte de este cambio y muestran una diferencia considerable entre la cantidad de personas adultas comparada con la población

infantil y adolescente, y se espera que en un periodo estimado de 20 años dicho incremento se haga más visible en los países de mayor índice poblacional dentro de los cuales se encuentra Colombia que según el último censo muestra una cantidad considerable de adultos y entre ellos prevalecen las enfermedades crónicas.

Se pronostica que entre el año 2.000 y el año 2.025 se sumarán 57 millones de adultos mayores a los 41 millones que ya existen y este aumento se hará más visible en los países de mayor índice poblacional como son Brasil, Colombia, Argentina, Venezuela y Perú, este cambio también se presentará en los países más pequeños pero en estos se hará más notorio a partir del año 2.025. (CELADE, 2002).

La transición demográfica no es diferente en Latinoamérica por lo cual es importante que los profesionales de salud estén preparados para dar cuidado al adulto mayor según las prioridades en salud, en prevenir enfermedades, en especial las personas que tiene enfermedades crónicas quienes necesitan de un control constante que prevenga las complicaciones que se puedan presentar por falta de control.

3.3 SITUACIÓN ACTUAL DEL ADULTO MAYOR EN COLOMBIA, BOGOTÁ Y USME

Colombia no es ajena a los cambios demográficos según el censo del Departamento Administrativo Nacional de Estadística (DANE) realizado en el 2005, el 6,31% de la población colombiana para ese año correspondía a personas de 65 y más años y el 2,4% de la población colombiana era mayor de 75 años. (DANE, 2005).

En lo que respecta a la capital “según las estimaciones de población 1985-2005 y las proyecciones de población 2005-2020 publicadas por el DANE en Bogotá, el porcentaje de personas mayores de 59 años pasó del 7% en 1985 al 10% en 2010 y se proyecta que en el 2020, cuando la esperanza de vida al nacer alcance los 76 años será del 13 por ciento. Según la misma fuente, en el año 2011 en Bogotá habían 743.572 personas mayores de 59 años, que representaban el 16% de la población mayor de 59 años del país”. (Alcaldía Mayor de Bogotá, 2011).

Cabe recordar que Bogotá, al ser capital de Colombia, alberga la mayor cantidad de población y al igual que otras ciudades muestra aumento de la población adulta mayor. Por localidades, las que figuran con el mayor porcentaje son: Teusaquillo 15,33%, Barrios Unidos 14,63%, Chapinero 14,47%, Usaquén con 11, 97%, Rafael Uribe Uribe 8,71% y Usme con un 5,70 % (Dueñas Ruiz, O. J., 2009). Según el DANE en Bogotá las personas mayores representan un 10% de la población y particularmente en Usme el 6% de las personas que allí habitan tienen más de 59 años.

La situación demográfica de Usme no es muy diferente a lo planteado anteriormente, el 6 por ciento de las personas de Usme son mayores de 59 años; también se evidencia la presencia de enfermedades crónicas no transmisibles propias del adulto mayor donde este grupo de personas deben acudir en forma periódica y continua a sus controles en forma ambulatoria, se encuentra que el 51% de los adultos mayores tienen diagnóstico de hipertensión; el 18% artritis, el 18% enfermedad coronaria, el 13% alergias y el 12% diabetes. En porcentajes inferiores al 10 por ciento han tenido afecciones respiratorias, problemas cerebrales, cáncer o enfermedad renal crónica”. (Asociación Probienestar de la Familia Colombiana Profamilia, 2011) Estadísticas que evidencian porcentajes importantes de enfermedades crónicas no transmisibles que requieren de un

control periódico y continuo y que en forma constante el paciente se encuentra frente al cuidado de enfermería.

En la Encuesta Distrital de Demografía y Salud realizada por Profamilia en el año 2011, en la Localidad de Usme con respecto a la percepción de su estado de salud, el 48% de los adultos mayores consideran que el estado de su salud es bueno, el 33% que es regular, el 9% que es excelente o muy bueno y, el 10% que es malo,” (Asociación Probienestar de la Familia Colombiana Profamilia, 2011) esta percepción del estado de salud bueno, regular o malo está relacionada principalmente a la presencia de síntomas o dolencias con lo cual es asociado a estar enfermo, factor que determina la asistencia o consulta a los servicios de salud.

En relación a lo anterior del 100% de los adultos mayores que padecen de enfermedades crónicas no transmisibles el 22% acuden al hospital y el 78% restante acude mensualmente a control de las enfermedades crónicas en los servicios de salud de primer nivel.

Era necesario comparar la situación del adulto mayor en Colombia luego de haber expuesto el panorama del mismo a nivel mundial; se encuentra entonces en la revisión bibliográfica sobre la población adulta en Colombia que su crecimiento es similar a la que se presenta en otros países y también es acelerado. Vemos como un porcentaje importante de ellos se concentra en Bogotá y particularmente en la localidad de Usme el 6% de las personas son adultas mayores. Ahora se debe entrar a analizar cómo se enfrenta este reto a nivel mundial y de igual forma comparar lo que se hace en nuestro país.

3.4 EL MANEJO DE LA ENFERMEDAD CRÓNICA EN EL MUNDO

Antes de describir las medidas que se han tomado para afrontar los retos de la enfermedad crónica es pertinente definirla primero: “La enfermedad crónica se define como un trastorno orgánico funcional que obliga a la modificación de los estilos de vida de una persona y que tiende a persistir a lo largo de su vida. Frente a la etiología no hay mayor claridad, hay una serie de factores que en conjunto dan pie a la enfermedad; entre estos se encuentran el ambiente, los estilos de vida, los hábitos, la herencia, los niveles de estrés, la calidad de vida y la presencia de una enfermedad persistente que puede pasar a ser crónica” . (Montalvo, A.; Cabrera, B.; Quiñones, S., 2010).

Las condiciones crónicas incluyen un grupo de eventos que tienen características comunes, tales como estructuras causales complejas mediadas por múltiples condiciones de exposición, periodos de latencia largos, evolución prolongada, relativa incurabilidad y carácter degenerativo, que sin manejo adecuado, llevan a una alteración funcional, con la consecuente pérdida de autonomía del sujeto afectado. Por estas características y por tener una alta prevalencia en la población desafían seriamente la capacidad de respuesta de los servicios de salud.

La atención al paciente crónico debe estar priorizada en la agenda de los servicios de salud. Como el propio modelo de Wagner (Contel, J., 2012) quien propone que la atención a la cronicidad debe ser incorporada como una prioridad real y tangible en la cartera de proyectos de los servicios de salud y ministerios y en donde se deben diseñar estrategias para afrontar el reto de la cronicidad.

Hoy en día dada la importancia del control de las enfermedades crónicas no transmisibles, son múltiples las estrategias que se llevan a cabo a nivel mundial para prevenirlas y/o tratarlas. Entre esos programas se puede mencionar el

programa de la Organización Mundial de la Salud titulado “Action plan for the global strategy for the prevention and control of noncommunicable diseases” (World Health Organization, 2009) en el que se expone un plan de acción cuyo énfasis se encuentra en el cáncer, las enfermedades cardiovasculares, la diabetes, el consumo perjudicial de alcohol, las enfermedades respiratorias crónicas y la inactividad física.

En dicho documento se plantean 6 objetivos que buscan:

- ❖ Aumentar la prioridad sobre las enfermedades crónicas no transmisibles a nivel mundial.
- ❖ Promover la investigación para la prevención y detección oportuna de las enfermedades no transmisibles.
- ❖ Establecer políticas y planes que prevengan la aparición de dichas enfermedades.
- ❖ Promover intervenciones que reduzcan los factores de riesgo para la aparición de las mismas.
- ❖ Promover las asociaciones para la prevención y control de estas enfermedades.
- ❖ Monitorizar las enfermedades no transmisibles y sus determinantes

Se puede mencionar igualmente la estrategia regional y plan de acción de la Organización Panamericana de la Salud en la que se cita que “El número total de las muertes causadas por enfermedades crónicas no transmisibles es el doble de las muertes por todas las enfermedades transmisibles incluyendo el virus de inmunodeficiencia humana y el síndrome de inmunodeficiencia adquirida, tuberculosis, malaria, muerte materna y deficiencias nutricionales” (OPS, 2007)

Allí se postula que las líneas de acción más efectivas para atacar este problema son el establecimiento de políticas públicas, vigilancia, promoción de la salud y prevención de la enfermedad y un manejo integrado de estas enfermedades y expone las razones por las cuales los países se verían beneficiados al seguir esta sugerencia obteniendo resultados positivos que repercuten sobre el bienestar de las personas y disminuyen los gastos a nivel de salud pública.

Como lo muestra el plan de acción para las enfermedades no transmisibles (ENT) de la Organización Mundial de la Salud, estas enfermedades constituyen hoy la principal causa de muerte en el mundo especialmente las cardiovasculares, respiratorias, cáncer y diabetes afectando considerablemente la salud ya que causan un estimado de 35 millones de muertes cada año, donde el 60% representa las muertes a nivel global y el 80% de ellas en los países de bajos y medianos ingresos. (World Health Organization, 2009).

Los resultados referentes al control de las enfermedades crónicas no transmisibles también ha incidido en la transición de una estructura poblacional joven a una de mayor edad, pero aún se aprecian hábitos en los patrones de consumo y en las costumbres de la población adulta que provocan una “transición en los riesgos”, que se manifiesta en el incremento de algunos factores de riesgo que están relacionados con dietas abundantes en grasa o alimentos de origen animal o con poca fibra.

Estas dietas unidas a la inactividad física, cada vez más frecuente, provocada por el aumento de puestos de trabajo donde no se requieren movimientos fuertes, según Menéndez J, Guevara A, y sus colaboradores (Menéndez, A.; Arcia, N.; & León, M., 2005), generan el incremento o la prevalencia de varias enfermedades, tales como la obesidad, cáncer, diabetes mellitus (DM) tipo II, hipertensión arterial (HTA), padecimientos renales y la cardiopatía isquémica (CI).

De esta forma las prioridades en materia de salud varían tanto, con el aumento de la expectativa de vida, como por el incremento del porcentaje de la población que padece de estas enfermedades crónicas no transmisibles, que representan las primeras causas de muerte en los países desarrollados como consecuencias de las transformaciones económicas, sociales, epidemiológicas y demográficas ocurridas en las últimas décadas en la mayoría de los países de América Latina y el Caribe. (Menéndez, A.; Arcia, N.; & León, M., 2005).

Se observa entonces cómo a medida que la población envejece se incrementan las enfermedades crónicas y discapacitantes que por lo general son diagnosticadas como no curables si no tienen un tratamiento adecuado y oportuno tendiendo a generar secuelas y complicaciones que repercuten en la autonomía de las personas (Mendivil, I. D., 2004) y en forma negativa en el gasto de salud de un país.

Vemos entonces que las enfermedades crónicas suponen un reto en el que se deben plantear estrategias que permitan dar respuesta a las necesidades de la población adulta que las padece a nivel mundial y vimos como la Organización Mundial de la Salud propone líneas de acción que direccionan estas intervenciones dentro de las que se propone aumentar la prioridad de las mismas y promover acciones que garanticen su control. Dado que son sugerencias de talla mundial es indispensable conocer cómo estas se han adoptado en el país y cómo funcionan.

3.5 EL ADULTO MAYOR CON ENFERMEDAD CRÓNICA EN COLOMBIA

La Encuesta Nacional de Demografía y Salud llevada a cabo en el 2010 mostró que hay un porcentaje importante de enfermedades crónicas no transmisibles en las que el 45% de adultos mayores sufre de hipertensión arterial, le siguen las

alergias (17%), la artritis (16%), las enfermedades del corazón (16%), la diabetes (11%), las enfermedades pulmonares (10%), las enfermedades respiratorias crónicas afectan al 7% de los adultos mayores, el 7% sufre de problemas cerebrales, el 4% tiene enfermedad renal crónica, cerca del 3% ha tenido cáncer y el 1% Alzheimer.

Entre los adultos mayores a quienes les diagnosticaron enfermedades en el último año, al 88% se les diagnosticó hipertensión, al 75% artritis, al 68% enfermedad coronaria, al 35% neumonía, al 45% se le diagnosticó epilepsia y al 26% cáncer. Todas estas enfermedades aumentan con la edad (Profamilia, 2011) y se evidencia el predominio de enfermedades crónicas que necesitan de un control continuo y periódico para su adecuado manejo.

La encuesta también reporta que el 2% de los adultos mayores fue hospitalizado en el último año, de éstos el 69% lo estuvo por enfermedad, el 22% por cirugía y el 8% por algún tipo de accidente, lo cual muestra que hay una alta proporción de enfermedades crónicas, de manejo ambulatorio que terminan en hospitalización.

En Bogotá la situación de morbilidad no es diferente a lo mencionado con anterioridad, la enfermedad hipertensiva se constituye como la primera causa de morbilidad por consulta a partir de los 40 años y como novena causa de egreso hospitalario a partir de los 60 años. La enfermedad isquémica del corazón se constituye la sexta causa de egreso a partir de los 50 años. Las enfermedades de tipo cerebrovascular aparecen como causa importante de morbilidad a partir de los 65 años y con tendencia al incremento en edades superiores (Ministerio de la Protección Social, 2007).

Reconociendo que hace parte de las responsabilidades del Estado Colombiano velar por la salud de las personas, se destaca la Ley 100 de 1993 a partir de la

cual es organizado el Sistema General de Seguridad Social en Salud (SGSSS) que reúne un conjunto de entidades, normas y procedimientos con el fin de que los ciudadanos tengan acceso a la salud garantizando su calidad de vida.

Se especifica en el artículo primero que se basa en los siguientes principios: Eficiencia, universalidad, solidaridad relacionados con la atención ofrecida por el sector salud bajo la rectoría del Estado con el fin de garantizar el acceso a los ciudadanos los servicios de promoción, protección y recuperación de la salud.

Las obligaciones del SGSS establecen:

- La obligatoriedad de afiliación para todos los habitantes del territorio en el régimen subsidiado o contributivo.
- La garantía de un plan integral de protección de la salud para todos los afiliados al SGSSS con atención preventiva, médico-quirúrgica y medicamentos esenciales, que será denominado Plan Obligatorio de Salud (POS).
- La gradualidad en la provisión de los servicios de salud de igual calidad a todos los habitantes en Colombia, independientemente de su capacidad de pago. (Gualtero, M. L.; Giraldo, E., 2011)

También a partir de ello fueron implementadas las guías y normas incluidas en la resolución 412 del 2000 en las que se especifican las actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad de interés en salud pública con el fin de lograr que mejore la salud de los ciudadanos y la calidad de la atención del SGSSS.

Este conjunto de acciones van encaminadas a dar respuesta a los lineamientos y políticas del gobierno que buscan atender las diversas necesidades en salud de la población por medio de las guías de detección temprana, las guías de protección específica y las guías de atención para enfermedades de interés en salud pública

donde se encuentran incluidas las enfermedades crónicas que tienen el objetivo de responder adecuadamente a las necesidades de los ciudadanos y optimizar los recursos empleados para ello. (Ministerio de la Protección Social, 2007)

Dentro del Plan Nacional de Salud Pública 2007 – 2010 por medio del decreto 3039 del 2007, se habla de la prioridad de disminuir las enfermedades crónicas no transmisibles y la discapacidad con especial énfasis en la detección temprana, prevención y control, con la identificación de la población que se encuentra en riesgo.

En lo que respecta al Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud es mediante el acuerdo 395 del 2008 que se adopta la atención de pacientes con enfermedades crónicas en la inclusión de servicios ambulatorios tales como la consulta médica ambulatoria para valoraciones, paraclínicos y complementarios, consulta con nutricionista y/o psicólogo para brindar la atención y monitoreo que permite prevenir complicaciones crónicas secundarias, lo cual se ha establecido en la resolución 4003 del 2008 para la atención de pacientes crónicos en instituciones de primer nivel. (Ministerio de la Protección Social, 2007)

Esto permite un seguimiento y control continuo del paciente con enfermedad crónica para una adecuada adherencia en el tratamiento tanto farmacológico, como no farmacológico (hábitos saludables de vida) que fomenten una rehabilitación en la mayor parte de su salud, que prevenga complicaciones por falta de atención e información oportuna y que sea de fácil acceso para los adultos mayores.

A modo de resumen y para complementar lo previamente expuesto, se encuentra que hacen parte también de este marco legal las siguientes leyes, decretos y resoluciones (Congreso de la República de Colombia, 2007):

- Ley 1122 de 2007, el objetivo principal es la realización de ajustes al sistema general de seguridad social en salud, su principal prioridad es el mejoramiento en la prestación de los servicios a los usuarios, por tal motivo se hacen reformas en aspectos como dirección, universalización, financiación, equilibrio entre los actores del sistema, racionalización y mejoramiento en la prestación de servicios de salud, además del fortalecimiento en los programas de salud pública y funciones de inspección, vigilancia y control y la organización y funcionamiento de redes para la prestación de los servicios de salud.
- Decreto 3039 de 2007 - Plan Nacional de Salud Pública 2007 – 2010. Resalta las enfermedades no transmisibles con una prioridad de carácter nacional con responsabilidades a nivel territorial.
- Resolución 2565 de 2007 y Resolución 003974 de 21-10-2009, Define el seguimiento a las enfermedades de alto costo.
- Resolución 4003 de 2008. Adopta establece el manejo integral de los pacientes con Hipertensión arterial y diabetes Mellitus Tipo 2 para el régimen subsidiado.
- Resolución 4700 del 2008. Define la periodicidad, oportunidad del reporte de indicadores de enfermedades de interés en salud Pública directamente relacionadas con el alto Costo.
- Ley 1450 de 2011 Plan Nacional de Desarrollo 2010-2014. Establece la promoción de estilos de vida saludable y reducir la prevalencia de los factores de riesgo de enfermedades crónicas: (1) Plan Nacional de Seguridad Alimentaria y Nutricional, (2) Política Nacional para la Reducción del Consumo de Sustancias Psicoactivas, (3) Plan Nacional Operativo de Salud Mental, y Plan Decenal de Actividad Física, metas específicas para la disminución de la prevalencia de la Enfermedad Renal Crónica.
- El Acuerdo 489, por el cual se adopta el plan de desarrollo económico, social, ambiental y de obras públicas para Bogotá D.C. 2012-2016 y el Plan De Intervenciones Colectivas PIC, donde se establecen algunas actividades a

cumplir en materia de salud durante la administración del alcalde de Gustavo Petro en la ciudad de Bogotá. (Concejo de Bogotá, 2012).

- El Plan Nacional para el control del Cáncer en Colombia 2010-2019, Desarrollado por el Instituto nacional de cancerología como uno de los modelos conceptuales que buscan orientar y organizar el quehacer y actividades tendientes al control de cáncer en el país.(Ministerio de Salud de Colombia, 2012)

Son estos los documentos legales que sustentan la normatividad vigente que busca disminuir la mortalidad por enfermedades crónicas y discapacidades por medio del diagnóstico oportuno, la prevención y el control de las mismas. Enlazando lo que se sugiere a nivel mundial, se muestra cómo en Colombia se adoptan estas medidas a través de estos documentos que buscan no solo prevenir o controlar estas enfermedades sino también darles la prioridad que merecen ya que, como lo sustentan las estadísticas, un porcentaje representativo de nuestro país las padece.

3.6 PROGRAMA DE PREVENCIÓN Y CONTROL DE PERSONAS CON ENFERMEDADES CRÓNICAS EN EL HOSPITAL DE USME

El programa de prevención y control de personas con enfermedades crónicas surge con el fin apoyar el trabajo que se realiza en el control de las condiciones crónicas en el país por medio del Plan Nacional de Salud Pública 2007 - 2010 adoptado mediante el Decreto 3039 de 2007 donde se especifica que “dentro de las prioridades nacionales en salud se Incluye disminuir las enfermedades crónicas no transmisibles y las discapacidades, con especial énfasis en el diagnóstico temprano, la prevención y control, y la identificación de la población en riesgo”. (Ministerio de la Protección Social de Colombia, 2007).

Por su parte el “Consejo Nacional de Seguridad Social en Salud mediante Acuerdo 395 de 2008, aprobó la inclusión de servicios ambulatorios especializados en el

Plan Obligatorio de Salud del Régimen Subsidiado, en el esquema de subsidio pleno, para la atención de pacientes con Diabetes Mellitus Tipo 2 e Hipertensión Arterial en los grupos poblacionales de mayor riesgo” (Gobernación de Risaralda, 2011).

Desde la Resolución 4003 de octubre 21 de 2008 el Ministerio de la Protección Social establece la atención de pacientes afiliados al régimen subsidiado a partir de los 45 años con hipertensión arterial y diabetes mellitus tipo 2 en: “Consulta médica especializada, exámenes paraclínicos o complementarios, Consulta ambulatoria con nutricionista, Consulta ambulatoria de valoración por psicología”. (Ministerio de la Protección Social, 2008).

Dentro de los servicios a los que tiene derecho los integrantes del programa reciben una consulta médica especializada se valora y evalúa el funcionamiento del sistema visual, nervioso, cardiovascular y renal con el fin de dar tratamiento oportuno que bajo el control de los profesionales de salud evite la aparición de complicaciones.

Los laboratorios y exámenes diagnósticos a los que tienen acceso comprenden: Potasio Sérico, Electrocardiograma de 12 derivaciones, Ecocardiograma modo M y bidimensional, Fotocoagulación con Láser para manejo de retinopatía, Angiografía con Fluoresceína para manejo de retinopatía, con fotografías a color de segmento posterior (Ministerio de la Protección Social, 2008).

También cuentan con la interconsulta con el profesional del área de nutrición quien contribuye con la educación del paciente en cómo debe alimentarse y que alimentos no debe consumir con el fin de mantener controlada su enfermedad crónica y evitar complicaciones derivadas de una dieta inadecuada como es el caso de la hipertensión arterial y la diabetes. De igual forma tienen el derecho a consultas con psicólogos. (Ministerio de la Protección Social, 2008).

El principal objetivo del programa es identificar de forma temprana las personas con enfermedades crónicas para brindar tratamiento oportuno con el fin de realizar una intervención a los factores de riesgo que puedan aumentar complicaciones que afecten la calidad de vida del adulto mayor.

El programa de prevención y control de personas con enfermedades crónicas sigue una ruta para direccionar y captar a los pacientes hospitalizados o en urgencias por complicaciones de su enfermedad crónica por falta de control y seguimiento o en el caso de detección temprana de la enfermedad para iniciar control con médico general para tamizaje en el cual se realiza solicitud de laboratorios y monitoreo de tensión arterial diaria ambulatoria por 15 días. Se pide una nueva consulta con medicina general para lectura de los resultados de laboratorio e inscripción al programa y clasificación de acuerdo a situación de salud; si es un alto riesgo debe consultar con el médico cada mes y si es de bajo riesgo cada tres meses debe estar en control médico.

De igual forma cada mes debe asistir a un taller educativo del programa de prevención y control de personas con enfermedades crónicas en el que se realizan charlas educativas sobre estilos de vida saludable dirigida por la enfermera y auxiliar de enfermería, también allí genera orden de próxima cita con medicina general, laboratorio y orden de entrega de medicamentos. De este programa se benefician alrededor de 3000 adultos mayores tanto del régimen contributivo como subsidiado.

Todo lo anterior describe en forma breve la ruta y el manejo de los pacientes crónicos con el fin de cumplir el objetivo del programa y contribuir al manejo de estas condiciones de salud que afectan a los adultos mayores con el fin de mejorar la calidad de vida y evitar complicaciones que aumenten la mortalidad por condiciones crónicas que son prevenibles en las instituciones de salud en especial en las de primer nivel.

3.7 EL CUIDADO DE ENFERMERIA Y LAS EXPERIENCIAS DEL PACIENTE CRONICO

Actualmente el cuidado de enfermería ha adoptado múltiples significados según el contexto al que este se aplique, sin embargo, todas esas definiciones guardan estrecha relación con lo que respecta al cuidado humanizado ya que es a través del mismo que se logra un cuidado efectivo, igualmente se debe recordar que es un proceso cuyo objetivo va más allá de la enfermedad. (Báez, F.; Nava, V.; Ramos, L.; Medina, O., 2009).

Se parte de la afirmación de que cuidar es ayudar, un compromiso que se adquiere al ser profesional y que el paciente reconoce por medio de la asistencia, la capacidad para prevenir complicaciones, las conductas de apoyo y las “actividades dirigidas a dignificar a otros en su condición humana y a proporcionar su crecimiento integral”. (Quintero, M. T.; Gómez, M., 2010).

De igual forma se interpreta como el momento en el que una persona que tiene una necesidad y carece de las condiciones que permiten satisfacerla por sus propios medios, requiere de la ayuda de una enfermera quien cuenta con los recursos necesarios para lograr esa satisfacción. (Quintero, M. T.; Gómez, M., 2010)

En una revisión sobre los documentos legales se encuentra que en el código deontológico de Enfermería (Ministerio de Educación Nacional, 2004), ley 911 de 2004, describe el cuidado como el ser y esencia del ejercicio de la profesión que se fundamenta en sus propias teorías, tecnologías y conocimientos dados a partir de la comunicación y relación interpersonal humanizada entre el profesional de enfermería y el sujeto de cuidado; implica un juicio de valor y un proceso dinámico y participativo para identificar y dar prioridad a las necesidades y decidir el plan de

cuidado de enfermería, con el propósito de promover la vida, prevenir la enfermedad, intervenir en el tratamiento, en la rehabilitación con el fin de desarrollar, en lo posible, las potencialidades individuales y colectivas.

Por otra parte se expone en el artículo 14 que la actitud del profesional de enfermería con el sujeto de cuidado será de apoyo, prudencia y adecuada comunicación e información. Adoptará una conducta respetuosa y tolerante frente a las creencias, valores culturales y convicciones religiosas de los sujetos de cuidado.

Tomando como referencia este marco legal esta investigación contemplará el cuidado de enfermería como la relación que se establece entre la enfermera y el paciente y la comunicación que entre ellos se produce.

3.7.1 La relación enfermera paciente

Considerada como el vínculo que se da entre dos personas y que está determinado en principio por la enfermera, la administradora de un proceso de cuidado para el paciente quien a su vez acepta que la enfermera lo acompañe y supla las necesidades que él no puede hacer por sí mismo.

Virginia Henderson, teórica de enfermería en cuanto a la relación enfermera – paciente refiere que "La función singular de la enfermería es asistir al individuo, enfermo o no, en la realización de esas actividades que contribuyen a su salud o a su recuperación (o a una muerte placentera) y que él llevaría a cabo si tuviera la fuerza, la voluntad o el conocimiento necesario. Y hacer esto de tal manera que le ayude a adquirir independencia lo más rápidamente posible" (Henderson, V., 1994); por su parte, Jean Watson la interpreta como la práctica interpersonal que busca promover la salud y el crecimiento de la persona (Báez, F.; Nava, V.; Ramos, L.; Medina, O., 2009).

Peplau refiere que la relación profesional-paciente es una prioridad en el cuidado dado que establecer una adecuada relación terapéutica con el fin de ayudar al paciente permite restablecer su salud y evitar que presente la enfermedad de nuevo. (Vidal, R.; Adamuz, T.; Feliu, P., 2009).

Esta definición resalta la importancia de que una relación terapéutica establecida de forma adecuada va a contribuir a mejorar la salud del paciente y que todas las acciones realizadas en salud deben impactar de forma positiva al usuario pudiendo así modificar conductas que puedan alterar su bienestar.

Otra definición encontrada en la revista Cubana sobre fundamentos de la relación enfermera-persona sana o enferma realiza una descripción completa sobre la relación enfermera paciente, identifica aspectos propios del cuidado de enfermería que mira al usuario no solo desde el aspecto biológico sino de forma integral en el cual genera confianza en los pacientes como lo definen a continuación:

“La relación enfermera-persona enferma o sana es una especie de vínculo que se establece entre dos o más seres humanos, que han determinado su mutuo acuerdo, e interdependencia: la enfermera, proveedora de cuidados, administradora de tratamientos, compañera y confidente que intentará proporcionar confort, tranquilidad, comprensión, escuchará atentamente las vicisitudes, inquietudes y emociones del enfermo” (Aguirre Raya, D. A., 2004).

La relación terapéutica es la relación que se establece entre el profesional y el usuario basados en el proceso de interacción social el cual tiene por objetivo que el paciente tenga de nuevo el restablecimiento de su salud nombrando aspectos importantes con el fin de cumplir el objetivo y pilar de enfermería que es el cuidado:

“La relación terapéutica se podría definir como una negociación intersubjetiva en la que a través del discurso que se establece entre

terapeuta y paciente se va construyendo el binomio salud-enfermedad. Por lo tanto es considerada como un proceso, método o instrumento, por medio del cual son transmitidos los significados entre personas y grupos” (Vidal, R.; Adamuz, T.; Feliu, P., 2009).

El proceso de enfermería hace parte de la calidad del cuidado, el cual se define como un proceso inmediato que la enfermera inicia en el momento que identifica su paciente donde debe adquirir cierto grado de confianza para abordarlo frente a las necesidades que desea que se suplan y no puede ser direccionado por medio de protocolos que guíen ese proceso ya que es innata la interacción social que hacen todos los seres humanos y se debe recordar que este se realiza en especial con un fin terapéutico en beneficio del paciente:

“El servicio de enfermería es la interacción de la enfermería con la persona/usuario-cliente. No es un proceso tangible, ya que es un servicio que se da en el mismo momento de la interrelación. El producto es complejo, ya que se brinda en el momento de la relación”. (Abaunza de Gonzalez, M., 2007).

Complementario a lo anterior, pueden asociarse a la relación enfermera paciente los siguientes aspectos:

La paciencia: Da la posibilidad de mantener un comportamiento afectivo generando en el profesional la capacidad de demostrar actos de acogida, disponibilidad y receptividad hacia los demás. (Nogales, A., 2011).

Atención oportuna: “Rápida, continua y permanente orientada a resolver problemas particulares que afectan la dimensión personal de los individuos que demandan un servicio” (Daza, C.; Medina, L., 2006).

Actitud: Se refiere a la postura que toma la enfermera frente a la persona (ya sea negativa o positiva) (Báez, F.; Nava, V.; Ramos, L.; Medina, O., 2009).

3.7.2 Calidad del cuidado

La calidad debe ser un proceso que responde a las necesidades y expectativas del usuario y una actitud del profesional de enfermería que ofrece el cuidado en forma eficiente y productiva que contribuya a mantener y mejorar la salud de las personas.

El decreto 1011 del 2006 define la calidad de atención en salud como “la provisión de servicios de salud a los usuarios individuales y colectivos de manera accesible y equitativa, a través de un nivel profesional óptimo, teniendo en cuenta el balance entre beneficios, riesgos y costos, con el propósito de lograr la adhesión y satisfacción de dichos usuarios”. (Presidencia de la República, 2006).

La calidad del cuidado también es definida por la ley 266 del 1996 artículo segundo los principios de la práctica profesional como la “calidad que orienta el cuidado de enfermería para prestar una ayuda eficiente y efectiva a la persona, familia y comunidad, fundamentada en los valores y estándares técnico-científicos, sociales, humanos y éticos”. (Congreso de la República, 1996).

“La calidad es el criterio técnico científico para los profesionales y el grado de satisfacción para los usuarios; es decir, articula los aspectos técnicos, científicos y metodológicos, así como las relaciones y percepciones”. (Abaunza de Gonzalez, M., 2007).

Según Virginia Henderson “la función propia de la enfermería es asistir al individuo, sano o enfermo, en la realización de aquellas actividades que contribuyen a la salud o a su recuperación o a la muerte pacífica, que éste realizaría sin ayuda si tuviera la fuerza, la voluntad o el conocimiento necesario”

(Luis, M. T.; Fernández, M.; Navarro, M., 2003), aquí se habla implícitamente de la calidad del cuidado que ofrece el profesional de enfermería en el que se busca contribuir a que la salud de las personas se restablezca, eso depende de las acciones empleadas en pro de su bienestar convirtiéndolo en un aspecto importante a la hora de ofrecer cuidado.

La calidad del cuidado de enfermería es un aspecto importante ya que el profesional de enfermería debe tener un conjunto de características y acciones encaminadas a restaurar la salud y su recuperación.

3.7.3 Experiencia

Pasando ahora a lo que es una experiencia, esta ha sido definida como la posibilidad de obtener una mirada de las cosas tal como ellas se manifiestan describiendo un fenómeno sin explicarlo ni analizándolo y en pocas palabras constituye la descripción de una vivencia. (Campos, P.; Barbosa, M.; Fernandes, G., 2011).

Entrando a discutir la relación entre el cuidado de enfermería y las experiencias se encuentra que éstas son indispensables para la reflexión y el mejoramiento de la calidad en el proceso del cuidado de enfermería dado que permiten la realización de cambios en la forma en la que se lleva a cabo el cuidado. (Campos, P.; Barbosa, M.; Fernandes, G., 2011).

Es indiscutible reconocer que para mejorar la calidad del cuidado que se da, los profesionales deben ser capaces de evaluar sus acciones, comportamientos y actitudes con el objetivo de perfeccionarlas y el ejercicio de dicha evaluación traerá como consecuencia grandes y favorables cambios. (Waldow, V. R., 2009).

Se concluye a raíz de esto que los beneficios que obtiene el profesional de enfermería al conocer las experiencias de aquellos que están bajo su cuidado, les da la posibilidad de generar conductas de cambio que favorecen su ejercicio mejorando la calidad con la que se lleva a cabo.

3.8 ASPECTOS RELEVANTES EN UNA BUENA ATENCION AMBULATORIA

Una de las principales funciones que realiza el personal de enfermería consiste en establecer y poner en marcha las medidas necesarias para lograr, no solo el bienestar del individuo sino el bienestar de la sociedad, ello es la esencia principal de los programas de promoción y prevención que realizan dichos profesionales.

La promoción de la salud ha sido un tema de bastante preocupación especialmente por los entes integradores de la primera conferencia internacional sobre promoción de la salud reunidos en Ottawa (Organización Mundial de la Salud, 1986) en 1986, en dicha conferencia se definió la promoción en salud, “Como el medio para proporcionar a los pueblos lo necesario, para mejorar su salud sin dejar de lado que estos también ejerzan un control sobre la misma”. (Organización Mundial de la Salud, 1986)

En la mencionada conferencia se indica que las personas deben apropiarse de su salud centrándose en el autocuidado que les llevará finalmente a responder a cabalidad con los tratamientos instaurados tanto farmacológicos como no farmacológicos de acuerdo a sus patologías.

Del mismo modo, el personal de enfermería ayuda a las personas en el manejo de su enfermedad de una forma eficiente. Pero en todo este procedimiento es fundamental que las condiciones culturales y sociales que enmarcan a los individuos se equiparen con los programas de promoción adelantados por el

personal de la salud de tal suerte que se pueda dar cumplimiento a los objetivos trazados.

Lo anterior concuerda con la conferencia internacional de la promoción de la salud de 1992, organizada por el Ministerio de Salud de Colombia y la Organización Panamericana de la Salud (OPS) (Conferencia Internacional de la Promoción de la Salud, 1992) y celebrada en Bogotá en ella se propuso crear estrategias de promoción de la salud a todos los habitantes de América Latina, en dichos programas se pretendía modificar las actitudes, creencias que afectaban de forma negativa la salud de las personas.

Las actividades realizadas en la promoción de la salud efectuadas por profesionales debidamente capacitados, repercute en la mejora de las condiciones de la calidad de vida y salud de la población elegida. Durante la planeación de los programas de promoción de la salud se deben tener muy en cuenta el foco de la población a trabajar, porque no es lo mismo encaminar los esfuerzos hacia una población local que hacia una población departamental o nacional. (Quinta Conferencia Mundial de Promoción de la Salud, 2000).

Entrando más en el desarrollo del tema, las entidades patológicas, han sido y serán causa de los principales programas de promoción y prevención a cargo del personal de salud, en especial de enfermería, quienes tienen por objetivo principal conocer las tendencias comportamentales, hábitos y costumbres en cuanto a alimentación, estilos de vida, creencias de la población afectada por esta dolencia. En base a estos resultados se pueden establecer programas cuyo principal objetivo es la prevención de la entidad patológica en los habitantes de una comunidad, pertenecientes a la tercera edad.

Siendo así como los pacientes que cambian sus estilos de vida poco saludables a estilos de vida saludables mejoran notablemente la eficiencia de los tratamientos,

logrando modificar de manera favorable los elementos que representan algún tipo de riesgo asociados a las distintas enfermedades crónicas no transmisibles.

4. DISEÑO METODOLÓGICO

4.1 TIPO DE DISEÑO

El presente estudio es de tipo cualitativo el cual busca describir las experiencias del adulto mayor frente al cuidado de enfermería en el programa de prevención y control de personas con enfermedades crónicas de una institución de primer nivel de la ciudad de Bogotá. “Basados en Roberto Hernández Sampieri, la investigación cualitativa se enfoca en explorar, comprender y profundizar, desde la perspectiva de los participantes en un ambiente natural y en relación con el contexto.” (Hernández Sampieri, R.; Fernández, C.; Baptista, P., 2010)

“El enfoque cualitativo se selecciona cuando se busca comprender la perspectiva de los participantes (individuos o grupos pequeños de personas a los se investigará) profundizar en sus experiencias, perspectivas, opiniones y significados, es decir, la forma en que los participantes perciben subjetivamente su realidad”. (Angulo López, E., 2012).

Para la presente investigación el enfoque cualitativo permite conocer la realidad del individuo a estudiar para el caso, la persona mayor que asiste al programa de atención a pacientes crónicos, de la manera que se logre describir el cuidado de enfermería desde las experiencias de la persona mayor.

4.2 DESCRIPCIÓN DEL LUGAR

El estudio se realiza en una Institución de salud de I nivel de la localidad de Usme, considerada la quinta de las veinte localidades de Bogotá, es la segunda en mayor extensión y se compone de 279 barrios y 14 veredas. Limita al oriente con los municipios de Chipaque y Une, al occidente con el río Tunjuelo y la localidad de Ciudad Bolívar; al sur limita con la localidad de Sumapaz hasta la piedra San

David y al norte limita con la localidad de San Cristóbal. (Alcaldía Mayor de Bogotá, 2012).

Allí se encuentra el Hospital de Usme una entidad social del estado de primer nivel que cuenta con 14 puntos de atención, distribuidos de la siguiente manera: 2 Centros de Atención Médica Inmediata (CAMI), 11 Unidades Primarias de Atención (UPA) y 1 Unidad Básica de Atención (UBA) (Secretaría de Salud de Bogotá, 2013). Este estudio se llevó a cabo en una de las unidades primarias de atención.

A estos puntos de atención asisten mensualmente los adultos mayores al programa de atención a pacientes crónicos, para recibir las citas y las órdenes de los medicamentos y es en ese espacio donde se seleccionaron los adultos mayores que hicieron parte del estudio.

4.3 PARTICIPANTES DEL ESTUDIO

Los participantes del estudio son hombres o mujeres de 60 años de edad o más, que tienen diagnóstico médico de alguna(s) enfermedad(es) crónica(s) y que asisten al Programa de prevención y control de personas con enfermedades crónicas en una institución de I nivel de la localidad de Usme a los cuales se les solicitó autorización para la participación del estudio por medio del consentimiento informado. (Ver anexo A). En total fueron 6 los entrevistados.

4.4 INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

“Para el enfoque cualitativo, la recolección de datos resulta fundamental, solamente que su propósito no es medir variables para llevar a cabo inferencias y análisis estadísticos. Lo que se busca en un estudio cualitativo es obtener datos que se convertirán en información de personas, acerca de las formas de expresión de cada uno de ellos”. (Fraher, A.; Coffey, A., 2011).

Para la presente investigación el instrumento utilizado para recolección de información es la entrevista semi-estructurada entendida como una entrevista flexible y abierta que permite profundizar e intercambiar información entre el entrevistador y el entrevistado por medio de preguntas que están orientadas a contestar a los objetivos del presente estudio (ver anexo B).

4.5 PROCESO DE RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

Se parte del permiso para ingresar al programa de atención a pacientes crónicos, regulado desde el Hospital de Usme por el Coordinador de Promoción y Prevención mediante una carta enviada desde la Facultad de Enfermería de la Pontificia Universidad Javeriana que fue entregada el 31 de Enero y aprobada el 20 de Febrero de 2013.

El coordinador de Promoción y Prevención contacta al grupo con la coordinadora del programa de prevención y control de personas con enfermedades crónicas en Usme, a quien se le comenta el objetivo del estudio, la confidencialidad de la información y el consentimiento informado que se le dará a los participantes de la investigación para tomar la muestra, una vez aclarado esto le entrega al grupo los horarios y las ubicaciones en las que se desarrolla el programa para determinar los días en los que se llevarán a cabo las entrevistas.

Una vez programados los días se asiste al programa en una de las UPA que se mencionaron previamente realizando entrevistas en el horario de 8:00 am a 10:00 am y de 10:00 am a 12:00 pm. La prueba piloto se realizó el día 5 de Marzo de 2013 con la primera entrevista semi-estructurada planteada tras la revisión del marco teórico, la entrevista fue realizada en 15 minutos y transcrita en 40 minutos. Una vez se analiza el resultado obtenido en la prueba se reestructura lo planteado ya que lo obtenido no da respuesta a los objetivos planteados en la investigación.

Luego de corregir el instrumento de recolección de información se realiza una segunda prueba de la que se concluye que el instrumento da respuesta al objetivo de la investigación, se comienza a utilizar con los adultos mayores y se analiza paulatinamente para determinar el momento en el que se saturan los datos y decidir que la información recolectada es suficiente.

4.6 ORGANIZACIÓN Y ANÁLISIS DE DATOS

El análisis cualitativo se inicia “tras la recogida de los datos y antes de iniciar el análisis se lleva a cabo la transcripción de los datos textualmente a partir de la grabación”. Pueden incluirse también las notas de campo; según Sampieri “La bitácora de análisis tiene la función de documentar el proceso de análisis y las propias reacciones del investigador al proceso que continúe fundamentalmente: Relacionar las categorías obtenidas en el paso anterior, entre sí y con los fundamentos teóricos de la investigación. El proceso de codificación fragmenta las transcripciones en categorías separadas de temas, conceptos, eventos o estados. La codificación fuerza al investigador a ver cada detalle, cada cita textual, para determinar qué aporta al análisis. Una vez que se han encontrado esos conceptos y temas individuales, se deben relacionar entre sí para poder elaborar una explicación integrada.

Al pensar en los datos se sigue un proceso en dos fases. Primero, el material se analiza, examina y compara dentro de cada categoría. Luego, el material se compara entre las diferentes categorías, buscando los vínculos que puedan existir entre ellas” (Melander-Wikman, A.; Fältholm, Y.; Gard, G., 2008).

Posterior a esto se realiza la contrastación que es la “Etapas de la investigación que consiste en relacionar y contrastar sus resultados con aquellos estudios paralelos o similares que se presentaron en el marco teórico referencial, para ver

cómo aparecen desde perspectivas diferentes o sobre marcos teóricos más amplios y explicar mejor lo que el estudio verdaderamente significa”.

Para la presente investigación los datos se analizaron de la siguiente manera:

4.6.1 Paso 1: Organización de los datos

Una vez se obtienen las entrevistas se transcriben las grabaciones, posterior a ello se organizan las respuestas clasificándolas según el objetivo correspondiente (experiencias, necesidades y expectativas). Para conservar la confidencialidad de los entrevistados se identificaron cada una de las respuestas con códigos (E1, E2, E3, E4, E5, E6) para conocer a qué participante correspondía cada entrevista.

4.6.2 Paso 2: surgimiento de las unidades de análisis y categorías

Se copiaron segmentos de información identificando los significados de los mismos dando origen a categorías similares o diferentes según el contenido, tomando como referencia la metodología de la investigación de Sampieri en la que se definen las unidades de análisis como los segmentos del contenido de los mensajes que son caracterizados para ubicarlos dentro de las categorías (Hernández Sampieri, R.; Fernandez, C.; Baptista, P., 2010) son el segundo componente de la matriz y que representa los niveles donde serán caracterizadas o clasificadas las unidades de análisis (Hernández Sampieri, R.; Fernandez, C.; Baptista, P., 2010); se hace una comparación constante en varias ocasiones para establecer si las unidades de análisis corresponden a las categorías o se reclasificaban y al encontrar que todos los datos eran clasificables en las categorías establecidas y se comienzan a encontrar respuestas repetitivas por parte de los entrevistados se determina que se ha llegado a la saturación de los datos. (Ver Anexo C)

4.6.3 Paso 3: Interpretación de los datos

Una vez se han formado las categorías se clasifican en los dos temas pre-establecidos (relación enfermera-paciente, calidad del cuidado), se procede a tomar cada una de las mismas para analizarlas individualmente interpretando el significado que esta tenía para los participantes y comparando las respuestas con lo encontrado en la literatura.

4.7 CONSIDERACIONES ÉTICAS

El estudio tiene una metodología con predominio del componente cualitativo, la participación en el mismo es voluntaria y representa un riesgo mínimo para los entrevistados. Los testimonios se exponen anónimamente en el producto final de la investigación de todos los que hayan leído, entendido, aprobado y firmado el consentimiento informado y durante la recopilación de la información la cual fue llevada a cabo de forma privada entre el entrevistado y los investigadores. (Ver Anexo A)

Para esta investigación se tiene presente la resolución 008430 de 1993 en la que "se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud" (Ministerio de salud. república de Colombia. Resolución N° 008430 de 1993) y se consideran los aspectos éticos de la investigación en seres humanos.

Como se expone en el capítulo 1 en el título II de la misma resolución, prevalecerá el criterio del respeto a la dignidad de los adultos y la protección de sus derechos y bienestar, se protegerá la privacidad del individuo, identificándolo sólo cuando los resultados lo requieran y éste lo autorice. (Ministerio de salud. república de Colombia. Resolución N° 008430 de 1993)

Acorde a lo anterior los participantes del estudio serán únicamente aquellos que conozcan el objetivo de la investigación, hayan leído el consentimiento informado

presentado por las investigadoras, lo hayan entendido y firmado, afirmando así que están de acuerdo con su participación en la investigación.

Igualmente, se clasifica este estudio como una investigación sin riesgo dado que “no se realiza ninguna intervención o modificación intencionada de las variables biológicas, fisiológicas, psicológicas o sociales de los individuos que participan en el estudio”. (Ministerio de salud república de Colombia. Resolución N° 008430 de 1993).

5. ANALISIS

Este capítulo describe en forma inicial las características de los participantes del estudio en cuanto a edad, género, escolaridad, tipo de afiliación al sistema de salud y tiempo de permanencia en el programa (Ver cuadro 1), en segundo lugar se muestran las experiencias según los objetivos propuestos en la investigación y las categorías surgidas frente al cuidado de enfermería (relación enfermera paciente y calidad del cuidado) con su respectiva interpretación.

Cuadro 1. Caracterización general de los participantes

Edad (promedio)	68 años
Género	4 mujeres 2 hombres
Escolaridad	3 primaria completa 2 bachillerato incompleto 1 bachillerato completo
Tipo de afiliación al sistema de salud	6 hace parte del Régimen subsidiado
Tiempo de permanencia en el programa	1 7 años 3 5 años 1 4 años 1 3 años

EXPERIENCIAS

OBJETIVO 1: Identificar las experiencias del adulto mayor frente al cuidado de enfermería (relación enfermera-paciente y calidad del cuidado) recibido en el programa de prevención y control de personas con enfermedades crónicas de una institución de I nivel de atención.

5.1 TEMA 1: Relación Enfermera - Paciente

La relación enfermera paciente es definida como la relación entre dos personas determinado en primera medida por el cuidado que suministra la enfermera y también por la aceptación del paciente a la compañía que esta le da supliendo sus necesidades. Este vínculo representa el conjunto de características propias de la relación entre los dos tales como el trato amable, escuchar atentamente lo que manifiesta el paciente y la forma en la que el taller repercute sobre la salud de los pacientes; esa interacción genera también espacios de interacción que favorecen al adulto mayor.

5.1.1 La enfermera se dirige al paciente con trato amable

Se identifica que los entrevistados encuentran que la enfermera se dirige a ellos con trato amable y esta se convierte en la primera categoría en la que expresaron:

“Si, sí, muy querida, muy familiar lo trata a uno con ese cariño que es eso lo que uno necesita cariño y es la verdad uno necesita eso... y la niña lo atiende a uno bien, es muy querida” **(E1)**

“Ella es cariñosa con toda la gente, ella le habla a uno bien no tengo queja la verdad y yo veo que así pasa con toda la gente lo trata a uno con educación, con decencia le habla bien a uno”. **(E3)**

La experiencia del adulto mayor que asiste al programa de crónicos muestra que el trato hace parte de la relación enfermera – paciente evidenciado por un trato

amable. En la bibliografía consultada se encuentra que una buena atención ambulatoria comprende las medidas necesarias para lograr no solo el bienestar de los individuos sino también de la sociedad y más aún cuando se trata de programas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad dado que de esta forma aumenta la receptividad de los pacientes generando cambios positivos en su salud. (OMS, 1986).

Se obtienen resultados que demuestran que los pacientes son receptivos con la enfermera que se relaciona con ellos con un trato amable que los motiva a asistir a los talleres logrando no solo el éxito de estos sino también la incorporación de hábitos saludables y a asumir su enfermedad positivamente evitando complicaciones.

5.1.2 La enfermera escucha atentamente lo que manifiesta el paciente

Una vez se aclara la relación que existe en este binomio se identifica también que la enfermera escucha atentamente lo que manifiesta el paciente y esta se convierte en la segunda categoría en la que los adultos expresaron:

“Si aja ella le responde a uno muy bien, le explica a uno si no entiende y si no sigue entendiendo uno, ella lo hace de nuevo, no se pone brava y sé cosas de mi enfermedad gracias a lo que ella dice, por eso la quiero tanto” **(E3)**

“Ella se preocupa por nosotros ya que nos iban a quitar el salón ella busco desesperada donde era que nos iban a dejar quien hace eso por uno nadie ni los hijos, y ella pensando en sus pacientes se nota que le importamos”. **(E3)**

“Ella es muy buena es la única que nos atiende nuestras quejas pero hay cosas que ella no nos puede solucionar pero nos orienta y nos dice que podemos hacer y nos manda al hospital o a la secretaria de salud”. **(E6)**

Los adultos mayores refirieron que la enfermera escucha atentamente sus inquietudes resolviendo preguntas relacionadas con su tratamiento y enfermedad

y de situaciones que no hacen parte del programa. Como se cita en el artículo “El arte del cuidado de enfermería de Florence Nightingale a Jean Watson” (Luévano, S., 2008) la importancia de la escucha en el cuidado de enfermería representa el grado de involucramiento de la enfermera con el paciente generando espacios que propician su bienestar supliendo necesidades.

Se aprecia entonces cómo el cuidado holístico va más allá de la salud de los pacientes logrando una relación con el paciente que, como menciona Jean Watson, le permite a la enfermera conocer su campo fenomenológico y brindando un cuidado transpersonal. (Marriner, T., 2005)

5.1.3 El taller del programa de prevención y control de personas con enfermedades crónicas repercute en forma positiva sobre la salud de los pacientes

Al identificar la relación enfermera – paciente y la forma en la que esta se dirige al paciente se puede entrar a discutir el impacto del programa de prevención y control de personas con enfermedades crónicas y de las respuestas dadas por los entrevistados se encuentra la tercera categoría: el taller repercute en forma positiva sobre la salud de los pacientes en la que los adultos expresaron:

“No si el taller para nosotros es muy bueno, la información que nos dan es muy útil acá yo no rebajo taller así me toque trabajar, porque me gusta compartir con los compañeros, ha habido jefes muy magnificas, aprende uno a convivir con la enfermedad, a manejar la alimentación a tomarse los medicamentos, estos talleres son bastante favorables y sale uno como más relajado más enterado de cosas cada taller le informan sobre un caso de salud, nos han enseñado de las diferentes enfermedades, cada taller hay actividades productivas porque le enseñan a llevar la enfermedad que uno padece. Me ha enseñado bastantes cosas. Va uno actualizándose y mejorando la relación jefe-paciente” **(E6)**

Aunque se busca evaluar la repercusión del programa vemos como para los entrevistados todo se reduce al taller que hace parte de esta estrategia y que se hace mensualmente, no se visualiza el programa como un conjunto de actividades sino que todo se limita a los 2 horas mensuales del taller programa de prevención y control de personas con enfermedades crónicas donde se asignan las citas médicas, los medicamentos y laboratorios.

Sin embargo, es importante recordar que la relación terapéutica, siendo uno de los pilares más importantes de la profesión de enfermería, permite el acercamiento a los pacientes; en este caso los adultos mayores identifican este vínculo en el momento que la enfermera los orienta y dirige el tratamiento para mantener el control de su enfermedad crónica y evitar complicaciones que lo afecten a futuro. Manifestaron también la importancia de la intervención de la enfermera y los controles a los que asisten para mantener un estilo de vida saludable. En la literatura se expone que la relación terapéutica permite la construcción de un binomio salud-enfermedad por el que se transmiten significados entre grupos y personas favoreciendo el restablecimiento de la salud del paciente.

5.1.4. El taller del programa de prevención y control de personas con enfermedades crónicas es un espacio de interacción y esparcimiento

Ahora que se empieza a hablar sobre el Programa de atención a pacientes con enfermedades crónicas surge una cuarta categoría en la que se encuentra que el Programa de prevención y control de personas con enfermedades crónicas es un espacio de interacción y esparcimiento dado que los adultos expresaron:

“Porque a veces uno tiene altercados con los nietos, con los hijos y uno se siente triste y entonces uno anhela salir a una recreación o venirse uno acá pa la reunión” **(E1)**

“Si yo me siento motivado a venir al taller porque esta uno con los compañeros, hay compañeros que dicen que solo van para que les pongan el sello de los medicamentos pero yo en mi concepto no, yo voy porque me gusta, porque cada que vengo a un taller conozco enfermeras, conozco personas, me siento más relacionado con la enfermedad” **(E6)**

Los resultados obtenidos mostraron que los adultos mayores encuentran en el taller del programa de prevención y control de personas con enfermedades crónicas un espacio de interacción con la enfermera y los integrantes del programa en el que pueden conversar, distraerse, divertirse y expresar dudas e inquietudes relacionadas con su enfermedad, discutir estrategias para mejorar estilos de vida, disminuir el estrés y conocer personas.

Identificar el Programa de prevención y control de personas con enfermedades crónicas como un espacio que no se limita a tratar temas de salud se convierte en el apoyo que el adulto busca en una enfermera fortaleciendo los vínculos que se crean entre los dos y dando la oportunidad de crear una relación sólida que favorece su bienestar e interacción social. Resulta interesante encontrar que aunque el programa ofrece asesoría psicológica los adultos encontraron en el taller el espacio propicio para dialogar y exponer inquietudes sobre diversos temas.

5.2 TEMA 2: Calidad del Cuidado

La calidad del cuidado no solo se evidencia en la prestación de servicios sino también en la capacidad que tiene el profesional de enfermería para relacionarse desde otras perspectivas con el paciente propiciando una atención de calidad en pro del bienestar y salud de cada una de las personas sujetas al cuidado de enfermería. “El cuidado de enfermería no es un acto sencillo y habitual,

característico del cuidado como actividad humana, la forma organizada de cuidar constituye una disciplina humanística y sanitaria que utiliza conocimientos científicos naturales, sociales y de conducta”. (Molina Restrepo, M. E., 2006)

5.2.1 Todos los talleres son iguales

El primer componente de la calidad de cuidado hace referencia a la forma en la que se desarrollan los talleres mensuales del programa de atención para pacientes crónicos del que los adultos expresaron lo que se convierte en la primera categoría: “todos los talleres son iguales”:

“Siempre tengo que venir y debieran venir los que vienen nuevos y ver que cada mes es la misma historia, cada mes venimos a que a mover los pies a hacer ejercicios eso está muy bonito, pero como te digo para que no comamos esto, que nos tomemos la pastica a tiempo que los medicamentos son cada hora que no tomemos muchos medicamentos porque nos intoxicamos todo eso siempre es lo mismo”. **(E1)**

“Le explican a uno todo-todo lo que hay que saber a las enfermedades, que el hipertenso, que el diabético que el que tiene EPOC que tiene que hacer y lo que no debe hacer para estar bien porque eso ya uno lo sabe tanto tiempo viniendo eso se vuelve repetitivo y no se lo graba y ya lo sabe antes uno le enseña a los nuevos todo”. **(E2)**

“Todas las charlas son diferentes pero la temática siempre es la misma y es repetirnos como debemos tomarnos los medicamentos, cuantas veces al día y como nos las debemos tomar y los ejercicios que nos enseñan”. **(E5)**

Los adultos mayores coinciden en afirmar la monotonía de los talleres argumentando que el contenido de la información siempre es el mismo y es una

situación que han vivido a lo largo de su experiencia en el programa de crónicos, no encuentran novedad en los temas expuestos por las enfermeras y aunque las estrategias son distintas la información no es nueva y manifiestan que no les aporta algo nuevo.

5.2.2 La enfermera reconoce al paciente y sabe quién es

Por otra parte se encuentra una segunda categoría que se denominó “la enfermera reconoce al paciente y sabe quién es” dado que los entrevistados reconocieron esta importante característica propia de la calidad del cuidado de enfermería:

“Porque ella siempre está pendiente de uno ella sabe quién es uno lo que necesita a pesar de que somos tantos y tantos ella se busca la forma de apoyarnos se da cuenta si uno no viene, eso es con todos aunque hay gente que no agradece” **(E3)**

“Antes había una jefe muy buena pero ella se fue. Ella tenía un programa como más avanzado, le llegaba a uno mejor dicho, ella sabía de cada paciente sus necesidades, ella nos conocía demasiado entonces por ejemplo ella me decía: “Don ____ ¿cómo le fue con subir de peso?” y entonces ella ya no más con mirar el carné ya sabía que tenía uno como iba en su enfermedad”. **(E6)**

Los adultos mayores manifestaron sentirse identificados o reconocidos por la enfermera valorando el hecho que a pesar de que el programa lo conforman cientos de adultos ella tiene la capacidad de diferenciarlos y cuando este reconocimiento se da, la catalogan como “muy buena enfermera”. Como se expuso en el marco teórico, el proceso de enfermería inicia en el momento que se identifica su paciente ya que es un proceso inmediato, en el cual debe adquirir cierto grado de confianza para abordar al paciente frente a las necesidades que desea que se suplan, el cual no puede ser direccionado por medio de protocolos que direccionen el proceso es innatamente la interacción social que hacen todos

los seres humanos pero este en especial es con un fin terapéutico en beneficio del paciente. (Nogales, A., 2011).

5.2.3 El tiempo del taller del programa de prevención y control de personas con enfermedades crónicas no es suficiente

Aun cuando los entrevistados reconocen que la enfermera los identifique no sienten que el tiempo del taller del programa de prevención y control de personas con enfermedades crónicas sea suficiente y es así como nace la tercera categoría: el tiempo del taller del programa de prevención y control de personas con enfermedades crónicas no es suficiente:

“Hay veces que el tiempo no alcanza para uno, por ejemplo preguntarle algo, porque siempre somos bastantes adultos los que venimos. Pero cuando ella tiene tiempo le hace a uno explicaciones. Hay veces el tiempo no alcanza por ejemplo para uno preguntar porque está ocupada, pero si puede le explica a uno y es muy cariñosa, muy amable” **(E4)**

La experiencia es que el tiempo destinado para los talleres del es insuficiente para tener la oportunidad de hablar a solas con la enfermera evitando así la creación de un vínculo enfermera – paciente de calidad. Retomando lo encontrado en la revisión de artículos científicos relacionados con el tema se encuentra que “el servicio de enfermería es la interacción de la enfermería con la persona/usuario-cliente. No es un proceso tangible, ya que es un servicio que se da en el mismo momento de la interrelación. El producto es complejo, ya que se brinda en el momento de la relación.” (Abaunza de González, M., 2007)

La poca disponibilidad de tiempo en los talleres del programa para interactuar con todos los pacientes representa un obstáculo en el cuidado de enfermería dado que como se mencionó con anterioridad, la interacción con el paciente es un proceso complejo que se da en el momento de la relación (Abaunza de González, M.,

2007) y si este no es suficiente esto no podrá llevarse a cabo disminuyendo las posibilidades de brindar un cuidado de calidad que beneficie al paciente.

5.2.4 El paciente cree en el conocimiento que posee la enfermera

En las entrevistas realizadas se encuentra una cuarta categoría en la que los adultos mayores manifiestan creer en el conocimiento que posee la enfermera que desarrolla el taller mensual del programa de atención a pacientes crónicos:

“Pues que le digo lo que le pregunto ella contesta porque para eso es enfermera debe saber y si ella me explica y siento confianza para preguntarle porque ella sabe” **(E2)**

“Se la resuelve a uno ella sabe de todo eso del cuerpo y lo que lo enferma por eso ella está aquí para ayudarnos y yo le creo a ella todo lo que me dice le pongo atención porque si no me enfermo más y yo quiero estar bien”. **(E3)**

Se encuentra que el conocimiento de la enfermera les genera confianza y gracias a ello le hacen preguntas en busca de alternativas o situaciones particulares que modifiquen positivamente sus hábitos en el tratamiento de su enfermedad. Apoyándonos en la bibliografía consultada es importante destacar que esa comunicación implica no solo al receptor sino también a la enfermera como transmisora (Báez, F. ; Nava, V.; Ramos, L.; Medina, 2009) convirtiéndose en un proceso interactivo que implica confianza. (Waldow, V. R., 2009)

5.2.5 El paciente manifiesta que no confía en los conocimientos de la enfermera.

A pesar de estos resultados se identifica otro grupo de adultos mayores que manifiesta lo contrario y surge una quinta categoría en la que “el paciente manifiesta no que no confía en los conocimientos de la enfermera:

“Yo acudo más que todo es al médico porque a él le puedo preguntar mejor de mi enfermedad de mis cosas de mi cuerpo e inquietudes, pues ellos si tienen ese don y aunque muy poquito se han equivocado, porque la enfermera si una enfermera no puede ser comparada jamás nunca con un médico, la enfermera aplica las inyecciones y ya”. **(E1)**

“Yo no confié a veces ni en la enfermera ni aún en los médicos tengo han habido unas experiencias muy tristes con los médicos y aún con las enfermeras que de pronto dijeron algo y no era cierto” **(E1)**

“Pues ellas saben un poquito pero más que todo eso hay que decírselo al médico porque pues ellas si le dicen a uno pero por ejemplo hoy que hablaron del infarto y la osteoporosis pero no es mejor con el médico” **(E5)**

Para estos adultos mayores los conocimientos de la enfermera no son suficientes o son poco confiables y mostraron tener preferencia por el médico a la hora de tratar aspectos relacionados con su enfermedad, se observa entonces como la falta de confianza hacia la enfermera disminuye la calidad del cuidado y dificulta el acto de cuidar.

Se encuentra entonces cómo las opiniones sobre los conocimientos que posee la enfermera están divididas entre los adultos mayores dado que no todos sienten la misma confianza cuando se habla sobre las dudas que surgen sobre su enfermedad y tratamiento y algunos sienten preferencia por el consejo de los médicos aun cuando se relacionan con más frecuencia con la enfermera.

5.2.6 La atención es oportuna y en el tiempo adecuado

Si se discute sobre la atención que reciben por parte del programa de prevención y control de personas con enfermedades crónicas a través de los talleres, se encuentra la sexta categoría: “la atención es oportuna y en el tiempo adecuado”:

“Cada vez que llega a la cita ella está ahí no llega tarde y siempre la veo nunca me niegan las citas cada mes estoy con ella y con el medico cada tres meses no he tenido problema con ello” **(E2)**

“Pues la atención es suficiente cada mes porque uno también tiene cosas que hacer y ese tiempo es suficiente” **(E4)**

Los adultos mayores coinciden en afirmar que la atención que el programa les da es oportuna y que el tiempo que transcurre entre los talleres es justo, resaltan la puntualidad y presencia de la enfermera en cada taller. La atención oportuna hace parte de la calidad del cuidado porque nos indica que el paciente está recibiendo los cuidados cuando los necesita.

5.2.7 El paciente asiste al taller del programa de prevención y control de personas con enfermedades crónicas por obligación.

A pesar de la conformidad manifestada por los participantes se encuentra durante la realización de la entrevista semiestructurada que su asistencia a los talleres del programa de prevención y control de personas con enfermedades crónicas no es del todo voluntaria y se identifica la séptima categoría “el paciente asiste al taller por obligación” dado que los adultos mayores expresaron:

“Claro toca venir porque si no, no me dan cita con el médico y mis medicamentos yo no tengo plata para comprarlos mis hijos no me ayudan y esta es la forma para controlar la tensión y no enfermarme porque he estado grave cuando no tomo los medicamentos y pues estoy aquí en el programa acompañada no estoy sola”. **(E3)**

“Ya no nos dan cita en ninguna parte si no asisten a las reuniones, no dan citas o llamar por teléfono o al centro de higiene se la niegan” **(E1)**

“El carné es para anotar el peso, la talla como está la hipertensión ese día que nos la toman, ellas ven que uno sea cumplido con las citas, porque si no venimos al taller no hay cita y no hay médico que es lo más primordial”. **(E5)**

Los participantes en el estudio expresaron que la asistencia al taller es de carácter obligatorio dado que es el único espacio en el que tienen acceso a las fórmulas para los medicamentos y recibir las citas médicas dado que para ellos la atención médica es lo primordial. Estas respuestas coinciden con las personas que manifestaron su inconformismo con la monotonía de los talleres.

Valorar la percepción de los adultos sobre la asistencia al taller le permite al profesional de enfermería conocer la percepción de las personas que pertenecen a este taller para establecer las debilidades que este presenta corrigiéndolas oportunamente dado que, como se encuentra en la literatura, la satisfacción de los usuarios es un indicador de calidad (Abaunza de Gonzalez, M., 2007) que nos ayuda a mejorar nuestro ejercicio profesional.

NECESIDADES Y EXPECTATIVAS

OBJETIVO 2: Conocer las necesidades y expectativas del adulto mayor que surgen a partir de las experiencias frente al cuidado de enfermería (relación enfermera-paciente y calidad del cuidado) recibido en programa de prevención y control de personas con enfermedades crónicas de una institución de I nivel de atención.

5.3 TEMA 1: Relación Enfermera - Paciente

5.3.1 Percepción del paciente frente a la función de la enfermera en el taller educativo del programa de prevención y control de personas con enfermedades crónicas

“Nos da la formula médica para reclamar los medicamentos cada 3 meses” **(E1)**

“Yo acudo más que todo es al médico porque a él le puedo preguntar mejor de mi enfermedad de mis cosas de mi cuerpo e inquietudes, pues ellos si tienen ese don y aunque muy poquito se han equivocado, porque la enfermera si una enfermera no puede ser comparada jamás nunca con un médico, la enfermera aplica las inyecciones y ya”. **(E1)**

“Cada mes nos da una charla para que uno esté bien y los medicamentos, las formulas las citas con el medico eso ayuda a que uno esté bien”. **(E3)**

“La función de ella es que ella nos da las citas, también nos da explicaciones”. **(E4)**

Para más de la mitad de los entrevistados, la función de la enfermera encargada de desarrollar el taller del programa de prevención y control de personas con enfermedades crónicas radica en la asignación de citas médicas, autorizaciones para obtener los medicamentos y es la encargada de dictar charlas sobre temas de la salud. Ninguno identificó la función de la enfermera como aquella que se encarga de brindar cuidados y que, como se expuso en el marco teórico, se fundamenta en sus propias teorías, tecnologías y conocimientos dados a partir de la comunicación y relación interpersonal humanizada entre el profesional de enfermería y el sujeto de cuidado con el propósito de promover la vida, prevenir la

enfermedad, intervenir en el tratamiento, en la rehabilitación con el fin de desarrollar, en lo posible, las potencialidades individuales y colectivas.

5.4 TEMA 2: Calidad del Cuidado

5.4.1 Necesidad de cambiar la metodología utilizada en los talleres y la necesidad de asistir a los mismos

“Pues lo único que yo quisiera es que los que ya tenemos años aquí y estos centros de salud saben que uno lleva años tomando el mismo medicamento pa la tensión, me agradecería que pusieran cartas en el asunto que los que somos antiguos no tener que asistir al programa nos dieran cita particular no tuviéramos que asistir obligatoriamente, pero en cuanto al programa está muy bien me parece excelente la enfermera pero como yo te dije ya uno esta empapado de esto uno ya sabe todo y tener que venir porque si no, no nos dan cita, o los medicamentos”
(E1)

“Nosotros los que llevamos años sabemos, estamos bien informados de que no comamos fritos de que hagamos ejercicio bueno estamos bien adiestrados pero resulta que como es obligación según dicen las señoritas del ministerio de salud”.
(E1)

“El carné es para anotar el peso, la talla como está la hipertensión ese día que nos la toman, ellas ven que uno sea cumplido con las citas porque si no venimos al taller no hay cita y no hay médico que es lo más primordial... porque si uno no viene no hay medicina, óigase bien si no asiste uno a los talleres no dan medicina”
(E5)

La primera necesidad identificada se relaciona con la asistencia a los talleres de las personas que llevan varios años en el programa de crónicos, ya se han familiarizado con su enfermedad y sienten que no necesitan recordar esta

información dado que ya la conocen y manejan pero deben seguir atendiendo a estos talleres ya que es el único medio para obtener una cita médica y los medicamentos; en adición a esta necesidad, expresan que la dinámica de los talleres podría ser mejor:

“Pues yo soy un dinamizador de abuelos yo manejo como unos trescientos yo he venido aquí estos talleres pero hace falta que sea más dinámico porque es como siempre lo mismo y eso cansa el ambiente es poco alegre que hicieran más cosas, otros ejercicios que nos dieran refrigerio y el tiempo es muy poco aquí no se puede tocó correr porque ya se acaba el tiempo y la enfermera se tiene que ir.”

(E2)

Los adultos mayores manifestaron su insatisfacción con la monotonía de los talleres, se identifica la necesidad de encontrar alternativas que hagan de este programa un espacio más dinámico e innovador. Como se encuentra en respuestas anteriores, los entrevistados encuentran en el taller de crónicos un espacio de esparcimiento que los motiva a asistir sin embargo, la necesidad de recibir tratamiento y de ser valorado por el médico es primordial y recibir su tratamiento prima la verdadera razón por la que asisten.

Dentro de las expectativas del adulto mayor en el taller de crónicos ellos expresaron su deseo de complementar la atención recibida en el programa e incrementar actividades en las que exista interdisciplinariedad y contengan momentos de recreación que complementen su salud y que ya se han llevado a cabo pero se dejaron de hacer:

“Pues de pronto sí que viniera por decir como un odontólogo que uno tuviera otros servicios, me gusta que sea cada mes, el tiempo depende de la gente que haya entonces eso si toca el que le den, pero es tiempo suficiente 2 horas.” **(E4)**

“Me gustaría que nos hicieran más ejercicios, que las niñas tuvieran unas horitas para hacer ejercicio o salir a hacer una caminata o hacer unas onces que eso

poco pues porque ellas tienen su trabajo. Actividades que no fueran solo de salud aunque si saliéramos a hacer una caminata o danzas, eso se hacía pero ya no porque las personas se fueron, otras se murieron y eso hace falta, recrearnos. Como personas que somos necesitamos recrearnos” **(E5)**

5.4.2 Inadecuada atención recibida por parte de la farmacia

Otra de las necesidades que frecuentemente mencionaron durante la entrevista hacía referencia a la atención que reciben por parte de la farmacia, la segunda categoría identificada, aunque esta no es una función directa de enfermería, es importante resaltar que si un control farmacológico es imposible controlar la enfermedad y si se presentan estos inconvenientes la enfermera se debe convertir en gestora de soluciones que le permitan complementar su cuidado:

“Si me gustaría que la farmacia lo trate a uno bien porque lo tratan como si uno no perteneciera al programa como algo así que no hay que si hay, que venga en ocho días, que yo la llamo entonces lo ponen a uno pa allá y pa acá, eso es como lo que no me gusta, perder tiempo”. **(E3)**

Durante el desarrollo de las entrevistas, los adultos mayores manifestaron su inconformismo con la atención recibida por parte de la farmacia dados los inconvenientes que tienen a la hora de reclamar los medicamentos, no solo existe una demora en el despacho de los mismos sino que el trato por parte de las personas encargadas de entregar los medicamentos no es amable. Es una necesidad identificada muy importante dado que el taller por sí solo no puede garantizar el bienestar de los adultos mayores si ellos no reciben los medicamentos que van a contribuir a mantener un buen estado de salud.

6. CONCLUSIONES

- La enfermera ofrece un cuidado humanizado, los participantes manifestaron que tener un buen trato es un aspecto importante en la motivación para consultar y asistir a los controles y al ser escuchados encuentran un espacio para interactuar en el que sienten la libertad de expresar necesidades e inquietudes.
- La relación terapéutica que hace parte de la relación entre la enfermera y el adulto mayor, es vista por los participantes como la forma de mantener controlada su enfermedad crónica, de adquirir habilidades para mantener estilos de vida saludable que mejoren su calidad de vida, demostrando un impacto positivo del taller sobre su salud.
- Los adultos mayores expresaron que el taller del programa de prevención y control de personas con enfermedades crónicas es un espacio en el cual pueden interactuar con sus compañeros para hablar y compartir temas de su interés asociado a que tienen una actividad diferente a estar en su casa, cuidar los nietos y actividades en el hogar, haciendo del taller un espacio de interacción social que no sólo tiene fines terapéuticos.
- En cuanto a la credibilidad de la información y conocimientos del profesional de enfermería se identificó que los adultos mayores tienen opiniones divididas al respecto, precisamente basados en su experiencia: Aunque algunos adultos mayores manifestaron confiar en la información recibida por la enfermera, otros expresaron su poca credibilidad asociada a experiencias previas frente a la información suministrada.
- La calidad del cuidado ofrecido por el profesional carece de dinamismo en cuanto a los temas tratados durante el taller que se ofrece cada mes, la información que expone la enfermera no solo debe estar enfocada a la

enfermedad sino que debe procurar tratar temas en salud y bienestar que motiven aún más los encuentros y evitar la monotonía en las actividades en las que participan los adultos mayores.

- Los adultos mayores expresaron que la enfermera los reconoce en el momento de asistir al taller es decir sabe quién es cada uno y esto es un aspecto importante en cuanto a ese vínculo del paciente y la enfermera el cual motiva a los adultos mayores.
- El tiempo dedicado en el taller de este programa los adultos mayores refirieron que el tiempo es muy corto y no les permite tener un mayor contacto e interacción con la enfermera lo que limita al profesional para ofrecer un cuidado con calidad que permita llevar a cabo acciones no solamente en el lugar de encuentro sino que puedan ofrecer otro tipo de actividad.
- Los adultos mayores refirieron creer en los conocimientos de la enfermera en el momento de consultar cualquier inquietud con ella, también dicen sentir confianza en lo que ella les habla e informa lo cual repercute positivamente en la solución de inquietudes y llevar esta información a la práctica.
- Otro aspecto importante que algunos adultos mayores no sintieron confianza en los conocimientos de la enfermera, experiencias anteriores con otros profesionales de enfermería en situaciones distintas generó en los adultos mayores esa desconfianza en el momento de resolver inquietudes de salud prefieren consultar y acudir al médico.
- Los adultos mayores mostraron estar conformes con la atención oportuna a todos los talleres del programa en cual se sentían a gusto ya que nunca se les incumplió con la cita o la enfermera llegara tarde al taller referían que ella es muy cumplida y se sienten complacidos al ser atendidos oportunamente.

Se concluye entonces, que aunque las experiencias del adulto mayor muestran que la enfermera tiene una buena actitud frente a ellos en los talleres educativos ofrecidos por el programa de prevención y control de personas con enfermedades crónicas y estos a su vez se sienten satisfechos con la atención que reciben de su parte, no se identifica este programa como el conjunto de actividades y estrategias lideradas para un cuidado holístico, sino que se reduce a la asistencia a los talleres educativos que establece el programa para recibir las citas médicas y las órdenes para el despacho de los medicamentos distorsionando los alcances del desempeño del profesional de enfermería.

Las experiencias del adulto mayor manifiestan la necesidad de replantear el desarrollo de los talleres en los que la enfermera interactúa con ellos, para crear un espacio que se desligue de las actividades administrativas propias del programa y posibilite la creación de un vínculo enfermera – paciente que se caracterice por un cuidado de calidad holístico, que no dependa del tiempo y que motive a los adultos mayores a asistir a los talleres educativos para que esta relación se fortalezca y genere impactos positivos sobre su salud.

Por último nace la inquietud sobre la coordinación interdisciplinaria de la enfermera ya que los adultos no manifestaron haber tenido contacto con otros profesionales a través del programa al que pertenecen y dadas las respuestas que se dieron en el estudio es un punto importante a estudiar debido a que por ley ellos tienen el derecho a acceder a citas con ellos. Se sugeriría entonces una participación más activa por su parte en este aspecto dado que a través de estas actividades logra dar un cuidado holístico.

7. RECOMENDACIONES

Las siguientes recomendaciones se exponen después de realizar la presente investigación, consideramos podrían llevarse a cabo para dar respuesta a las necesidades y expectativas de los adultos mayores frente al cuidado de enfermería.

El programa de prevención y control de personas con enfermedades crónicas es un espacio importante para el manejo y control de las enfermedades crónicas en los adultos mayores, un aspecto importante que el profesional de enfermería debe tener en cuenta a partir de las necesidades y expectativas de los adultos mayores para implementar actividades más enfocadas en el bienestar físico y mental que motive su asistencia y no sea una obligación para las personas que llevan años asistiendo a los talleres. Se sugiere igualmente que los adultos mayores tengan mayor acceso o conocimiento a las citas con psicólogos y/o nutricionistas que ofrece el programa a través de la resolución 4003 de 2008 para que estos tengan la oportunidad de concebir este programa de atención como un conjunto de estrategias holísticas que no se reducen a los talleres educativos.

Un aspecto relevante a considerar por parte del profesional de enfermería es que la metodología para abordar al adulto mayor debe estar en constante cambio siendo modificada por las sugerencias que estos hagan en evaluaciones periódicas sobre el desempeño de la enfermera y desarrollo del taller evitando así talleres rutinarios y monótonos a los que deban asistir por obligación.

Como último aspecto se recomienda una mejor comunicación con el departamento de farmacia para garantizar la adquisición de medicamentos a los adultos mayores que hacen parte del taller para que de esta forma el mantenimiento de su salud no solo se componga del aspecto educativo sino también del régimen terapéutico que

estos deben llevar en caso dado que sin ellos es indispensable un estado de salud óptimo.

Para finalizar se hace importante recordar que la población que padece algún tipo de enfermedad crónica ya ha sido considerada como prioridad a nivel mundial y en nuestro país a través de la legislación se ha tratado de hacer lo mismo, motivo por el cual estos espacios se convierten en escenarios indispensables para mejorar las condiciones de salud de las personas.

Con lo anterior se evidencia que las experiencias del adulto mayor en relación al cuidado de enfermería son una herramienta para evaluar el abordaje que se está realizando por parte del profesional en este Programa de atención a pacientes crónicos, es importante resaltar el trabajo que se está desarrollando desde enfermería en el control y manejo de las enfermedades crónicas siendo esta una problemática mundial de la que nuestro país no es ajeno , por medio de esta intervención se contribuye a disminuir esta problemática de salud pública pero es indispensable que la calidad del cuidado cada día sea mejor y se aborde al sujeto de cuidado de forma integral como ser humano.

BIBLOGRAFIA

- Abaunza de González, M. (2007) Avances en enfermería ¿el proceso de enfermería hace parte del cuidado? *Av. Enferm*, 25(2), 141-147. Recuperado de: <http://www.revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/viewFile/12817/13415>
- Aguirre Raya, D. A. (2004) Fundamentos de la relación enfermera-persona sana o enferma. *Rev. Cubana Salud Pública*, 30(4) Recuperado de: http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-34662004000400010&lng=es&nrm=iso.
- Alcaldía Mayor de Bogotá. (2011). *Primera encuesta distrital de demografía y salud*. Bogotá. Recuperado de: <http://www.demografiaysaludbogota.co/admin/acrobat/resumendeprensa.pdf>.
- Alcaldía Mayor de Bogotá. (2012) *Ubicación geográfica, localidad de Usme*. Recuperado de: <http://www.usme.gov.co/index.php/disfrutando-mi-localidad/ubicacion-geografica>
- Amengual, G. (2007) El concepto de experiencia: de Kant a Hegel. *Tópicos*. (15) Recuperado de http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1666-485X2007000100001&lng=es&nrm=iso.
- Andersson, A.; Hansebo, G. (2009) Elderly peoples' experience of nursing care after a stroke: from a gender perspective. *Journal of Advanced Nursing*, 65(10), 2038 – 2045.

- Angulo López, E. (2012) *Política fiscal y estrategia como factor de desarrollo de la mediana empresa comercial sinaloense: un estudio de caso. Metodología cualitativa*. Recuperado de:
http://www.eumed.net/tesisdoctorales/2012/eal/metodologia_cualitativa.html
- Asociación Probienestar de la Familia Colombiana Profamilia. (2011) *Encuesta Distrital de Demografía y Salud Localidad de Usme 2011*. Recuperado de:
<http://alimentabogota.gov.co:8081/documents/10157/53591/usme.pdf>.
- Báez, F. ; Nava, V.; Ramos, L.; Medina, O. (2009) El significado de cuidado en la práctica profesional de enfermería. *Aquichan*, 9(2).
- Barón, M. M.; Soto, M.; Tobón, N. (2011) Vivencia de la hipertensión arterial en la mujer adulta mayor: una experiencia silenciosa y en soledad. *Cult. cuid. Enferm*, 8(2), 16-27.
- Barrios Araya, S.; Arechabala Mantuliz, M. C.; & Valenzuela Parada, V. (2012) Relación entre carga laboral y burnout en enfermeras de unidades de diálisis. *Enferm Nefrol*, 15(1), 46-55. Recuperado de:
http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S2254-28842012000100007&lng=es&nrm=iso.
- Ben Natan, M. (2008) Perceptions of nurses, families, and residents in nursing homes concerning residents' needs. *International Journal of Nursing Practice*, 14(3), 195-199.
- Cafam (2008) *Causas de deserción al programa de atención integral al adulto mayor*. Bogotá: Cafám.
- Campos, P.; Barbosa, M.; Fernandez, G. (2011) El estudio de la fenomenología como una vía de acceso a la mejora de los cuidados de enfermería. *Cultura de los cuidados*, (29).

- Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía (CELADE). (2002) *Los Adultos mayores en América Latina y el Caribe, Datos e indicadores*. Madrid. Recuperado de: <http://www.redadultosmayores.com.ar/buscador/files/ORGIN003.pdf>
- Comisión Estatal de Derechos Humanos de San Luis Potosí. (2011) *Proyecto de declaración de los derechos del adulto mayor*. Recuperado de: <http://www.who.int/features/qa/42/es/index.html>.
- Conferencia Internacional de la Promoción de la Salud. (1992) *Declaración de la conferencia internacional de la promoción de la salud*. Bogotá, Colombia. Recuperado de: ftp://ftp2.minsa.gob.pe/descargas/dgps/documentos/doc_inter/santa_fe_bogota_92.pdf.
- Congreso de la República de Colombia. (1996) *Ley 266*. Recuperado de: http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley/1996/ley_0266_1996.html
- Congreso de la Republica de Colombia. (2007) *Ley 1122*. Recuperado de : <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=47766>
- Contel, J. (2012) La atención al paciente crónico en situación de complejidad. *Revista Atención Primaria*, 44(2), 107-13.
- Daza, C.; Medina, L. (2006) Significado del cuidado de Enfermería desde la perspectiva de los profesionales de una institución hospitalaria de tercer nivel en Santafé de Bogotá, Colombia. *Cultura de los cuidados*, 19(10), 55-62.
- Defensoría del pueblo de Colombia. (2010). Evaluación de los Servicios de Salud que brindan las Empresas Promotoras de Salud – 2009. Recuperado de : <http://www.defensoria.gov.co>

atencihttp://www.defensoria.org.co/red/anexos/publicaciones/evaluacionEps
2009.pdf.

Departamento Administrativo Nacional de Estadística. (2005) *Censo General República de Colombia. Población Adulta Mayor*. Recuperado de:http://www.colombialider.org/wp-content/uploads/2011/03/censo_2005_DANE-poblacion_adulto_mayor.pdf

Dogan, H.; Deger, M. (2004) Nursing care of elderly people at home and ethical implications: an experience from Istanbul. *Nursing Ethics*, 11(6), 553-567

Dueñas Ruiz, O. J. (2009). *Lineamientos de política pública para el adulto mayor 2008 – 2009. Definición de lineamientos técnicos, conceptuales y metodológicos para la construcción de políticas públicas en el marco del ciclo vital del adulto mayor. Alcaldía Mayor de Bogotá*. Recuperado de: http://adultomayorbogota.org/doc/informe_final_24_marzo.pdf.

Echeverry, O. (2009). *Observatorio “Salud, Población Y Territorio”. Enfermedades crónicas en América Latina*. Recuperado de: enero 2009 www.cedetes.org/files/BOLETIN2_MAY2009.pdf.

Emami, A.; Ebbeskog, B. (2005) Older patients' experience of dressing changes on venous leg ulcers: more than just a docile patient. *Journal of clinical nursing*, 14(10), 1223 – 1231.

Fagerberg, I.; Kihlgren, M. (2001) Registered nurses' experiences of caring for the elderly in different health-care areas. *International Journal of Nursing Practice*, 7(4), 229-236

Firigua Montero, D. (2010) *Características del proceso de comunicación equipo de salud - adulto mayor con hipertensión arterial. Programa de enfermedades crónicas no transmisibles. Institución primer nivel de atención*. (Tesis de Grado, Pontificia Universidad Javeriana). Recuperada de:

<http://www.javeriana.edu.co/biblos/tesis/enfermeria/2010/DEFINITIVA/tesis08.pdf>.

Fraher, A.; Coffey, A. (2011) Older people's experiences of relocation to long-term care. *Nursing older people*, 23(10), 23-27

Garcia Marco, M. I.; Lopez Ibort, M. N.; & Vicente Edo, M. J. (2004) Reflexiones en torno a la Relación Terapéutica: ¿Falta de tiempo?. *Index Enferm*, 13(47), 44-48. Recuperado de: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962004000300010&lng=es&nrm=iso.

Garcia, M. A., et al. (2005) Mayores en la escena: Hablar de la enfermedad. *Interface (Botucatu)*, 9(18), 537-552.

Gobernación de Risaralda (2008) *Acuerdo 395 de 2008*. Recuperado de: www.risaralda.gov.co/sitio/salud/index.../319-0395-de-ago-132008.

Gualtero, M. L.; Giraldo, E. (2011) *Metodología para la actualización integral del plan obligatorio de salud del sistema general de seguridad social en salud*. Recuperado de: http://www.cres.gov.co/Portals/0/circulares%20externas/CRES%20Metodolog%C3%ADa%20Actualizaci%C3%B3n%20POS_version%20socializacion%20junio%207.pdf

Hall Lord, M. L.; Larsson, G.; Steen, B. (1997) Chronic pain and distress among elderly in the community: comparison of patients' experiences with enrolled nurses assessments. *Journal of nursing management.*, 7(1), 45-54

Henderson, V. (1994) *Desarrollo de un concepto personal. En Naturaleza de la enfermería, reflexiones 25 años después*. México: Interamericana. McGraw-Hill.

- Hernández Sampieri, R.; Fernandez, C.; Baptista, P. (2010) *Metodología de la investigación*. México: Mc Graw Hill.
- Hospital de Usme ESE I Nivel de Atención. (2011). *Programa de atención a pacientes crónicos*. Recuperado de: http://www.eseusme.gov.co/index.php?option=com_content&view=article&id=163&Itemid=201.
- Javesalud. (2006) *Actitud que tienen los trabajadores de la salud y los usuarios de los programas de crecimiento y desarrollo, adulto mayor y planificación familiar en dos sedes de Javesalud IPS*. Bogotá primer semestre.
- Luévano, S. (Enero – marzo, 2008) El arte del cuidado de enfermería : de Florence Nightingale a Jean Watson. *Syntesis*, (45). Recuperado de : http://www.uach.mx/extension_y_difusion/synthesis/2008/10/21/enfermeria.pdf.
- Luis, M.T., Fernández, M.; Navarro, M. (2003) *De la teoría a la práctica. El pensamiento de Virginia Henderson en el siglo XXI*. Barcelona: Masson.
- Mantovani, M. F., et al. (2011) Necesidades de los adultos mayores en la enfermedad crónica. *Rev. Gaucho enferm*, 32(4). Recuperado de: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1983-14472011000400004&lng=en&nrm=iso.
- Marriner. T, (2005) *Modelos y Teorías en Enfermería*. España: Elsevier.
- Melander-Wikman, A.; Fáltholm, Y.; Gard, G. (2008) Safety vs. privacy: elderly persons' experiences of a mobile safety alarm. *Health Soc Care Community*, 16(4), 337-346.
- Mendivil, I. D. (2004) Valoración del riesgo cardiovascular global y prevalencia de dislipemias según los criterios del NCEP-ATP III en una población adulta de

Bogotá, Colombia, División de Lípidos y Diabetes. Facultad de Medicina. Universidad Nacional de Colombia. *Clin Invest Arterioscl*, 16(3), 99-107.

Menéndez, A.; Arcia, N.; & León, M. (2005) Enfermedades crónicas y limitación funcional en adultos mayores: estudio comparativo en siete ciudades de América Latina y el Caribe. *Rev Panam Salud Publica*, 17(5), p. 353.

Ministerio de Educación Nacional de Colombia. (2004) *Ley 911* Recuperado de: http://www.mineducacion.gov.co/1621/articles-105034_archivo_pdf.pdf

Ministerio de la protección social de Colombia (2007) *Política Nacional de envejecimiento y vejez 2007-2019*. Recuperado de: <http://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/Documents/POLITICA%20NAL%20DE%20ENVEJECIMIENTO%20Y%20VEJEZ.pdf>

Ministerio de la Protección Social de Colombia. (2007) *Decreto 3039*. Recuperado de: <http://ebookbrowse.com/decreto-3039-de-2007-plan-nacional-de-salud-publica-2007-pdf-d117824712>

Ministerio De La Proteccion Social de Colombia. (2008) *Resolución 4003*. *Diario Oficial* 47.151. Recuperado de: www.pos.gov.co/Documents/.../resolucion%204003%20de%202008

Ministerio de la Protección Social de Colombia. (2008) *Resolución 4003*. Recuperado de: <http://ebookbrowse.com/resolucion-4003-de-2008-pdf-d61093217>

Ministerio de la Protección Social. (2007) *Diagnostico preliminar sobre personas mayores, dependencia y servicios sociales en Colombia: Población Adulta Mayor según el Censo General de Población y Vivienda*. Recuperado de: <http://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/documents/situacion%20actual%20de%20las%20personas%20adultas%20mayores.pdf>

- Ministerio de la Protección Social. (2007) *Guías de promoción de la salud y prevención de enfermedades en la salud pública*. Recuperado de: <http://www.nacer.udea.edu.co/documentos/dguiadepromocion.htm>
- Ministerio de Protección Social de Colombia. (2011). *¿Qué es el Observatorio de Calidad de la Atención en Salud?. Observatorio de calidad de la atención en salud*. Recuperado de : http://201.234.78.38/ocs/public/que_es.aspx.
- Ministerio de Salud de Colombia. (1994). *Resolución 5261*. Recuperado de: http://www.defensoria.org.co/red/anexos/pdf/11/salud/r5261_94.pdf
- Ministerio de Salud de Colombia. (2012). *Plan decenal para el control del cáncer en Colombia, 2012-2021*. Recuperado de : http://www.cancer.gov.co/documentos/Plandecenalparaelcontroldelcancer/PlanDecenal_ControlCancer_2012-2021.pdf.
- Molina Restrepo, M. E. (2006) *El modelo de salud colombiano y la calidad del cuidado de enfermería*. Recuperado de: <http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/88/181>
- Montalvo, A.; Cabrera, B.; Quiñones, S. (2010) Enfermedad crónica y sufrimiento: revisión de literatura. *Aquichan*, 12(2). Recuperado de: http://www.sci.unal.edu.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1657-59972012000200005&lng=pt&nrm=iso.
- Nogales, A. (2011). Cuidados de enfermería en el siglo XXI: una mirada hacia el arte de cuidar. *Cultura de los cuidados*, (31).
- Organización Mundial de la Salud – OMS. (2010) *Informe sobre la situación mundial de las enfermedades no transmisibles. Resumen de orientación*. Recuperado de: http://www.who.int/nmh/publications/ncd_report_summary_es.pdf.

Organización Mundial de la Salud. (1986) *Carta de Ottawa. Promoción de la salud*. Recuperado de: http://www.promocion.salud.gob.mx/dgps/descargas1/promocion/2_carta_de_ottawa.pdf

Organización Mundial de la Salud. 63ª Asamblea Mundial de la Salud. (2008). *Prevención y control de las enfermedades no transmisibles: aplicación a la estrategia mundial*. Recuperado de: http://apps.who.int/gb/ebwha/pdf_files/WHA63/A63_12-sp.pdf.

Organización Mundial de la Salud. (2011). *¿Qué repercusiones tiene el envejecimiento mundial en la salud pública?*. Recuperado de: <http://www.who.int/features/qa/42/es/index.html>.

Organización Panamericana de la Salud. (2007) *Estrategia regional y plan de acción para un enfoque integrado para la prevención y control de las enfermedades crónicas incluyendo el régimen alimentario, la actividad física y la salud*. Recuperado de: <http://www.msal.gov.ar/argentina-saludable/pdf/reg-strat-cncds.pdf>.

Organización Panamericana de la Salud. (2012) *Crecimiento acelerado de la población adulta de 60 años y más de edad: reto para la salud pública*. Recuperado de: http://new.paho.org/hq/index.php?option=com_content&view=article&id=2796%3Acrecimiento-acelerado-de-la-poblacion-adulta-de-60-años-y-más-de-edad%3A-reto-para-la-salud-publica&catid=1796%3Afacts&Itemid=1914&lang=pt.

Pabón Medina, J. P. (2008) *Calidad del cuidado de enfermería brindado al adulto mayor en el servicio de medicina interna en un hospital de tercer nivel de Bogotá Julio – Octubre de 2008*. (Tesis de Grado, Pontificia Universidad Javeriana). Recuperada de:

<http://www.javeriana.edu.co/biblos/tesis/enfermeria/2008/DEFINITIVA/Tesis25.pdf>.

Pontes, A. C.; Leitao, I. M.; Tigre, A.; & Ramos, I. C. (2008) Comunicação terapêutica em Enfermagem: instrumento essencial do cuidado. *Rev. bras. enferm.* 61(3), 312-318. Recuperado de: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672008000300006&lng=en&nrm=iso.

Presidencia de la República de Colombia. (2006) *Decreto 1011*. Recuperado de: <http://www.alcaldiabogota.gov.co/sisjur/normas/Norma1.jsp?i=19975>

Prochet, T. C.; Paes da Silva, M. J. (2008) Las situaciones de malestar experimentado por los ancianos hospitalizados con la invasión del espacio personal y territorial. *Esc Anna Nery Rev Enferm.* 12(2), 310-315. Recuperado de: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=127715310017>.

Profamilia. (2010). *Adultos Mayores. Encuestas*. Recuperado de: <http://www.profamilia.org.co/encuestas/Profamilia/Profamilia/images/stories/PDF-capitulos/Capitulo-17.pdf>

Quinta Conferencia Mundial de Promoción de la Salud. (2000) *Promoción de la salud: hacia una mayor equidad. México*. Recuperado de: http://www.who.int/healthpromotion/conferences/previous/mexico/en/hpr_mexico_report_sp.pdf.

Quintero, M. T.; Gómez, M. (2010) El cuidado de enfermería significa ayuda. *Aquichan*, 10(1), 8-18.

Roxberg, A.; Eriksson, K.; Rehnsfeldt, A.; Fridlund, B. (2008) The meaning of consolation as experienced by nurses in a home-care setting. *Journal of clinical nursing*, (17), 1079-1087.

- Salazar Maya, A. M.; & Martínez de Acosta, C. (2008) Un sobrevuelo por algunas teorías donde la interacción enfermera-paciente es el núcleo del cuidado. *Av. Enferm*, 26(2), 107-115 Recuperado de: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-45002008000200012&lng=en&nrm=iso.
- Secretaria de salud de Bogotá. (2013) *Hospital de Usme ESE I Nivel de Atención. Puntos de atención*. Recuperado de: http://www.eseusme.gov.co/index.php?option=com_content&view=section&layout=blog&id=1&Itemid=113
- Slettebo, A.; Kirkevold, M.; Andersen, B.; Pedersen, R.; & Halvorsen, K. (2010) Clinical prioritizations and contextual constraints in nursing homes – a qualitative study. *Scandinavian Journal of caring sciences*, 4(18) p. 553-540
- Tsai, Y. F.; Chu, T. L.; Lai, Y. H.; & Chen, W. J. (2008) Pain experiences, control beliefs and coping strategies in Chinese elders with osteoarthritis. *Journal of clinical nursing*, 17(19), 2596 – 2602
- van Zadelhoff, E.; Verbeek, H.; Widdershoven, G.; van Rossum, E.; and Abma, T. (2011) Good care in group home living for people with dementia. Experiences of residents, family and nursing staff. *Journal of clinical nursing*. 20(17), 2490 – 2499.
- Vidal, R.; Adamuz, T.; Feliu, P. (2009) Relación terapéutica: el pilar de la profesión enfermera. *Enfermería global*, 8(3). Recuperado de <http://scielo.isciii.es/pdf/eg/n17/17f02.pdf>.
- Waldow, V. R. (2009) Enseñanza de enfermería centrada en el cuidado. *Aquichan*, 9(3), 246-256.

World Health Organization. (2009) *2008-2013 Action plan for the global strategy for the prevention and control of noncommunicable diseases*. Recuperado de: <http://www.who.int/nmh/publications/9789241597418/en/>.



ANEXOS

ANEXO A. CONSENTIMIENTO INFORMADO

PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA FACULTAD DE ENFERMERIA DEPARTAMENTO DE SALUD DE LOS COLECTIVOS

El contenido de este consentimiento busca dar información para facilitar la toma de decisión en la participación de un estudio de investigación de riesgo mínimo. Sírvase leer en forma minuciosa y cuidadosa. En caso de no comprender algún contenido o presentar dudas en este, indague a quien está encargado del estudio.

Título de la investigación: Cuidado de enfermería desde las experiencias del adulto mayor en el programa de crónicos en una institución de I nivel de la ciudad de Bogotá.

Personas encargadas: Ana María Londoño y Katherine Pérez

Dónde se va a realizar el estudio

El estudio será llevado a cabo en una institución de I nivel de la ciudad de Bogotá, con adultos mayores que asisten al programa de crónicos. Se realizarán entrevistas semiestructuradas a profundidad.

Información general del estudio de investigación

El objetivo de esta investigación es describir las experiencias de la persona mayor frente al cuidado de enfermería recibido en el programa de crónicos de una institución de I nivel de la ciudad de Bogotá.

Plan de estudio

El estudio tiene una metodología con predominio del componente cualitativo en salud, se realizarán entrevistas a los adultos mayores que en forma voluntaria participen en el estudio. Se realizará de forma oral y según la preferencia del entrevistado se registrará en audio.

Beneficios al participar en el estudio

Los participantes tendrán la oportunidad de compartir un espacio en el que darán a conocer sus experiencias y estas se convertirán en una herramienta para que los futuros profesionales de la salud conozcan, a partir de sus apreciaciones, la forma adecuada de relacionarse con ellos cuando acudan a estos programas.

Riesgos en la participación del estudio

Existe el riesgo de que las experiencias compartidas por los participantes generen sentimientos de tristeza o malestar afectando su salud emocional. Para minimizar este riesgo seremos claros en el objetivo del estudio y haremos énfasis en la importancia de su experiencia al convertirse en una herramienta vital que busca generar conocimientos y ser compartidos a las personas que les brindan cuidado.

Confidencialidad – privacidad y anonimato

Los testimonios se expondrán anónimamente en el producto final de la investigación de todos los que hayan firmado el consentimiento informado y durante la recopilación de la información esta se hará de forma privada entre el entrevistado y los investigadores. En caso de tener información de alguna persona que no haya firmado el consentimiento informado, esta será destruida y no se tendrá en cuenta en la investigación.

Participación voluntaria

La decisión de participar en esta investigación es completamente voluntaria. Usted es libre de participar en este estudio así como de retirarse en cualquier momento

antes de terminar la investigación, no tendrá ningún castigo, ni tampoco perderán los beneficios que haya obtenido.

Preguntas – contactos

En caso de requerir preguntar acerca de la investigación, el contacto directo es con:

- Ana María Londoño: anamarialondono17@gmail.com

Tel: 317 653 3383

- Katherine Pérez: katha11041988@hotmail.com

Tel: 3134066108

- Asesora: Liliana Quevedo: quevedo.l@javeriana.edu.co

Pontificia Universidad Javeriana – Facultad de Enfermería – Tel: 3208320
Ext. 2668 Cra 7 No 40-62 7º piso. Hospital Universitario San Ignacio.

CONSENTIMIENTO

De manera libre doy mi consentimiento para participar en este estudio. Entiendo que esta es una investigación. He recibido copia de esta forma de consentimiento informado.

Declaración de investigador

De manera clara he explicado al participante la naturaleza del producto arriba mencionado. Certifico que, basado en lo mejor de mi conocimiento, los participantes que leen este consentimiento informado entienden la naturaleza, los requisitos, los riesgos y los beneficios involucrados por participar en este estudio.

Nombre

Cédula de ciudadanía

Fecha

Firma



ANEXO B: ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA

PONTIFICIA UNIVERSIDAD JAVERIANA
FACULTAD DE ENFERMERIA
DEPARTAMENTO DE SALUD DE LOS COLECTIVOS

***“CUIDADO DE ENFERMERIA DESDE LAS EXPERIENCIAS DEL ADULTO
MAYOR EN EL PROGRAMA DE CRONICOS DE UNA INSTITUCION DE I NIVEL
DE LA CIUDAD DE BOGOTA”***

Entrevista: _____

Edad: _____ Sexo: _____

Escolaridad y/o nivel de educación: _____

Tipo de afiliación al Sistema de salud: _____

Ocupación actual: _____

Tiempo de permanencia en el programa de crónicos: _____

Diagnostico(s): _____

RELACIÓN ENFERMERA -PACIENTE

1. ¿Cómo describe usted el programa de crónicos?
2. ¿Cuál cree usted que es la función de la enfermera?
3. ¿Cómo es la relación que tiene con la enfermera?
4. ¿Qué siente a la hora de tratar algún tema con la enfermera sobre su enfermedad o tratamiento?

5. ¿Cómo describe usted el acompañamiento de la enfermera en el programa de crónicos?
6. ¿Siente que esa relación con la enfermera en el programa de crónicos ha contribuido a mejorar su salud, a recuperarse de la enfermedad o a resolver sus problemas?
7. ¿Cómo describe usted el acompañamiento de la enfermera en el programa de crónicos?

CALIDAD DEL CUIDADO

8. ¿Considera importante la información que le da mensualmente?
9. ¿La enfermera lo escucha atentamente cuando tiene inquietudes o usted necesita información? ¿es clara la información que le da?
10. ¿Cómo es la información suministrada es clara en las palabras o lenguaje que utiliza la enfermera?
11. ¿Se siente motivado a consultar de nuevo?
12. ¿Desde que hace parte del programa ¿siente que se haya vuelto más cercano a la enfermera?
13. ¿Con respecto a todo lo anterior que necesita el programa al cual usted asiste para que fuera mejor? (necesidades y expectativas)

ANEXO C: CLASIFICACIÓN DE DATOS SEGÚN OBJETIVOS

OBJETIVO 1 – Experiencias

UNIDAD DE ANÁLISIS	CATEGORÍA	CÓDIGO DE LA ENTREVISTA
RELACION ENFERMERA - PACIENTE	La enfermera se dirige al paciente con trato amable	
	La enfermera escucha atentamente lo que manifiesta el paciente	
	El taller del programa de prevención y control de personas con enfermedades crónicas repercute en forma positiva sobre la salud de los pacientes	
	El taller del programa de prevención y control de personas con enfermedades crónicas es un espacio de interacción y esparcimiento	
CALIDAD DEL CUIDADO	Todos los talleres son iguales	
	La enfermera reconoce al paciente y sabe quién es	
	El tiempo del taller del programa de prevención y control de personas con enfermedades crónicas no es suficiente	
	El paciente cree en el conocimiento que posee la enfermera	
	El paciente manifiesta que no cree en el conocimiento que posee la enfermera	
	La atención es oportuna y en el tiempo adecuado	
	El paciente asiste al taller del programa de prevención y control de personas con enfermedades crónicas por obligación.	

OBJETIVO 2– Necesidades y expectativas

UNIDAD DE ANÁLISIS		CATEGORÍA	CÓDIGO DE LA ENTREVISTA
RELACION ENFERMERA - PACIENTE		Percepción de la función de la enfermera en el taller educativo del programa de prevención y control de personas con enfermedades crónicas	
		Necesidad de cambiar la metodología utilizada en los talleres y la necesidad de asistir a los mismos	
CALIDAD DEL CUIDADO		La inadecuada atención recibida por parte de la farmacia	

CUADRO 1. CARACTERIZACIÓN GENERAL DE LOS PARTICIPANTES

Edad (promedio)	68 años
Género	4 mujeres 2 hombres
Escolaridad	3 primaria completa 2 bachillerato incompleto 1 bachillerato completo
Tipo de afiliación al sistema de salud	6 hace parte del Régimen subsidiado
Tiempo de permanencia en el programa	1 7 años 3 5 años 1 4 años 1 3 años