

## Percepción del cuidado de los adultos mayores hospitalizados - un estudio comparativo entre las regiones del Norte y Centro de Portugal

João Paulo de Almeida Tavares<sup>1</sup>

Alcione Leite da Silva<sup>2</sup>

Pedro Sá-Couto<sup>3</sup>

Marie Boltz<sup>4</sup>

Elizabeth Capezuti<sup>5</sup>

Objetivo: analizar la relación entre la percepción de los enfermeros sobre el entorno de la atención geriátrica y el su conocimiento y actitudes según el tipo de unidad tomando en cuenta las regiones del Norte y Centro de Portugal. Método: estudio transversal desarrollado con 1068 enfermeros portugueses en cinco hospitales. El instrumento fue Geriatric Institutional Assessment Profile – versión en portugués. Se utilizó la prueba t para muestra independientes cuando fue verificada la supuesta normalidad; de lo contrario, se utilizó la prueba de Mann-Whitney. El nivel de significancia fue del 5 %. Resultados: el perfil de las percepciones de atención geriátrica mostró un patrón relativamente homogénea (no se encontraron resultados estadísticamente significativos). Para la escala de entorno atención geriátrica, solo las unidades de cuidados intensivos y servicios de urgencias presentaron diferencias significativas en todas las subescalas estudiadas (disponibilidad de recursos; cuidado sensible a edad; valores institucionales y continuidad del cuidado), con una percepción más positiva entre los enfermeros en la región Norte. En las escalas de las cuestiones de carácter profesional, solo la escala percepción de la sobrecarga relacionada con comportamientos desconcertantes reveló diferencias significativas entre las regiones en todas las especialidades. Conclusión: los hallazgos sugieren la necesidad de una mayor inversión por parte de los gerentes de los hospitales para promover un entorno de la práctica de enfermería geriátrica que sea compatible con las necesidades específicas de los adultos mayores hospitalizados.

Descriptores: Anciano; Enfermería Geriátrica; Hospitalización; Ambiente de Trabajo.

<sup>1</sup> PhD, Enfermero, Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra, Coimbra, Portugal.





<sup>2</sup> Profesor, Department of Health Sciences, University of Aveiro, Aveiro, Portugal.

<sup>3</sup> Profesor Asociado, Department of Mathematics, University of Aveiro, Aveiro, Portugal.

<sup>4</sup> Associate Professor, Penn State College of Nursing, University Park, PA, EUA.

<sup>5</sup> Director Asistente de Investigación y Director del Center for Nursing Research, Hunter-Bellevue School of Nursing, Hunter College of City University of New York, New York, NY, EUA.

### Cómo citar este artículo

Tavares JP, Silva AL, Sá-Couto P, Boltz M, Capezuti E. Nurse perception of care of hospitalized older adults – a comparative study between northern and central regions of Portugal. Rev. Latino-Am. Enfermagem. 2017;25:e2757. [Access   ]; Available in: . DOI: <http://dx.doi.org/10.1590/1518-8345.0839.2757>. mes día año

URL

## Introducción

El Ambiente de la práctica de los enfermeros (APE) es fundamental para la satisfacción laboral del profesional de enfermería y para su eficacia en la promoción de resultados de alta calidad para los pacientes hospitalizados<sup>(1)</sup>. Se demostró que el APE en servicios de hospitalización especializadas (como oncología, y cuidado intensivos) es un factor importante en la percepción que los enfermeros tienen sobre su práctica y está relacionada con la enfermera, el paciente y los resultados organizacionales<sup>(2-4)</sup>. Por lo tanto, la evaluación del APE debería considerar las dimensiones específicas del contexto a evaluar<sup>(2-5)</sup>. La prestación de cuidado a los adultos mayores hospitalizados está conformada por una combinación de factores, entre los que se incluyen una cultura organizacional, disponibilidad de recursos y ambiente laboral, lo que refuerza la importancia de evaluación del APE con un enfoque específico en la atención geriátrica. La investigación demuestra que existen diferencias significativas en la evaluación del APE cuando se utiliza una encuesta general en comparación con una encuesta con especificidad geriátrica<sup>(5)</sup>. Por este motivo, Kim et al.<sup>(5)</sup> destacaron la necesidad de utilizar índices geriátricos específicos cuando se realice la evaluación del APE de enfermeras que prestan cuidado a los adultos mayores hospitalizados. Por lo tanto, esta evaluación debe centrarse en las estructuras y procesos dentro de las dimensiones específicas del APE geriátrica<sup>(2)</sup>.

Teniendo en cuenta esta especificidad, el programa Nurse Improving Care for Healthsystem Elders (NICHE), desarrolló un instrumento para evaluar la percepción de los enfermeros sobre el cuidado prestado a los adultos mayores hospitalizados – *Geriatric Institutional Assessment Profile* (GIAP) o “Avaliação do Perfil Geriátrico Institucional” (APGI) en su versión en portugués. El programa NICHE está diseñado para mejorar la atención de enfermería geriátrica para los adultos mayores hospitalizados. Una revisión integrativa mostró que el APGI tiene un alto grado de especificidad, conformidad, idoneidad y utilidad en la evaluación de la percepción de cuidados geriátricos que prestan los enfermeros, y es una herramienta fundamental en el desarrollo y la mejora del cuidado de los adultos mayores hospitalizados<sup>(6)</sup>.

Un número creciente de estudios basados en el GIAP busco analizar dos aspectos centrales de la atención de enfermería geriátrica: el Ambiente de la práctica enfermeros geriátricos (APEG) y el conocimiento y las actitudes de la enfermera<sup>(7-11)</sup>. La evaluación del APEG analiza dimensiones: el extrínseco o el ambiente de atención geriátrica (CG) (como los valores institucionales

con respecto a los adultos mayores, disponibilidad de recursos, cuidado relacionado a edad, y capacidad de colaboración); y el intrínseco o las cuestiones de carácter profesional (puntos de vista específicos de la práctica propia). Estos factores dan forma al medio institucional geriátrico<sup>(2)</sup>. Un primer paso fundamental en el desarrollo de iniciativas a nivel de sistema para mejorar el cuidado del adulto mayor es la evaluación del entorno de la atención geriátrica, y la capacidad organizacional para crear un cambio sistemático por medio de una evaluación de las fortalezas de la organización y disposición a adoptar una atención geriátrica basada en la evidencia.

En Portugal, los resultados mostraron que los enfermeros no estaban satisfechas con el entorno y el apoyo organizacional para los cuidados de enfermería geriátrica<sup>(12-13)</sup> y demostraron el bajo nivel de conocimiento y actitudes negativas con respecto a los síndromes geriátricos (úlceras por presión, incontinencia, sistemas de retención, y trastornos del sueño)<sup>(14)</sup>.

Portugal, así como otros países europeos, está organizado por regiones, (Nomenclatura de Unidades de Estadísticas Territoriales) para hacer referencia a las subdivisiones de países. Esta categorización de las subdivisiones se utiliza con fines estadísticos y corresponde a la división administrativa dentro de cada país. En Portugal, el sistema de salud é organizado en cinco administraciones regionales de salud (ARs), dos de estos son Norte y Centro. De acuerdo con los datos del Instituto Nacional de Estadística<sup>(15)</sup>, la región del Centro tiene un alto índice de envejecimiento (163.4%) y un menor número de enfermeros que trabajan en los hospitales (8,064) que en la región Norte (índice de envejecimiento – 113.3% y 11,813 enfermeros en los hospitales). Estas diferencias pueden influir en la percepción de los enfermeros del entorno institucional, la práctica de enfermería geriátrica, y la percepción que tienen los enfermeros de la atención geriátrica. Además, la calidad de la atención geriátrica requiere un APE en donde la estructura y los procesos de los servicios hospitalarios se enfoquen en las necesidades de cuidado específicas del paciente, y en la importancia del apoyo institucional, a las iniciativas de planeamiento a las unidades, implementación y evaluación de iniciativas que mejoren el ambiente institucional. Considerando lo anterior, el propósito de este estudio fue: 1) analizar la relación entre las percepciones de los enfermeros sobre el APEG (factores intrínsecos y extrínsecos) según el tipo de unidad teniendo en cuenta las regiones del Norte y Centro de Portugal; 2) analizar la relación entre el conocimiento y las actitudes de los enfermeros geriátricos según el tipo de unidad teniendo en cuenta de nuevo las regiones del Norte y Centro de Portugal.

## Método

Este estudio utilizó un enfoque cuantitativo, exploratorio, descriptivo, transversal y correlacional.

## Datos y muestra

Este estudio se realizó en cinco hospitales; dos situados en la región Norte (Porto) y tres en el Centro del país (Coímbra y Aveiro). De estos hospitales, tres son Centros hospitalarios y dos son hospitales universitarios. Con el fin de garantizar una muestra diversa, la selección de estos hospitales se basa en el número de las camas hospitalarias, así como el número de pacientes hospitalizados y enfermeros<sup>(14)</sup>. La proximidad geográfica de estos hospitales también se consideró a fin de optimizar la recolección de los datos<sup>(14)</sup>.

El método de muestreo fue no probabilístico de conveniencia e incluyó todos los enfermeros que trabajaban en unidades de especialidades médicas o quirúrgicas, unidades de cuidados intensivos (UCI) y los servicios de urgencias (SU). Se excluyeron los enfermeros que trabajan en las unidades que atienden principalmente a adultos jóvenes o niños, y enfermeros que no proporcionan atención directa (incluyendo jefas de enfermería y supervisores). El proyecto fue presentado y aprobado por el Comité Ético de cada uno de los cinco hospitales; todos los participantes firmaron un formulario de consentimiento informado.

## Recolección de los datos

El investigador, en colaboración con las jefas de enfermería de las unidades, llevó a cabo la recolección de los datos. Los pasos dados en este proceso se describen en el artículo de validez del GIAP<sup>(14)</sup>. De las 2271 encuestas distribuidas, 1173 se recibieron de regreso, cifra que representa un 52 % de la tasa de respuestas, lo cual se considera aceptable<sup>(16)</sup>. Sin embargo, 105 de las encuestas no fueron completadas y fueron excluidas. Por lo tanto, la muestra final fue de 1,068 enfermeros.

## La encuesta

El GIAP es una encuesta auto administrada de 152 ítems que examina las características de la unidad/hospital o el hospital y las características profesionales y demográficas del encuestado e incluye ocho escalas principales. Escala de Conhecimento/Atitudes da Enfermagem Geriátrica- 23 ítems (el conocimiento del enfermero y sus actitudes en relación a cuatro síndromes geriátricos comunes: úlceras por presión, incontinencia, sistemas de retención y trastornos del sueño). Escala de Ambiente de Cuidados Geriátricos (ACG) - 27 ítems (características organizacionales que promueven o

dificultan el ACG) - compuesta por las siguientes cuatro subescalas: disponibilidad de recursos (percepciones de: acceso a los recursos humanos y materiales específicos para el cuidado de los adultos mayores y apoyo a la gestión de la comunicación con los pacientes y sus familias), prestación de cuidado sensible a edad (cuidado individualizado específico de la geriatría, basado en la evidencia que promueve la toma de decisiones informadas y que sea continua en todos los contextos), valores institucionales con respecto a los adultos mayores (percepciones de: respeto a los derechos de los adultos mayores, la participación de los adultos mayores y las familias en la toma de decisiones, y el apoyo de la autonomía de lo enfermero y crecimiento personal) y el equipo y la continuidad de la atención (percepciones de: continuidad de la atención entre los diferentes servicios y organizaciones). La escala de Questões Profissionais (QP) - 42 ítems (aspectos interpersonales y de coordinación de la práctica profesional), compuesto de los siguientes seis escalas: desacuerdo entre el personal/familiar/paciente con respecto al tratamiento de los síndromes geriátricos comunes; vulnerabilidad legal percibida relacionada con las úlceras por presión, caídas, sistemas de retención, infección nosocomial y lesiones relacionadas con la medicación sedante; sobrecarga relacionadas a comportamientos desconcertantes; desacuerdo entre el personal en relación con el tratamiento de los síndromes geriátricos comunes; percepción del comportamiento desconcertantes y el uso de los servicios geriátricos (percepción del uso apropiado de los especialistas en geriatría y prácticas profesionales).

La encuesta utiliza escalas tipo Likert (que de 0 a 4 puntos). Las puntuaciones más altas indican un APEG favorable y un mejor conocimiento y actitudes de los enfermeros geriátricos. Una revisión integrativa de este instrumento describe las fortalezas y debilidades del GIAP y lo que esto implica para la práctica enfermera geriátrica<sup>(6)</sup>. La traducción, adaptación y validación de las escalas del GIAP para el portugués<sup>(12)</sup> se basó en las normas del *International Society for Pharmacoeconomics and Outcomes Research (ISPOR) Task Force for Translation and Cultural Adaptation*<sup>(17)</sup>. La confiabilidad de la consistencia interna (alfa de Cronbach) varía de 0.601 a 0.919 y por lo tanto muestra una consistencia interna buena y muy buena, similar a otros estudios<sup>(7-8)</sup>.

## Análisis de los datos

Se utilizaron las estadísticas descriptivas e inferencial para sistematizar y mejorar la información proporcionada por los datos, incluyendo: frecuencias,

medidas de tendencia central y variabilidad. Se usó la prueba t para muestras independientes para comparar los resultados recolectados de las regiones Norte y Centro en las UCI y SU, y en los servicios unidades médicos y quirúrgicas. Se evaluaron las condiciones de normalidad (determinada con un gráfico Q-Q) y homogeneidad (prueba de Levene). Cuando el supuesto de normalidad no se ha verificado, se utilizó la prueba de Mann-Whitney. Todos los análisis estadísticos se realizaron utilizando el software de análisis *Predictive Analytics Software (PASW) Statistics 18*, con un nivel de significancia de 5%.

## Resultados

### Locales y muestras

La muestra (n = 1,068) se compuso principalmente de enfermeros (79.7%) que eran solteras (45.4%) o divorciadas (34.3%). El promedio de edad de las enfermeras fue de 34.1 (de = 8.5) años. Los enfermeros en la muestra reportaron un promedio de 11.3 años (de = 8.4) de experiencia profesional, 10 años (de = 8.1)

que trabajan en su Centro y 7.5 años (de = 6.5) que trabajan en sus unidades.

La mayoría absoluta de los enfermeros tenía un título universitario en enfermería (N = 949; 88.8%), seguido de certificado de título de especialista en enfermería (Consejo de Enfermería portugués) (N = 119; 11.2%). En cuanto a la formación académica de postgrado, 14.1% tienen especialización y 6.8% tienen título de doctor o magister. La mayoría de las enfermeras (N = 922; 86.3%) manifestaron no haber recibido ningún tipo de educación o formación gerontológica; 94 (8.8%) habían participado en cursos de corta duración (formación continua), y 52 (4.9%) habían recibido entrenamiento en un programa académico (maestría o doctorado)<sup>(14)</sup>.

### Conocimiento y actitudes de los enfermeros geriátricos

Los resultados indicados en la Tabla 1 no muestran diferencias significativas ( $p > 0,05$ ) ni para la puntuación total ni para las subescalas de Conocimiento e Actitudes dos Enfermeiros entre las regiones en las tres unidades consideradas.

Tabla 1 - Conocimiento/Actitud en Geriátrica, Ambiente Atención Geriátrica y Cuestiones profesional por la Unidad: Norte y Centro, Portugal, 2011 (M\* = de<sup>†</sup>)

	UCI/SU <sup>‡</sup> (N=201)		Unidades médicas (N=536)		Unidades quirúrgicas (N=331)	
	Norte (N=15)	Centro (N=186)	Norte (N=231)	Centro (N=305)	Norte (N=129)	Centro (N=202)
Conocimiento enfermero y actitudes de los enfermeros						
Conocimiento	0.37=0.11	0.4=0.14	0.41=0.14	0.43=0.13	0.42=0.14	0.41=0.14
Actitudes	0.38=0.23	0.28=0.19	0.41=0.2	0.39=0.19	0.42=0.2	0.38=0.17
Puntaje total	0.38=0.11	0.36=0.12	0.41=0.12	0.41=0.12	0.43=0.13	0.41=0.12
Ambiente de atención geriátrica						
Disponibilidad de recursos	21.5=9.0 <sup>§</sup>	14.8=8.8 <sup>§</sup>	17.0=8.0	17.7=8.3	17.8=8.4	18.0=7.9
Prestación de cuidado sensible a edad	16.1=6.4 <sup>§</sup>	11.6=6.8 <sup>§</sup>	16.6=5.2	15.8=5.3	16.4=5.9	16.3=5.0
Valores institucionales	11.7=3.5 <sup>§</sup>	9.1=4.9 <sup>§</sup>	12.8=4.8 <sup>§</sup>	11.5=4.7 <sup>§</sup>	13.4=5.3 <sup>§</sup>	11.3=4.4 <sup>§</sup>
Continuidad del cuidado	5.6=2.8 <sup>§</sup>	3.7=2.7 <sup>§</sup>	5.7=2.5	5.2=2.6	5.4=2.6	5.6=2.3
Total del puntaje	54.4=20.3 <sup>§</sup>	39.0=18.7 <sup>§</sup>	52=15.5	50.2=15.7	52.9=16.3	51.1=14.5
Cuestiones de carácter profesional						
Desacuerdo entre el personal / familiar / paciente	3.4=0.6	3.1=0.7	3.1=0.7 <sup>§</sup>	3.2=0.7 <sup>§</sup>	3.3=0.7	3.2=0.6
Vulnerabilidad legal percibida	2.6=1.1	2.2=1.0	2.5=0.9	2.4=1.0	2.5=0.9	2.3=0.9
Carga de comportamientos desconcertantes	0.7=0.5 <sup>§</sup>	1.0=0.5 <sup>§</sup>	0.7=0.6 <sup>§</sup>	1.1=0.4 <sup>§</sup>	0.8=0.6 <sup>§</sup>	1.1=0.5 <sup>§</sup>
Desacuerdo entre el personal	3.5=0.6 <sup>§</sup>	3.1=0.7 <sup>§</sup>	3.2=0.6	3.1=0.7	3.2=0.7	3.2=0.7
Comportamientos desconcertantes percibidos	0.8=0.4	0.8=0.4	0.7=0.3	0.7=0.3	0.8=0.4	0.8=0.3
Uso de los servicios geriátricos	0.1=0.3	0.3=0.4	0.3=0.6 <sup>  </sup>	0.5=0.6 <sup>  </sup>	0.4=0.7	0.4=0.5
Puntaje total	95.3=18.8	89.4=16.8	89.5=15.5 <sup>§</sup>	92.2=15 <sup>§</sup>	92.5=17.0	93.7=14.6

\*Media

† Desviación estándar

‡ Unidades de cuidados intensivos/servicios de urgencias

§Valores calculados utilizando la prueba de "t" para muestra independientes (p < 0.05)

||valores calculados utilizando la prueba "U" de Mann-Whitney (p < 0.05)

## Ambiente de atención geriátrica

Los resultados relativos a los ACG - Factores extrínsecos (Tabla 1) mostraron diferencias estadísticamente significativas en las puntuaciones totales en ambos factores y en todas las subescalas de entre las regiones solamente entre los enfermeros que trabajan en el UCI/ SU. Además, se encontraron diferencias estadísticamente significativas en algunas subescalas en las unidades médicas y quirúrgicas. Los enfermeros que trabajaban en estas unidades en la región Norte tenían valores medios significativamente más altos (percepción más positiva) en comparación con los enfermeros que trabajaban en la región Centro ( $t(199) = 2.96, p < 0.01$ ). Para las otras unidades, la puntuación general no demostró diferencias estadísticamente significativas ( $p > 0,05$ ). En la unidad UCI/ SU, se encontraron diferencias significativas en todas las subescalas, con una percepción más positiva entre las enfermeras de la región Norte (disponibilidad de recursos:  $t(199) = 2.85, p < 0.01$ ; cuidado sensible al envejecimiento:  $t(199) = 2.46, p = 0.02$ ; valores institucionales:  $t(199) = 2.12, p < 0.04$ ; continuidad de la atención:  $t(199) = 2.56, p = 0.01$ ).

En las otras unidades (ACG - Factores extrínsecos, Tabla 1), sólo los valores institucionales de la subescala con respecto a los adultos mayores mostraron diferencias significativas entre las dos regiones. Los enfermeros que trabajaban en la región del Norte en los servicios de medicina ( $t(534) = 3.72, p < 0.01$ ) y servicios de cirugía ( $t(328) = 3.84, p < 0.01$ ) tenían una percepción más positiva de: el respeto a los derechos de los adultos mayores, la participación de los adultos mayores y familias en la toma de decisiones, el apoyo a la autonomía de la enfermera y el crecimiento personal.

## Cuestiones de carácter profesional

Los resultados en la puntuación global de la ACG - Factores intrínsecos (escala QP, Tabla 1) sólo hubo diferencias estadísticamente significativas entre regiones en el servicio de medicina ( $t(516) = - 2.01, p = 0.04$ ). Las enfermeras que trabajaban en la región central reportaron menos obstáculos para una atención óptima. En otras unidades, la puntuación global no mostró diferencias significativas ( $p < 0.05$ ).

La escala de la *percepción de los enfermeros sobre la sobrecarga relacionada con comportamientos desconcertantes* reveló diferencias significativas entre las regiones en todas las especialidades (UCI/ SU:  $t(199) = - 3.05, p < 0.01$ ; medicina  $t(534) = - 9.06, p < 0.01$ ; quirúrgico:  $t(329) = - 4.89, p < 0.01$ ) (escalas QP, Tabla 1). Los enfermeros que trabajaban en el Centro del país eran menos propensas a percibir comportamientos desconcertantes en el paciente adulto mayor, y estos comportamientos no representan obstáculos importantes para proporcionar una "buena" calidad de atención.

En cuanto a los servicios de medicina (escalas de cuestiones de carácter profesional, Tabla 1), las escalas *Desacuerdo entre el personal/ paciente/ familiar* ( $t(534) = -2.61, p < 0.01$ ) y *Uso de los servicios geriátricos* ( $t(534) = 3.72, p < 0.01$ ) mostraron diferencias significativas entre los enfermeros que trabajaban en las regiones del Norte y Centro. Los enfermeros de la región Centro tuvieron puntuaciones medias significativamente más altas en la escala *Desacuerdo entre el personal/ familia/paciente* (experimentaron menos desacuerdo entre el personal/familiar/personal). En la escala de *Uso de los servicios geriátricos, los enfermeros* de la región Norte reportaron más obstáculos en la incorporación de los recursos geriátricos en su práctica.

Por último, no se encontraron diferencias estadísticamente significativas en la escala *desacuerdo entre el personal* para enfermeras que trabajaban en las regiones del Norte y Centro en unidades de UCI/SU ( $t(199) = 2.09, p = 0.04$ ) (escalas de cuestiones de carácter profesional, Tabla 1). Los enfermeros que trabajaban en la región Norte reportaron menos desacuerdos entre el personal en comparación con los de la región central.

## Discusión

Los estudios de ATEG han aparecido en la literatura en la última década, impulsados por investigaciones llevadas a cabo en Norteamérica. En Portugal, los estudios demuestran que la percepción del medio geriátrico entre los enfermeros se considera insatisfactorio<sup>(11-12)</sup>. Al analizar las diferencias entre las regiones del Norte y Centro del país, este estudio encontró que los enfermeros que trabajan en las unidades de UCI/SU en la región Norte tienen una percepción más positiva del entorno de atención geriátrica, los factores extrínsecos de la ATEG. Por lo tanto, estas enfermeras tenían una percepción más positiva sobre el compromiso organizacional de atención geriátrica de calidad. Una población más joven y una mayor proporción entre paciente y enfermera en esta región, podría influenciar en su percepción del entorno de la atención geriátrica, sobre todo en estas unidades<sup>(12)</sup>. Aspectos tales como el énfasis en el trabajo en equipo que promueve una comunicación más eficaz entre profesionales<sup>(18)</sup>, pueden contribuir a estos resultados. Además, los equipos médicos en los servicios de urgencias en la región son estables y fijas, lo que puede permitir una mayor colaboración, intercambio de conocimientos, y autonomía de los enfermeros. Sin embargo, el número de enfermeras en el UCI/SU en la región Norte es muy pequeña y es probable que esto tenga influencia sobre estos resultados.

No hubo diferencias significativas entre las unidades médicas y quirúrgicas en el puntaje total y en las tres subescalas del ATEG (*disponibilidad de recursos, cuidado sensible a edad y continuidad del cuidado*). En consecuencia, existe un patrón relativamente homogéneo

en estas unidades, lo que podría sugerir que la diferencia en el número de adultos mayores hospitalizados, y la proporción entre paciente y enfermera aparentemente no influyen en la percepción que tienen los enfermeros sobre el entorno de la atención geriátrica.

Estos resultados muestran la importancia de desarrollar estándares profesionales para guiar el ATEG, así como el compromiso de los líderes de enfermería para la incorporación de las mejores prácticas en el cuidado de adultos mayores hospitalizados que tienen necesidades únicas y complejas<sup>(7)</sup>. Los resultados en unidades médicas y quirúrgicas sugieren aún más la importancia de los tomadores de decisiones de las administraciones regionales de salud y líderes de los hospitales en la aplicación efectiva de las medidas de gestión, tales como:

a) promover la colaboración entre las disciplinas (interdisciplinario, usando protocolos geriátricos, gestión de conflictos que surgieron en el cuidado de adultos mayores); b) la promoción de la educación geriátrica y la formación entre los profesionales y los equipos y recursos de salud adaptados para los adultos mayores; c) se enfocan en la atención para adultos mayores dirigida al paciente/la familia; d) la promoción de protocolos de enfermería geriátrica basados en evidencia para las mejores prácticas; e) determinación de las políticas institucionales en base a las necesidades de atención de los adultos mayores hospitalizados; f) establecimiento de asociaciones con otras instituciones sociales o de salud para promover la continuidad eficaz, eficiente y segura de la atención. Estos resultados están respaldados por otro estudio<sup>(7)</sup>, que enfatizó la necesidad de apoyo organizacional integral para el ATEG.

Sin embargo, hay que destacar que en la región Norte, en todas las unidades, los enfermeros tienen una percepción más positiva en relación con la subescala de valores institucionales.

Teniendo en cuenta el contenido de esta subescala, estos resultados podrían sugerir que, si se compara con las organizaciones de la región Centro, las instituciones del Norte demuestran un mayor compromiso con la promoción de la autonomía de enfermeras, así como su desarrollo profesional. Este compromiso de convertirse en *organizaciones de aprendizaje* es evidente en su apoyo al desarrollo de los enfermeros profesionales, aprendizaje permanente y el intercambio mutuo de conocimiento<sup>(19)</sup>.

La percepción de obstáculos para el desarrollo de una atención de calidad para los adultos mayores no está asociado con la ubicación geográfica de las unidades de UCI/SU y las quirúrgicas. Además, en las especialidades médicas, hay diferencias significativas entre las dos regiones. La cifra alta de adultos mayores hospitalizados en estas unidades podría contribuir a la concienciación y experiencia por parte de los enfermeros respecto a los obstáculos cada vez mayores que puedan poner en riesgo la calidad de atención de estos pacientes.

Las enfermeras que trabajaban en las unidades médicas en la región Norte percibieron más obstáculos para proporcionar una buena calidad de atención a los adultos mayores hospitalizados. Por lo tanto, se vuelve importante el implementar programas que pueden superar algunas de estas obstáculos, especialmente los relacionados con la percepción de los comportamientos desconcertantes, la comunicación ineficaz entre el personal, los adultos mayores y la familia, y la escasez de los recursos geriátricos.

Este estudio también sugiere que, independientemente de las unidades, la región Norte informa que esta carga de comportamiento desconcertantes y la falta de recursos geriátricos son obstáculos potenciales para la promoción de la atención de calidad para el paciente e influyen la atención hospitalaria para adultos mayores. Estos aspectos parecen demostrar que los enfermeros que trabajaban en esta región podrían ser más conscientes de estas obstáculos potenciales y su influencia en la prestación de atención.

Las enfermeras que trabajan en unidades de UCI/SU en la región Norte reportaron menos *desacuerdo entre el personal* (menos obstáculos para una atención óptima). Una posible explicación es que el personal médico no rota con frecuencia, promoviendo así una mejor comunicación y relaciones de compañerismo entre los enfermeros y los médicos. Las relaciones de trabajo positivas se consideran esenciales para garantizar la seguridad y una atención de calidad en este tipo de unidades<sup>(19)</sup>.

Las escalas de cuestiones de carácter profesional, la *percepción de los comportamientos desconcertantes* y *vulnerabilidad legal*, no mostraron diferencias significativas entre regiones. Por otra parte, la *carga de la percepción de los comportamientos desconcertantes*, mostraron diferencias estadísticamente significativas entre las regiones en todas las especialidades. Estos resultados sugieren que un obstáculo para la atención de calidad puede deberse no a la prevalencia de estos comportamientos, sino a cómo los enfermeros frente a esta situación. Estos resultados corroboran los hallazgos de otros estudios que analizaron el desarrollo de los cuidados de enfermería para personas con demencia, incluyendo pacientes que demostraron manifestaciones conductuales de angustia<sup>(20-22)</sup>. Por lo tanto, la formación de los enfermeros en el cuidado de adultos mayores hospitalizados con demencia debe ser considerada una prioridad, debido que la reducción de la sobrecarga de estos profesionales puede contribuir a mejorar los resultados para los pacientes y enfermeras.

Basándose en los resultados de la escala *vulnerabilidad legal*, los resultados pueden sugerir que los enfermeros en este estudio no están familiarizadas con las cuestiones legales. Por el contrario, un estudio realizado en Norteamérica encontró que las respuestas a esta escala fueron las más negativas, lo que constituye

uno de los principales obstáculos para proporcionar calidad de la atención entre los enfermeros <sup>(11)</sup>. Las diferencias socioculturales, la regulación profesional, y el sistema legal, podrían explicar las diferentes percepciones de los enfermeros en estos dos países.

Los resultados no mostraron diferencias regionales significativas en las escalas de *conocimientos y actitudes geriátricas*. Estos resultados no fueron completamente inesperados dada la falta de contenido en los programas de enfermería geriátrica en Portugal, así como la poca oferta de educación continua o especialización disponible en el tema de atención geriátrica. Además, no existen organizaciones de enfermería geriátrica tal como el programa NICHE en los hospitales portugueses que promuevan la educación del personal geriátrico. La falta de conocimiento y las actitudes negativas de los enfermeros pueden influir en la sensibilización de la enfermera sobre la importancia de la dirección organizacional por un programa geriátrico integral adaptado a la especificidad de las unidades médica, quirúrgica y departamentales de UCC/SU.

El conocimiento y las actitudes de los enfermeros pueden tener otras dimensiones que van más allá de la región y unidades. Se puede relacionar el bajo nivel de conocimiento y las actitudes negativas de los enfermeros de los adultos mayores hospitalizados<sup>(14)</sup> con la formación de los enfermeros en Portugal ya que no ha seguido los cambios demográficos y epidemiológicos de la última década. Estos resultados podrían reflejar una falta de inversión por parte de las escuelas de enfermería, organizaciones profesionales de enfermería, direcciones de los hospitales, y las políticas gubernamentales. En ambas regiones, la formación del personal de enfermería debe reflejar las necesidades actuales y futuras de la atención para atender el envejecimiento de la población portuguesa, que tienen más probabilidades de recibir servicios de atención de emergencia<sup>(22-23)</sup>.

### Limitantes

El estudio tiene limitaciones. Hay un desequilibrio en el tamaño de la muestra en todos los tipos de unidades, especialmente en las unidades de UCI/SU donde este desequilibrio es más evidente pues la muestra es mayor en la región central, aunque las pruebas estadísticas (paramétricos y no paramétricos) informaron resultados similares. Estudios futuros deben tratar de incluir muestras más homogéneas con respecto al tamaño. La muestra de conveniencia, la ubicación de los hospitales (Norte y Centro del país), y la exclusión de los hospitales con menos de 300 camas, limita la posibilidad de generalizar los resultados a otras regiones del país y para otros tipos de hospital con dimensiones más pequeñas. La inclusión de diferentes hospitales y la ampliación de la investigación a otras regiones del país habrían aumentado la diversidad de la muestra y la generalización de los resultados.

Otra limitación es que todos los datos se recolectaron mediante auto informe y podrían estar sujetos a sesgos por parte del encuestado (enfermeras que están más insatisfechos podrían ser más propensas a responder negativamente a las escalas del ATEG). Por otra parte, estos resultados podrían ser influenciados por las características específicas y únicas de las unidades y la cultura organizacional y el clima, que podrían afectar la percepción de estos profesionales. Por lo tanto, una clasificación más detallada del ATEG podría proporcionar información adicional y una mejor comprensión de la percepción que tienen los enfermeros en relación con el entorno en el que desarrollan su práctica geriátrica.

### Conclusión

El envejecimiento de la población en Portugal sigue imponiendo un gran impacto en los servicios de salud y en el desarrollo de la atención para los adultos mayores. La evaluación del perfil de la atención geriátrica es crucial para garantizar la calidad de los cuidados de enfermería. Aunque hay algunas diferencias estadísticas entre el ATEG y el conocimiento y las actitudes de los enfermeros geriátricos según las regiones del Norte y Centro del país, teniendo en cuenta las unidades analizadas, para la mayoría de las dimensiones de las escalas del GIAP, no hubo relación apuntando para un perfil relativamente homogéneo sobre el cuidado de enfermería geriátrico. Este estudio pone de manifiesto: 1) la importancia de un mayor compromiso y apoyo de los líderes del hospital en ambas regiones del país; 2) la necesidad de cambios sistemáticos en el ATEG en el Norte y Centro del país; y 3) una mayor inversión en la formación continua y experiencia del personal de enfermería en la atención geriátrica. Este estudio abre un nuevo campo de estudio sobre la atención de enfermería para los adultos mayores hospitalizados con importantes implicaciones para la práctica, gestión, educación y investigación. Se espera que estos resultados contribuyan al desarrollo, planificación e implementación de modelos o programas de atención geriátrica para promover la calidad de la atención en estas dos regiones de Portugal.

### Referencias

1. Capezuti E, Boltz M, Cline D, Dickson VV, Rosenberg MC, Wagner L, et al. Nurses Improving Care for Healthsystem Elders - a model for optimising the geriatric nursing practice environment. *J Clin Nurs*. 2012;21(21-22):3117-25. doi: 10.1111/j.1365-2702.2012.04259.x.
2. Aiken L, Clarke S, Sloane D, Sochalski J, Silber J. Hospital nurse staffing and patient mortality, nurse Burnout, and job dissatisfaction. *JAMA*. 2002;288(16):1987-93. doi:10.1001/jama.288.16.1987.
3. Choi J, Bakken S, Larson E, Du Y, Stone PW. Perceived nursing work environment of critical care nurses. *Nurs*

- Res. 2004;53(6):370-8. doi: 10.1097/00006199-200411000-00005
4. Friese CR, Lake ET, Aiken LH, Silber JH, Sochalski J. Hospital nurse practice environments and outcomes for surgical oncology patients. *Health Serv Res.* 2008;43(4):1145-63. doi: 10.1111/j.1475-6773.2007.00825.x
  5. Kim H, Capezuti E, Boltz M, Fairchild S. The nursing practice environment and nurse-perceived quality of geriatric care in hospitals. *West J Nurs Res.* 2009;31(4):480-95. doi: 10.1177/0193945909331429
  6. Tavares JP, Silva AL. Use of the Geriatric Institutional Assessment Profile: an integrative review. *Res Gerontol Nurs.* 2013;11:1-8. doi: 10.3928/19404921-20130304-01
  7. Boltz M, Capezuti E, Bowar-Ferres S, Norman R, Secic M, Kim H, et al. Hospital nurses' perception of the geriatric nurse practice environment. *J Nurs Scholarsh.* 2008;40(3):282-9. doi: 10.1111/j.1547-5069.2008.00239.x
  8. Kim H, Capezuti E, Boltz M, Fairchild S, Fulmer T, Mezey M. Factor structure of the geriatric care environment scale. *Nurs Res.* 2007;56(5):339-47. doi: 10.1097/01.NNR.0000289500.37661.aa
  9. McKenzie JL, Blandford AA, Menec VH, Boltz M, Capezuti E. Hospital nurses' perceptions of the geriatric care environment in one Canadian health care region. *J Nurs Scholarsh.* 2011;43(2):181-7. doi: 10.1111/j.1547-5069.2011.01387.x
  10. Barba BE, Hu J, Efirid J. Quality geriatric care as perceived by nurses in long-term and acute care settings. *J Clin Nurs.* 2012;21(5-6):833-40. doi: 10.1111/j.1365-2702.2011.03781.x
  11. Boltz M, Capezuti E, Kim H, Fairchild S, Secic M. Factor structure of the geriatric institutional assessment profile's Professional Issues scales. *Res Gerontol Nurs.* 2010;3(2):126-34. doi: 10.3928/19404921-20091207-98.
  12. Tavares JP, Silva AL, Sá-Couto P, Boltz M, Capezuti E. Validation of Geriatric Care Environment Scale in Portuguese nurses. *Curr Gerontol Geriatr Res.* 2013;2013:9. <http://dx.doi.org/10.1155/2013/426596>
  13. Tavares JP, Silva AL, Sá-Couto P, Boltz M, Capezuti E. Validation of the Professional Issues scales with Portuguese nurses. *Res Gerontol Nurs.* 2013;6(4):264-274. doi: 10.3928/19404921-20130729-03
  14. Tavares JP, Silva AL, Sá-Couto P, Boltz M, Capezuti E. Portuguese nurses' knowledge of and attitudes toward hospitalized older adults. *Scand J Caring Sci.* 2015;29(1):51-61. doi: 10.1111/scs.12124
  15. National Statistical Institute. *Censos 2011 – Resultados Provisórios [Census 2011—Previous results]*. Lisboa: National Statistical Institute; 2012.
  16. Polit D, Beck T. *Nursing Research: Principles and Methods*. 9th ed. Philadelphia, PA: Lippincott Williams & Wilkins; 2009.
  17. Wild D, Grove A, Martin M, Eremenco S, McElroy S, Verjee-Lorenz A, et al. Principles of Good Practice for the Translation and Cultural Adaptation Process for Patient-Reported Outcomes (PRO) Measures: Report of the ISPOR Task Force for Translation and Cultural Adaptation. *Value Health.* 2005;8(2):94-104.
  18. Schmalenberg C, Kramer M. Nurse-physician relationships in hospitals: 20 000 nurses tell their story. *Crit Care Nurs.* 2009;29(1):74-83. doi: 10.4037/ccn2009436.
  19. Baumann A. *Positive practice environments: Quality workplaces = quality patient care*. Geneva, Switzerland: International Council of Nurses; 2007.
  20. Zimmerman S, Williams CS, Reed PS, Boustani M, Preisser JS, Heck E, et al. Attitudes, stress, and satisfaction of staff who care for residents with dementia. *Gerontologist.* 2005(1):96-105. doi: 10.1093/geront/45.suppl\_1.96
  21. Cowdell F. The care of older people with dementia in acute hospitals. *Int J Older People Nurs.* 2010;5(2):83-92. doi: 10.1111/j.1748-3743.2010.00208.x
  22. Gilje F, Lacey L, Moore C. Gerontology and geriatric issues and trends in U.S. nursing programs: a national survey. *J Prof Nurs.* 2007;23(1):21-9. doi: 10.1016/j.profnurs.2006.12.001
  23. Deschodt M, de Casterlé BD, Milisen K. Gerontological care in nursing education programmes. *J Adv Nurs.* 2010;66(1):139-48. doi: 10.1111/j.1365-2648.2009.05160.x

Recibido: 12.4.2015

Aceptado: 19.1.2016

Correspondencia:

João Tavares  
 Centro Hospitalar e Universitário de Coimbra  
 Rua António José de Almeida, Travessa Moura e Sá. N.º 18, 2 C Coimbra 3000-291  
 E-mail: enf.joaoavares@hotmail.com

**Copyright © 2017 Revista Latino-Americana de Enfermagem**

Este es un artículo de acceso abierto distribuido bajo los términos de la Licencia Creative Commons CC BY.

Esta licencia permite a otros distribuir, mezclar, ajustar y construir a partir de su obra, incluso con fines comerciales, siempre que le sea reconocida la autoría de la creación original. Esta es la licencia más servicial de las ofrecidas. Recomendada para una máxima difusión y utilización de los materiales sujetos a la licencia.