



ESTRESORES EXPERIMENTADOS POR PERSONAS MAYORES HOSPITALIZADAS BAJO EL MODELO DE SISTEMAS DE NEUMAN: ESTUDIO CUALITATIVO*

ESTRESSORES VIVENCIADOS POR PESSOAS IDOSAS HOSPITALIZADAS SOB O MODELO DE SISTEMAS DE NEUMAN: ESTUDO QUALITATIVO

STRESSORS EXPERIENCED BY HOSPITALIZED OLDER ADULTS UNDER THE NEUMAN SYSTEMS MODEL: A QUALITATIVE STUDY

Eliane Raquel Rieth Benetti¹
Margrid Beuter²
Marinês Tambara Leite¹
Larissa Venturini²
Sandra da Silva Kinalski³
Leticia de Moura¹

ORCID: 0000-0003-1626-5698
ORCID: 0000-0002-3179-9842
ORCID: 0000-0003-3280-337X
ORCID: 0000-0002-5401-3849
ORCID: 0000-0002-4841-2288
ORCID: 0000-0002-6461-893X

¹ Universidad Federal de Santa Maria, Campus Palmeira das Missões, Palmeira das Missões, RS, Brasil.
² Universidad Federal de Santa Maria, Santa Maria, RS, Brasil.
³ Universidad Regional del Noroeste del Estado de Rio Grande do Sul, Ijuí, RS, Brasil.

Cómo citar: Benetti ERR, Beuter M, Leite MT, Venturini L, Kinalski SS, Moura L. Stressors experienced by hospitalized older adults under the Neuman Systems Model: a qualitative study. Online Braz J Nurs. 2026;25(1):e20266938. <https://doi.org/10.17665/1676-4285.20266938>

RESUMO

Objetivo: Descrever os estressores vivenciados por pessoas idosas durante a hospitalização. **Método:** Estudo qualitativo desenvolvido em um hospital universitário de grande porte, com a participação de 30 pessoas idosas hospitalizadas nas unidades de clínica médica e cirúrgica. Os dados foram coletados por meio de entrevista-conversa e observação participante, realizadas individualmente à beira do leito, com base em roteiro fundamentado no Modelo de Sistemas de Neuman. Os dados foram analisados conforme a proposta metodológica de Trentini, Paim e Silva. **Resultados:** Entre os participantes, houve predominância do sexo masculino, faixa etária entre 60 e 69 anos e presença de comorbidades prévias. Os estressores intrapessoais compreenderam o conhecimento reduzido acerca do processo saúde-doença e as alterações orgânicas, como declínio da capacidade funcional e presença de sinais e sintomas. Os estressores interpessoais decorreram das relações estabelecidas com familiares, profissionais de saúde e outros pacientes. Os estressores extrapessoais estiveram relacionados à infraestrutura e às normas e rotinas institucionais. **Conclusão:** A hospitalização expõe a pessoa idosa a diversos estressores que podem comprometer a assistência prestada e o seu bem-estar. Diante desses estressores, o enfermeiro deve atuar no fortalecimento das linhas de defesa e no desenvolvimento de estratégias de enfrentamento, com o objetivo de favorecer a manutenção do bem-estar e minimizar impactos negativos decorrentes da hospitalização.

Descritores: Idoso; Hospitalização; Enfermagem Geriátrica; Teoria de Enfermagem; Estresse Psicológico.

ABSTRACT

Objective: To describe the stressors experienced by older adults during hospitalization. **Method:** A qualitative study conducted in a large university hospital involving 30 hospitalized older adults admitted to medical and surgical units. Data were collected through interview-conversations and participant observation, conducted individually at the bedside, based on a script grounded in the Neuman Systems Model. Data were analyzed according to the methodological framework proposed by Trentini, Paim, and Silva. **Results:** Among participants, there was a predominance of males, individuals aged 60 to 69 years, and the presence of previous comorbidities. Intrapersonal stressors included limited knowledge regarding the health-disease process and organic changes, such as functional decline and the presence of signs and symptoms. Interpersonal stressors arose from relationships established with family members, healthcare professionals, and other patients. Extrapersonal stressors were related to infrastructure and institutional rules and routines. **Conclusion:** Hospitalization exposes older adults to various stressors that may compromise the care provided and their well-being. In the presence of these stressors, nurses should act to strengthen lines of defense and develop coping strategies in order to promote the maintenance of well-being and minimize the negative impacts resulting from hospitalization.

Descriptors: Aged; Hospitalization; Geriatric Nursing; Nursing Theory; Stress, Psychological.

RESUMEN

Objetivo: Describir los estresores experimentados por personas mayores durante la hospitalización. **Método:** Estudio cualitativo desarrollado en un hospital universitario de gran tamaño, con la participación de 30 personas mayores hospitalizadas en las unidades de clínica médica y quirúrgica. Los datos fueron recolectados mediante entrevista-conversación y observación participante, realizadas individualmente al lado de la cama del paciente, con base en una guía fundamentada en el Modelo de Sistemas de Neuman. Los datos fueron analizados conforme a la propuesta metodológica de Trentini, Paim y Silva. **Resultados:** Entre los participantes, predominó el sexo masculino, el grupo etario entre 60 y 69 años y la presencia de comorbilidades previas. Los estresores intrapersonales comprendieron el conocimiento reducido acerca del proceso salud-enfermedad y las alteraciones orgánicas, como el deterioro de la capacidad funcional y la presencia de signos y síntomas. Los estresores interpersonales derivaron de las relaciones establecidas con familiares, profesionales de la salud y otros pacientes. Los estresores extrapersonales estuvieron relacionados con la infraestructura y con las normas y rutinas institucionales. **Conclusión:** La hospitalización expone a la persona mayor a diversos estresores que pueden comprometer la atención prestada y su bienestar. Frente a estos estresores, el enfermero debe actuar en el fortalecimiento de las líneas de defensa y en el desarrollo de estrategias de afrontamiento, con el objetivo de favorecer el mantenimiento del bienestar y minimizar los impactos negativos derivados de la hospitalización.

Descriptores: Anciano; Hospitalización; Enfermería Geriátrica; Teoría de Enfermería; Estrés Psicológico.

Editores:

Rosimere Ferreira Santana (ORCID: 0000-0002-4593-3715)
Geilsa Soraia Cavalcanti Valente (ORCID: 0000-0003-4488-4912)
Thiago Augusto Soares Monteiro da Silva (ORCID: 0000-0001-6870-5101)

Editora:

Escola de Enfermagem Aurora de Afonso Costa – UFF
Rua Dr. Celestino, 74 – Centro, CEP: 24020-091 – Niterói, RJ, Brasil
Correio eletrônico de la revista: objn.cme@id.uff.br

Autor correspondiente:

Eliane Raquel Rieth Benetti
E-mail: elianeraquelr@yahoo.com.br

Lo que ya se sabe:

- La atención de enfermería a la persona mayor hospitalizada debe considerar las singularidades derivadas de la senescencia y la senilidad.
- La hospitalización está permeada por diversos estresores capaces de comprometer el bienestar de la persona mayor.
- En la vejez, el potencial de los eventos estresores tiende a intensificarse.

Lo que este artículo aporta:

- La identificación de los estresores experimentados por personas mayores durante la hospitalización puede subsidiar la planificación y orientación de la atención de enfermería.
- La hospitalización constituye un fenómeno sistémico y dinámico, en el que el ambiente, las relaciones interpersonales y las características individuales interactúan continuamente.
- El Modelo de Sistemas de Neuman se configura como una importante herramienta teórico-práctica para subsidiar la actuación del enfermero en el cuidado de la persona mayor hospitalizada.

INTRODUCCIÓN

El aumento gradual y proporcional de la población mayor ha generado un impacto significativo en los perfiles demográfico y epidemiológico, implicando modificaciones en los cuidados de salud destinados a este grupo etario⁽¹⁾. En este contexto, la longevidad puede acarrear fragilidades inherentes al proceso de envejecimiento, abarcando componentes físicos, cognitivos, sociales, financieros, ambientales y espirituales, lo que amplía la necesidad de cuidados integrales e individualizados, desarrollados con el propósito de prevenir iatrogenias^(2,3).

La hospitalización constituye un evento desafiante para las personas mayores, ya que se asocia con un mayor riesgo de deterioro funcional, fragilidad y vulnerabilidad a la exposición a estresores internos y externos^(4,5). En este sentido, el potencial de los eventos estresores se intensifica en la vejez, pues aumentan las posibilidades de experimentar situaciones adversas como consecuencia de las modificaciones inherentes al proceso de envejecimiento⁽⁶⁾.

Al abordar este concepto, Betty Neuman⁽⁷⁾ define los estresores como fuerzas o estímulos presentes en el ambiente intrínseco o extrínseco, capaces de producir tensiones y potencialmente causar inestabilidad del sistema. La autora propuso el Modelo de Sistemas de Neuman (MSN), que constituye un referente teórico compuesto por definiciones y conceptos interrelacionados, ofreciendo sustento para la comprensión de los estresores y de la actuación del enfermero frente a estos fenómenos⁽⁷⁾.

En el MSN, el individuo es concebido como un sistema abierto y dinámico, constituido por ciclos continuos de entrada, procesamiento y salida. En el centro de este sistema se encuentra el core, rodeado por círculos concéntricos que representan variables comunes a todos los seres humanos: fisiológica, del desarrollo, psicológica, sociocultural y espiritual. Además, el modelo contempla líneas de defensa flexible, normal y de resistencia, que actúan como mecanismos de protección o amortiguación frente a los estresores, contribuyendo al mantenimiento de la integridad del sistema-cliente^(7,8). Así, la adecuada gestión de los estresores favorece el mantenimiento de la estabilidad del sistema y promueve respuestas adaptativas más favorables⁽⁹⁾.

El modelo se sustenta en una perspectiva sistémica y dinámica del ser humano, comprendiéndolo como un sistema abierto en constante interacción con el ambiente. En el contexto del envejecimiento, esta comprensión se vuelve particularmente relevante, ya que el proceso de senescencia

puede fragilizar las líneas de defensa y resistencia, aumentando la vulnerabilidad frente a los estresores. Desde esta perspectiva, la hospitalización no es entendida únicamente como un escenario asistencial, sino como un ambiente potencialmente permeado por estresores intrapersonales, interpersonales y extrapersonales.

Además, en el contexto de la hospitalización, numerosos factores pueden ser percibidos como estresores, entre los que destacan la ausencia de iluminación natural, la alteración de los patrones de sueño y vigilia, la privación o restricción del contacto con familiares, la pérdida del control sobre el propio cuerpo, la falta de privacidad y la exposición a diversos procedimientos clínicos que, aunque necesarios para el tratamiento, pueden acarrear diferentes formas de malestar⁽¹⁰⁾. En este escenario, la identificación de los estresores permite comprender las respuestas humanas ante las situaciones vividas durante la hospitalización⁽¹¹⁾.

Al adoptar el MSN como referente teórico, este estudio asume que la experiencia de la persona mayor hospitalizada debe comprenderse a partir de la interacción entre envejecimiento, enfermedad y contexto institucional, reconociendo su complejidad y multidimensionalidad. El modelo orienta la mirada investigativa al suponer que el fenómeno de la hospitalización emerge de la interacción dinámica entre variables biológicas, psicológicas, socioculturales, del desarrollo y espirituales, exigiendo un análisis contextualizado y relacional.

Ante ello, considerando la laguna de conocimiento acerca de los estresores que permean la hospitalización de la persona mayor, se justifica la relevancia de esta investigación. Así, este estudio tuvo como objetivo describir los estresores experimentados por personas mayores durante la hospitalización.

MÉTODO

Se trata de un estudio cualitativo, descriptivo y exploratorio, vinculado a una tesis doctoral en Enfermería, anclada en la propuesta metodológica de la investigación convergente asistencial (PCA), titulada “Estresores y variancias de bienestar en personas mayores hospitalizadas: teoría de rango medio de enfermería”. El presente estudio constituye un recorte de la investigación matriz, delineado a partir de objetivos específicos y sustentado por un recorrido metodológico propio. La redacción del manuscrito siguió las recomendaciones del CONSOLIDATED criteria for REporting Qualitative research⁽¹²⁾.

El estudio fue desarrollado en un hospital universitario de gran tamaño, ubicado en la región central de Rio Grande do Sul. Participaron en el estudio personas mayores hospitalizadas en las unidades de clínica médica y quirúrgica que cumplieron los siguientes criterios de inclusión: tiempo de hospitalización superior a 24 horas y capacidad cognitiva preservada. Fueron excluidas las personas mayores imposibilitadas para participar en la investigación, como aquellas sometidas a ventilación mecánica, traqueostomizadas, con secuelas verbales y motoras, dificultad respiratoria o inestabilidad hemodinámica.

Para identificar participantes elegibles, la investigadora principal, enfermera y doctoranda en Enfermería, con experiencia previa en investigaciones cualitativas, analizaba diariamente el mapa de hospitalización de las unidades, identificando nuevas hospitalizaciones y el cuadro clínico de las personas mayores. Tras la selección por conveniencia, se dirigía a la habitación o enfermería, presentaba sus credenciales y realizaba la invitación a participar. Aunque actuaba como enfermera de la institución, la investigadora no poseía vínculo asistencial directo con los participantes incluidos en el estudio.

La invitación se realizaba tras la aclaración de los objetivos de la investigación, enfatizando el carácter voluntario de la participación y la inexistencia de perjuicio asistencial en caso de rechazo. También se garantizó tiempo adecuado para la toma de decisión y la posibilidad de desistir en cualquier momento. Tras el consentimiento, se aplicaba el Mini Examen del Estado Mental (MEEM)^(13,14).

El MEEM fue utilizado para evaluar la capacidad cognitiva^(13,14). Los puntos de corte se definieron conforme al nivel educativo: 18 puntos para personas no alfabetizadas; 21 puntos para escolaridad entre 1 y 3 años; 24 puntos para aquellas con 4-7 años de estudio; y 26 puntos para más de 7 años de escolaridad⁽¹⁵⁾. Los participantes que alcanzaron los puntos de corte fueron incluidos en el estudio. Esta etapa resultó en la exclusión de ocho personas mayores.

Los datos fueron producidos mediante formulario de caracterización, entrevista-conversación y observación participante, realizadas individualmente al lado de la cama del paciente. El formulario contemplaba características socio-demográficas, clínicas y elementos del MSN concernientes a las dimensiones fisiológica, psicológica, sociocultural, del desarrollo y espiritual. La guía de entrevistas fue elaborada con base en los conceptos centrales del modelo, especialmente en la identificación de estresores intrapersonales, interpersonales y extrapersonales. Las preguntas exploraban la percepción de las personas mayores acerca de los cambios derivados de la hospitalización, sus fuentes de tensión y los mecanismos movilizados para afrontarlos.

La entrevista-conversación y la observación participante se realizaron de manera concomitante, posibilitando aprehender no solo los relatos verbales, sino también interacciones, comportamientos y expresiones contextuales en el ambiente hospitalario. Cada participante fue acompañado en tres a cuatro encuentros, con una duración media total de 140 minutos, favoreciendo la profundización progresiva de las narrativas y una mayor comprensión de la experiencia vivida.

La producción de los datos fue conducida íntegramente por la investigadora principal, orientada por el referente

teórico adoptado. Considerando su inserción profesional en el escenario investigado, se adoptó una postura reflexiva a lo largo del trabajo de campo, registrándose en un diario de campo percepciones, impresiones y elementos contextuales relevantes para la comprensión de la dinámica entre envejecimiento, enfermedad y ambiente hospitalario, con atención a la posible influencia de la posición institucional de la investigadora sobre la producción de los datos.

Durante los encuentros, la investigadora se posicionaba próxima a la persona mayor, con el fin de favorecer el confort y la privacidad. La conversación se iniciaba a partir de la pregunta orientadora: “Cuénteme cómo ha sido su día a día aquí en el hospital desde la hospitalización. ¿Qué situaciones le han incomodado o aún le incomodan?” A partir de este cuestionamiento, se buscaba identificar los estresores percibidos por las personas mayores⁽⁷⁾. Los encuentros subsecuentes fueron conducidos mediante conversaciones informales acerca de la hospitalización y de los estresores experimentados, conforme a una guía previamente establecida.

La observación participante se iniciaba cuando la investigadora ingresaba a la habitación o enfermería. Se utilizó una guía elaborada con base en los supuestos del MSN, contemplando aspectos relacionados con la atención prestada por los profesionales de la salud, las relaciones interpersonales entre personas mayores, profesionales y familiares, las condiciones ambientales, el espacio físico, las normas y rutinas institucionales, además de expresiones no verbales, actitudes y sentimientos manifestados frente a la experiencia vivida. La observación fue realizada en todos los encuentros.

Inmediatamente después de cada encuentro, los registros eran sistematizados en un diario de campo, procurando registrar la mayor cantidad posible de información. Estos registros totalizaron 118 páginas e integraron el corpus analítico como notas de entrevista (NE) y notas de observación (NO). Se empleó el criterio de saturación teórica para la delimitación muestral, alcanzada mediante la reincidencia y complementariedad de la información⁽¹⁶⁾. La muestra final estuvo compuesta por 30 personas mayores, sin pérdidas muestrales.

Por tratarse de un recorte de una investigación matriz anclada en la PCA, los datos fueron analizados conforme a la propuesta de Trentini, Paim y Silva⁽¹⁷⁾, compuesta por las etapas de aprehensión, síntesis, teorización y transferencia. La aprehensión se inició durante la producción de los datos, involucrando la organización de los relatos y registros observacionales. Esta etapa posibilitó la categorización por similitud y subsidió la identificación de la saturación teórica.

En la etapa de síntesis, los registros fueron agrupados por convergencia de ideas, dando lugar a las categorías analíticas. Así, se establecieron tres categorías deductivas, delimitadas de acuerdo con la clasificación propuesta por el referente teórico: estresores intrapersonales, interpersonales y extrapersonales. La teorización correspondió a las reflexiones de las investigadoras acerca de la relación entre los datos producidos y los supuestos del MSN, involucrando procesos de construcción, deconstrucción y reconstrucción teórico-conceptual. La transferencia ocurrió mediante la contextualización y socialización de los resultados, des-

tacando posibilidades de cuidado frente a los estresores experimentados.

No se realizó una validación formal de los hallazgos con los participantes, debido al carácter descriptivo-interpretativo del estudio y a las condiciones clínicas de las personas mayores hospitalizadas. Se buscó asegurar el rigor analítico mediante la triangulación entre entrevistas, observación participante y registros en diario de campo.

En cuanto a los aspectos éticos, fueron respetadas las directrices nacionales para investigaciones con seres humanos⁽¹⁸⁾. El proyecto fue aprobado por el Comité de Ética en Investigación bajo el Dictamen no. 1.771.984 y CAAE no. 60668116.2.0000.5346. Todos los participantes firmaron el consentimiento libre previo e informado en dos ejemplares.

RESULTADOS

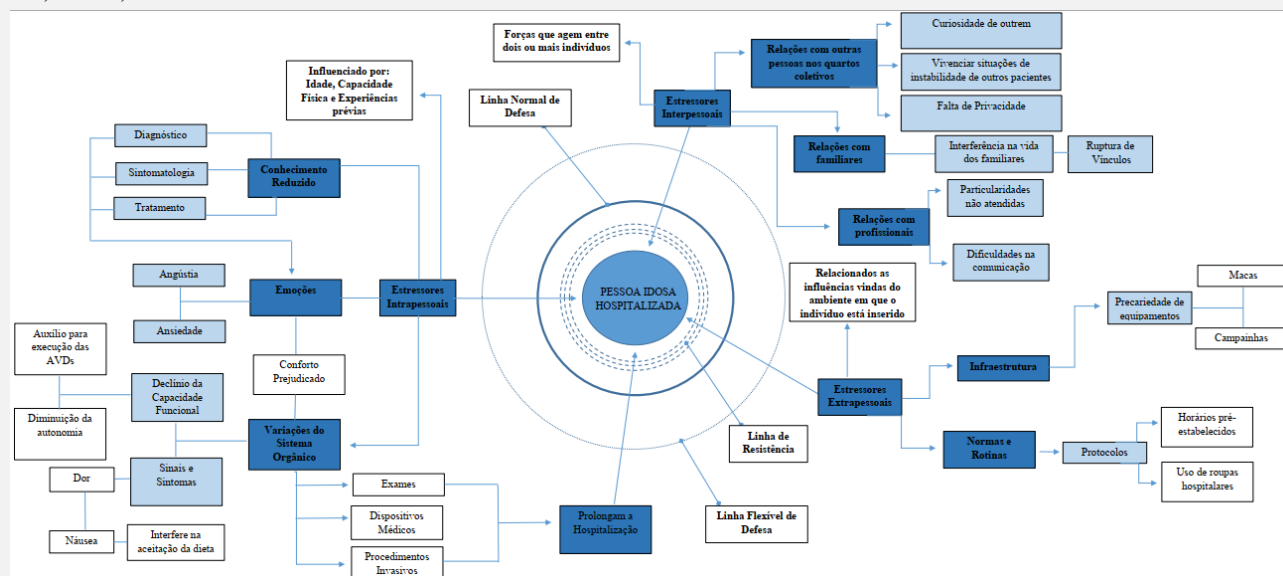
La caracterización sociodemográfica de las personas mayores evidenció predominio del sexo masculino

(53,33%), grupo etario entre 60 y 69 años (60%), estado civil casado (56,67%) y escolaridad entre 4 y 7 años de estudio (50%). En relación con el perfil clínico, se observó que la mayor parte de los participantes (83,33%) presentaba comorbilidades previas, con predominio de hipertensión arterial sistémica (60%) y diabetes mellitus (26,67%). El tiempo de hospitalización más frecuente fue de 1 a 10 días. Los principales diagnósticos al momento del ingreso correspondieron a enfermedades cardiovasculares (33,33%), neoplasias (33,33%) y enfermedades infecciosas (23,33%).

La hospitalización puede constituir una condición potencialmente desorganizadora del sistema-cliente, ya que deriva de un proceso de enfermedad capaz de fragilizar las líneas de defensa. En este contexto, los estresores identificados durante la hospitalización pueden intensificar la inestabilidad del sistema de la persona mayor.

Con el fin de favorecer la síntesis y la visualización de los estresores identificados, se elaboró un mapa conceptual fundamentado en el MSN (Figura 1).

Figura 1 - Mapa conceptual de la síntesis de los estresores interpersonales, intrapersonales y extrapersonales. Santa María, RS, Brasil, 2025



Fuente: elaborado por los autores, 2025.

Estresores intrapersonales

Los estresores intrapersonales corresponden a aquellos que actúan en el interior del individuo, abarcando conocimientos, emociones y alteraciones del sistema orgánico⁽⁷⁾. En esta categoría, se identificaron estresores relacionados con la enfermedad, las alteraciones hemodinámicas y las repercusiones psicosociales derivadas de la hospitalización.

Cuando vine al hospital, ni siquiera pensaba que tendría que quedarme tantos días. [...] Después de llegar aquí, me dijeron que tengo que hacerme una cirugía de la aorta abdominal. Estoy esperando [...] Eso me deja afectado, ansioso. [...] Me preocupa hacerme una cirugía grande a esta edad (PI14, NE)

El descubrimiento del diagnóstico estuvo marcado por la expresión de sentimientos como ansiedad y preocupación, además de incertidumbres acerca de las próximas etapas del

tratamiento o del esclarecimiento del propio diagnóstico. En este sentido, el conocimiento reducido sobre el cuadro clínico, la sintomatología y el tratamiento fue considerado un evento estresor.

Recibí un “golpe” hoy (lágrimas). No esperaba esto, tenía fe en que el examen del corazón estaba normal. ¡Pero no, voy a necesitar la cirugía! Estoy aquí, ¿qué voy a hacer? (PI25, NE)

La persona mayor demuestra preocupación por su cuadro clínico y refiere que no sabe si tendrá que someterse a una nefrectomía radical o no. Presenta episodios de dolor óseo intenso, además de episodios de sudoración y palidez cutánea, que la dejan ansiosa. Desconoce la complejidad de su patología (neoplasia renal con metástasis óseas) y su hija desea que así sea. (PI7, NO)

[...] solo que aún no sé qué ocasionó esta caída del ojo (ptosis palpebral), ¿este dolor en el ojo? ¿Eso me deja ansioso! Mañana, creo que vamos a saber qué es esto [...] (PI2, NE)

Las disfunciones orgánicas derivadas tanto del cuadro clínico como de las intervenciones terapéuticas empleadas se manifestaron mediante signos y síntomas que interfirieron en el bienestar de las personas mayores durante la hospitalización. Entre estos síntomas, destacó el dolor como un importante factor limitante de la independencia y la funcionalidad.

[...] como puede ver, estoy restringida a la cama [...] No puedo girarme sola de lado, porque mi pierna izquierda está infectada (osteomielitis), el hueso está como papel. Tengo una fractura expuesta, así que usted no se imagina el dolor que siento. El dolor ya ha disminuido, ahora hay días en que la Dipirona lo alivia, pero hubo días en que ni con Morfina. Qué cosa más triste, nunca pensé sentir tanto dolor. (PI30, NE)

Nunca había estado en el hospital antes. [...] ¿Me siento atrapado aquí! Con este dolor en la cadera no puedo salir de la cama solo, duele mucho. (PI9, NE)

Además del dolor, las náuseas y los episodios eméticos también fueron identificados como estresores, sobre todo por sus repercusiones sobre el gusto y la aceptación alimentaria. Adicionalmente, la alimentación ofrecida en el ambiente hospitalario fue frecuentemente percibida como diferente de aquella consumida en el domicilio, contribuyendo a la reducción de la ingesta alimentaria.

Hay días en que me siento bien, otros días tengo náuseas por la medicación (quimioterapia) y no logro comer ni la mitad de la comida. Eso me molesta en cada ciclo [...] Cuando me siento así, no consigo alimentarme. Cuando llega la comida a la habitación, ni siquiera puedo soportar el olor. Realmente me da náuseas. (PI4, NE)

Desde que me hice el examen, siento el olor de la comida y tengo ganas de vomitar. Mejoró un poco con los medicamentos que estoy tomando, pero cuando llega la comida a la habitación, mi estómago ya empieza a revolverse. Incluso intento comer, pero no todo me apetece. No es lo mismo que la comida de casa. (PI14, NE)

Estresores interpersonales

Los estresores interpersonales corresponden a las fuerzas que actúan entre dos o más individuos, representadas por las relaciones establecidas con familiares, amigos y profesionales de la salud⁽⁷⁾. En este sentido, la hospitalización fue asociada a cambios en los arreglos familiares y en las relaciones interpersonales, repercutiendo en la vida cotidiana y en el bienestar de las personas mayores.

La atención mecanizada y automatizada desarrollada por los profesionales, en ocasiones desconsiderando las singularidades de las personas mayores, fue percibida como un estresor. También destacaron la exposición de la intimidad y la falta de privacidad. La dependencia para

la realización de las actividades de la vida diaria (AVD) también repercutió negativamente en la experiencia de la hospitalización.

Los primeros baños me dieron vergüenza. Parecía un saco de frijoles, rodando de un lado a otro [...] Pero necesito ayuda, no hay nada que hacer [...] El otro día estaba en una camilla, en el pasillo, para la limpieza de la habitación, y necesitaba cambiarme el pañal [...] ¿Cómo iban a limpiarme allí, en medio de todo el mundo? [...] Entonces, preferiría quedarme sucia [...] (PI1, NE)

Lo que más me incomoda es la falta de privacidad. Siempre estás expuesta. No hay biombo, no hay cortina. Ayer mismo, un grupo de médicos residentes vino a evaluarme. Me quitaron la blusa y el sostén delante de otros pacientes para examinarme. Entonces una se siente incómoda, avergonzada, estresada por eso [...] (PI13, NE)

Junto con ello, emergieron relatos relacionados con la desvalorización de las quejas de las personas mayores ante situaciones que les causaban malestar y sufrimiento. Además, el suministro de información divergente, inconclusa o insuficiente por parte de los profesionales fue percibido como un elemento generador de inseguridad y estrés durante la hospitalización.

Mi acceso [venoso] sigue filtrándose. Lo dije, lo dije que no está bien [...] Tomaron esta vena delgada aquí, pero ya está doliendo. Pedí aquel otro catéter, pero parece que solo el lunes [...] Por la noche se filtró la medicación, y cuando desperté la cama estaba toda mojada. Esto ya podría haberse resuelto, pero sigo con una o dos punciones por día. (PI26, NE)

Estoy en ayuno otra vez, desde la medianoche, para hacerme este examen hoy. Pero puede que no lo hagan hoy, porque la médica dijo que aún no es seguro. Cada uno dice una cosa, uno dice que debo permanecer en ayuno porque hoy me harán el examen, otro que no sabe bien. (PI1, NE)

En la convivencia con otros pacientes y familiares, se destacaron como estresores el compartir las salas de hospitalización, la pérdida de control sobre el ambiente y la exposición a situaciones críticas que involucraban a otros pacientes. Tales circunstancias fueron asociadas a malestar, preocupación y compromiso de la privacidad.

Una situación que estresa es cuando el enfermero viene a realizar la curación y otras personas vienen a mirar por curiosidad. O cuando me bañan y esta cortina no está bien cerrada. Soy una vieja quisquillosa, no me gusta quedar expuesta ni ver a otros presenciando mi dolor. (PI30, NE)

La señora se sintió mal desde el comienzo de la noche. Se puso muy mal. Era un entrar y salir de esta habitación, creo que ninguna de nosotras pudo dormir, preocupadas por ella [...] Hubo un momento en que pensé que iba a morir de lo mal que estaba [...] (PI17, NE)

Además, las personas mayores relataron sentimientos

de culpa por interferir en la rutina familiar debido a la necesidad de cuidados durante la hospitalización y después del alta. El período de internación también fue asociado al alejamiento de los vínculos familiares y del ambiente domiciliario, desencadenando sentimientos de soledad, añoranza y preocupación por los familiares.

No puedo quedarme muchos días fuera de casa. Le di vacaciones a la empleada, mi cuñada trabaja todo el día y su marido está solo en casa, pero ni siquiera puede prepararse la comida. Las hijas se están turnando conmigo, así que durante el día él se queda solo en casa, él también ya es mayor. Me preocupo por él. (PI23, NE)

Cuando estamos en el hospital, todo estresa. Quisiera estar en casa, tengo mis perros para cuidar y extraño a mis nietos. Viven muy lejos de aquí, mi hija viene a quedarse conmigo, pero ellos se quedaron con su padre, son pequeños (llora). (PI22, NE)

Estresores extrapersonales

Los estresores extrapersonales corresponden a las fuerzas e interacciones que ocurren fuera del sistema-cliente, pero que ejercen influencia sobre él⁽⁷⁾. En esta categoría, se identificaron estresores relacionados con la infraestructura hospitalaria, así como con las normas y rutinas institucionales.

La infraestructura hospitalaria fue percibida como insuficiente para promover el confort de la persona mayor, interfiriendo en el mantenimiento del bienestar y haciendo que la experiencia de la hospitalización fuera menos satisfactoria. Entre los aspectos mencionados, destacaron la inadecuación de las camas hospitalarias, la indisponibilidad o fallas en equipos de apoyo, como los timbres utilizados para solicitar ayuda a los profesionales, y el tiempo de espera para la hospitalización en lugares considerados inadecuados. Los relatos también evidenciaron preocupaciones relacionadas con la seguridad del paciente, especialmente en cuanto al riesgo de caídas.

Allá abajo [urgencias] la camilla no era cómoda. Tenía un colchoncito delgado y empecé a sentir las estructuras metálicas aquí en la espalda. Me movía en la camilla, pero las enfermeras decían que tenía que tener cuidado. Para sentarse en la camilla había que hacerlo bien en el medio para que no se volcara [...] (PI12, NE)

[...] cuando me administraban medicación por la vena, me dormía y despertaba hasta que terminaba. Me quedaba pendiente para llamar cuando se acabara la medicación, pero no había cómo llamar, esos timbres no funcionan. (PI3, NE)

Además de estas experiencias, los cambios en la rutina cotidiana, como la necesidad de utilizar la ropa proporcionada por el hospital, permanecer lejos del ambiente domiciliario, adaptarse a los horarios institucionales y a las modificaciones en la alimentación, también fueron percibidos como situaciones potencialmente estresoras.

Mis días aquí en el hospital no están siendo fáciles,

pero creo que voy a soportarlo. Al principio me resultó muy extraño, pero ahora ya me estoy acostumbrando a esta rutina de exámenes, procedimientos, ayuno [...] Uno extraña mucho esta rutina. (PI1, NE)

Incluso esta ropa que usamos me parece extraña. Preferiría usar mis pijamas, más abrigados, más cómodos, pero la rutina es usar esta ropa. (PI29, NE)

DISCUSIÓN

El proceso de envejecimiento está marcado por la reducción de las reservas fisiológicas, la mayor prevalencia de enfermedades crónicas y alteraciones funcionales que aumentan la vulnerabilidad de las personas mayores a los estresores inherentes a la hospitalización⁽¹⁹⁾. En este contexto, el MSN permite comprender las respuestas de las personas mayores frente al proceso salud-enfermedad a lo largo de la vida⁽²⁰⁾, considerando que el envejecimiento es un fenómeno multidimensional capaz de influir en la estabilidad del sistema-cliente.

Ante la enfermedad, la persona puede experimentar sentimientos de impotencia, inseguridad, vergüenza y pérdida de autonomía, asociados a la amenaza a la identidad y a la privacidad⁽²¹⁾. En este sentido, los participantes del presente estudio percibieron diferentes síntomas y experiencias derivadas de la hospitalización como estresores intrapersonales.

La hospitalización implica una sucesión de eventos que culminan en múltiples cuidados de salud. En este escenario, las personas mayores necesitan asimilar información compleja sobre diagnóstico y tratamiento, la cual puede ser insuficiente, imprecisa o sufrir modificaciones a lo largo de la hospitalización⁽²²⁾. El conocimiento reducido identificado en este estudio es semejante a la falta de información descrita entre pacientes hospitalizados en hospitales generales de Yazd, Irán⁽²³⁾, evidenciando que, incluso en contextos socioculturales distintos, los estresores experimentados por personas mayores hospitalizadas presentan importantes convergencias.

En el presente estudio, el dolor fue referido como un importante factor estresor, corroborando investigaciones que demuestran una elevada prevalencia de este síntoma en pacientes hospitalizados^(24,25). A la luz del MSN, el dolor puede ejercer un mayor potencial desorganizativo en el envejecimiento debido a la menor capacidad adaptativa, tensionando las líneas de resistencia del sistema-cliente. Estos hallazgos refuerzan la importancia de la evaluación sistemática del dolor y de la implementación de medidas efectivas para su control.

Los estresores intrapersonales identificados se articulan directamente con el proceso de envejecimiento, caracterizado por una mayor susceptibilidad a agravios y por la reconfiguración de los roles sociales. Desde esta perspectiva, la hospitalización no actúa como un evento aislado, sino como un factor potenciador de la vulnerabilidad sistémica, al tensionar líneas de defensa ya fragilizadas por el avance de la edad⁽⁷⁾.

Los estresores interpersonales fueron identificados en las interacciones establecidas con familiares, profesionales de la salud y acompañantes de otros pacientes. En esta

dimensión, la curiosidad expresada mediante preguntas y miradas frecuentes emergió como un importante estresor, ocasionando malestar y percepción de pérdida de privacidad, lo que hace que la experiencia de la hospitalización sea aún más desgastante.

La privacidad constituye un derecho del paciente y un concepto dinámico⁽²⁶⁾, permeando las dimensiones fisiológica, psicológica, sociocultural y espiritual. Diversos factores pueden influir en ella, incluyendo la complejidad de la enfermedad, el grado de dependencia, la identidad de género, los recursos humanos disponibles, las condiciones ambientales y la realización de procedimientos asistenciales⁽²⁶⁾. Considerar tales aspectos es fundamental para prevenir o minimizar estresores relacionados con una atención estandarizada y poco individualizada.

La comunicación entre profesionales y pacientes fue descrita por las personas mayores como frágil y poco efectiva. Cabe destacar que la comunicación terapéutica constituye un componente esencial del cuidado, al posibilitar que el paciente sea reconocido más allá de la enfermedad⁽²⁷⁾. En este sentido, los profesionales de enfermería deben identificar las singularidades de cada persona y demostrar un interés genuino por el cuidado, lo que presupone respeto, compromiso, sensibilidad y ética.

La disminución o ausencia de autonomía para la toma de decisiones también fue evidenciada como un estresor, en consonancia con estudios que describen la enfermedad y la hospitalización como experiencias capaces de restringir la autonomía de la persona mayor⁽²⁸⁾. En este contexto, la clínica ampliada desarrollada por el equipo de salud puede favorecer la preservación de la autonomía, al reconocer a la persona mayor como sujeto activo del proceso salud-enfermedad⁽²⁹⁾.

Tal comprensión se alinea con la premisa de que la protección y promoción de la autonomía de las personas mayores por parte de los enfermeros dependen de la oportunidad, capacidad y disposición para construir relaciones en las que sus voces y preferencias sean valoradas⁽³⁰⁾. Estrategias de esta naturaleza pueden contribuir al fortalecimiento de las líneas normales de defensa del sistema-cliente.

Es evidente que las personas mayores experimentan una sucesión de pérdidas relacionadas con las capacidades funcionales y el agravamiento de las condiciones clínicas. El enfrentamiento con sus condiciones actuales amplía los sentimientos de pérdida y puede fragilizar los recursos internos de afrontamiento contruidos a lo largo de la vida. Además, la incapacidad para desempeñar roles familiares previamente ejercidos también fue percibida como un estresor.

El vínculo familiar representa un importante componente del bienestar de la persona mayor. Así, la hospitalización y el alejamiento de los vínculos familiares y ambientales pueden despertar sentimientos de añoranza, tristeza, soledad y aislamiento, percibidos como estresores. Un estudio⁽³¹⁾ destaca que elevados niveles de soledad entre personas mayores hospitalizadas pueden estar relacionados con el alejamiento del entorno familiar y de las redes sociales durante la experiencia de un evento potencialmente estresor. Además, las personas mayores frecuentemente disponen de menos estrategias de afrontamiento frente a la movilidad reducida y a redes sociales menos estables⁽³²⁾.

La hospitalización también puede ocasionar pérdidas funcionales y aumentar la vulnerabilidad, repercutiendo en el proceso de transición del cuidado desde la institución hospitalaria hacia el domicilio⁽³³⁾. Este aspecto converge con los hallazgos de este estudio, en los cuales la necesidad de cuidados después del alta fue percibida como un estresor, especialmente por demandar la reorganización de la rutina familiar y una mayor disponibilidad de tiempo para el cuidado de la persona mayor.

Desde la perspectiva del MSN, las tensiones relacionales identificadas no se restringen a conflictos puntuales, sino que expresan procesos de reorganización sistémica de los roles sociales en el contexto del envejecimiento y la hospitalización. La inversión de roles familiares y la necesidad de mediación del equipo de salud configuran interacciones potencialmente generadoras de inestabilidad, especialmente ante la fragilización de la autonomía.

Además, las rutinas institucionales marcadas por la sobrecarga asistencial y el tiempo reducido para una escucha calificada pueden intensificar estos estresores, evidenciando que la estabilidad del sistema-cliente depende no solo de intervenciones individuales, sino también de la calidad de las relaciones establecidas en el ambiente de cuidado.

En cuanto a los estresores extrapersonales, estos comprendieron predominantemente aspectos relacionados con la infraestructura hospitalaria, percibida como inadecuada para promover el confort y atender las necesidades de las personas mayores. El ambiente físico debe adaptarse a las consecuencias del envejecimiento fisiológico y a las limitaciones impuestas por las condiciones clínicas, favoreciendo el mantenimiento de la independencia funcional y de la autonomía de la persona mayor⁽³⁴⁾.

Las normas y rutinas institucionales, caracterizadas por la imposición de horarios específicos para la realización de las AVD, fueron percibidas como comprometedoras de la autonomía y potencialmente generadoras de fragilidad, configurándose como estresores. Las observaciones participantes evidenciaron un ambiente marcado por una elevada circulación de profesionales, interrupciones frecuentes y priorización de procedimientos técnicos, aspectos que también configuraron estresores extrapersonales. En este sentido, se sabe que la rutina hospitalaria puede generar sensaciones de extrañamiento, respuestas afectivas como ansiedad y depresión, además de desencadenar actitudes poco colaborativas⁽³⁵⁾.

Desde la perspectiva del MSN, las condiciones institucionales y ambientales del escenario hospitalario actúan como fuerzas externas capaces de comprometer la estabilidad del sistema-cliente. Elementos como el ruido, las interrupciones frecuentes, la rotación de profesionales y el tiempo reducido para una interacción calificada no constituyen únicamente características organizacionales, sino potenciales amenazas a las líneas de defensa, especialmente ante la reducida reserva adaptativa inherente al envejecimiento.

Los resultados de este estudio señalan que las dimensiones psicológica, sociocultural, del desarrollo y espiritual deben ser valoradas en la misma medida que la dimensión fisiológica, con vistas a la cualificación del cuidado, a la minimización o control de los estresores y al fortalecimiento de las líneas de defensa y de las estrategias de afrontamiento.

to. En este contexto, se entiende que la magnitud de la respuesta terapéutica y sus resultados dependen tanto de la intensidad del estresor como de la forma en que este es percibido por la persona mayor.

Las intervenciones de enfermería tienen como finalidad promover la estabilización del sistema, el retorno al equilibrio y el mantenimiento del bienestar, favoreciendo el proceso de reconstitución energética⁽¹¹⁾. Resulta fundamental que los enfermeros dispongan de competencias clínicas y relacionales que les permitan identificar precozmente amenazas a las líneas de defensa e implementar estrategias de prevención secundaria y terciaria. Sin embargo, tal actuación requiere condiciones institucionales favorables, incluyendo tiempo y recursos adecuados, para que el cuidado esté efectivamente centrado en la persona mayor.

Como limitación del estudio, se destaca su realización en una única institución hospitalaria, lo que puede restringir la transferibilidad de los hallazgos a otros contextos asistenciales. Además, los resultados pueden reflejar características regionales específicas y particularidades de los procesos de cuidado adoptados por la institución investigada.

CONCLUSIÓN

El estudio permitió describir los estresores experimentados por personas mayores durante la hospitalización, evidenciando que tales experiencias se manifiestan en las

dimensiones intrapersonal, interpersonal y extrapersonal. Los hallazgos revelan que la hospitalización, en el contexto del envejecimiento, involucra múltiples factores capaces de tensionar la estabilidad del sistema-cliente, especialmente ante la reducción de la reserva adaptativa y las condiciones institucionales del cuidado.

A la luz del MSN, se comprendió la hospitalización como un fenómeno sistémico y dinámico, en el cual el ambiente, las relaciones y las características individuales interactúan continuamente. El estudio contribuye al ofrecer subsidios para la reflexión y la planificación del cuidado de la persona mayor hospitalizada, resaltando la importancia de enfoques asistenciales que reconozcan la integralidad y la complejidad de esta experiencia. Resulta fundamental que los profesionales de enfermería identifiquen y comprendan los estresores en sus múltiples dimensiones.

* Artículo extraído de la Tesis Doctoral en Enfermería titulada “Estresores y variancias de bienestar en personas mayores hospitalizadas: Teoría de Rango Medio de Enfermería”, presentada al Programa de Posgrado en Enfermería de la Universidad Federal de Santa Maria, Santa Maria, RS, Brasil, en el año 2019.

CONFLICTO DE INTERESES

Los autores declaran no tener conflicto de intereses.

REFERENCIAS

1. Barbosa MEM, Silveira AE da, Vieira MCU, Pereira EM, Hamm JR, Andrade GF de, et al. Síndrome da fragilidade e fatores associados em idosos adscritos de uma unidade básica de saúde. *Rev Eletrôn Acervo Saúde*. 2025;25:e19278. <https://doi.org/10.25248/reas.e19278.2025>
2. Morais TSA de, Siquara GM, Magalhães SB de. Intervencções psicológicas na UTI: fluxograma de cuidado para idosos sob estressores. *Rev SBPH*. 2024;27:e008. <https://doi.org/10.57167/Rev-SBPH.v27.590>
3. Baixinho CRSL, Ferreira M de A, Huarcaya SSL. Special issue: aging, aging process and health; active citizenship and sustainable development. *Esc Anna Nery*. 2025;29:e2025E002. <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2025-E002en>
4. Barros RS, Teixeira GTM, Pinto JM, Sampaio RX, Mendes FAS, Garcia PA. Factors predicting hospital admission and death in older adults with cognitive impairment: a longitudinal study. *Texto Contexto Enferm*. 2024;3:e202301493. <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2023-0149en>
5. Rodrigues JAM, Lenardt MH, Cechinel C, Cruz EDA, Tsunoda AT, Kuznier TP. Hospital admission and the occurrence of delirium in older adults with physical frailty: cross-sectional study. *Rev Esc Enferm USP*. 2023;57:e20230156. <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2023-0156en>. PMID: 38100603
6. Santos NRP, Rabelo DF. Racism and stressful events: narratives of black elders. *Ciencias Psi*. 2022;16(2):e-2494. <https://doi.org/10.22235/cp.v16i2.2494>
7. Neuman B. The Neuman systems model. In: Neuman B, Fawcett J. *The Neuman systems model*. Upper Saddle River (NJ): Pearson; 2011.
8. Pestana-Santos M, Santos M da SR, Cabral IE, Sousa PC, Lomba M de LLF. Neuman Systems Model in perioperative nursing care for adolescents with juvenile idiopathic scoliosis. *Rev Esc Enferm USP*. 2021;55:e03711. <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2020001703711>. PMID: 34190880
9. Santos J de C, Arreguy-Senna C, Pinto PF, Paiva EP de, Pereira PM dos SD, Brandão MAG. Home fall of elderly people: implications of stressors and representations in the COVID-19 context. *Rev Gaúcha Enferm*. 2021;42(esp):e20200221. <https://doi.org/10.1590/1983-1447.2021.20200221>. PMID: 34037182
10. Brito NN de S, Soares SSS, Carvalho EC, Souza DG de, Franco AS, Almeida LF de, et al. Environmental stressors in a cardio-intensive unit and Nursing care planning: a descriptive study. *Online Braz J Nurs*. 2021;20:e20216539. <https://doi.org/10.17665/1676-4285.20216539>
11. Lemos RCPB, Arreguy-Sena C, Melo LD, Brandão MAG, Braga LM, Krempser P. Peripheral venous puncture and contrast in radiological exams: social representations anchored in Neuman's stressors. *Texto Contexto Enferm*. 2022;31:e20220030. <https://doi.org/10.1590/1980-265X-TCE-2022-0030en>
12. Souza VR dos S, Marziale MHP, Silva GTR, Nascimento PL. Translation and validation into Brazilian Portuguese and assessment of the COREQ

- checklist. *Acta Paul Enferm.* 2021;34:eAPE02631. <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2021AO02631>
13. Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR. "Mini-Exame State". A practical method for grading the cognitive state of patients for the clinicians. *J Psychiatr Res.* 1975;12(3):189-198. [https://doi.org/10.1016/0022-3956\(75\)90026-6](https://doi.org/10.1016/0022-3956(75)90026-6). PMID: 1202204
14. Bertolucci PHF, Brucki SMD, Campacci SR, Juliano Y. O mini-exame do estado mental em uma população geral. Impacto da escolaridade. *Arq Neuro-Psiquiatr.* 1994;52(1):1-7. <https://doi.org/10.1590/S0004-282X1994000100001>. PMID: 8002795
15. Caramelli P, Nitrini R. Como avaliar de forma breve e objetiva o estado mental de um paciente? *Rev Assoc Med Bras.* 2000;46(4):301. <https://doi.org/10.1590/S0104-42302000000400018>
16. Minayo MC de S. Amostragem e saturação em pesquisa qualitativa: consensos e controvérsias. *Rev Pesq Qual [Internet].* 2017 [citado 2025 Abr 01];5(7):1-12. Disponível em: <https://editora.sepq.org.br/rpq/article/view/82>
17. Trentini M, Paim L, Silva DMGV. Pesquisa Convergente Assistencial: delineamento provocador de mudanças nas práticas de saúde. 3 ed. Porto Alegre: Moriá; 2014.
18. Conselho Nacional de Saúde (BR). Resolução n. 466, de 12 de dezembro de 2012. Aprovar as seguintes diretrizes e normas regulamentadoras de pesquisas envolvendo seres humanos [Internet]. Brasília: Conselho Nacional de Saúde; 2012 [citado 2025 Abr 10]. Disponível em: <https://www.gov.br/conselho-nacional-de-saude/pt-br/atos-normativos/resolucoes/2012/resolucao-no-466.pdf/view>
19. Antequera IG, Lopes MCBT, Batista REA, Campanharo CRV, Costa PCP, Okuno MFP. Rastreamento de violência contra pessoas idosas: associação com estresse percebido e sintomas depressivos em idosos hospitalizados. *Esc Anna Nery.* 2021;25(2):e20200167. <https://doi.org/10.1590/2177-9465-EAN-2020-0167>
20. Oliveira SG de, Caldas CP, Nicoli EM, Silva FVC e, Cardoso RB, Lopes FM do VM. Applicability of the Neuman Systems Model to the Gerontology Nursing practice: a scoping review. *Rev Latino-Am Enfermagem.* 2024;32:e4224. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.6977.4224>. PMID: 39082502
21. Simões EPC, Michelin A de F, Bonifácio NA, Sakamoto SR, Ferreira LB, Nascimento G do. Percepção dos pacientes hospitalizados sobre privacidade, exposição e manipulação corporal. *Braz J Health Rev.* 2023;6(3):10030-10046. <https://doi.org/10.34119/bjhrv6n3-132>
22. Hussein Y, Edwards S, Patel HP. Psychological Impact of Hospital Discharge on the Older Person: A Systematic Review. *Geriatrics.* 2024;9(6):167. <https://doi.org/10.3390/geriatrics9060167>. PMID: 39727826
23. Kalani Z. Patients' Perception of Stressors in Medical-Surgical Units. *J Client Care.* 2017;2(1):6-9. <https://doi.org/10.15412/J.JCC.02020102>
24. Gerges S, Hallit R, Hallit S. Stressors in hospitalized patients and their associations with mental health outcomes: testing perceived social support and spiritual well-being as moderators. *BMC Psychiatry.* 2023;23(1):323. <https://doi.org/10.1186/s12888-023-04833-6>. PMID: 37161403
25. Palmer PK, Wehrmeyer K, Florian MP, Raison C, Idler E, Mascaro JS. The prevalence, grouping, and distribution of stressors and their association with anxiety among hospitalized patients. *PLoS One.* 2021;16(12):e0260921. <https://doi.org/10.1371/journal.pone.0260921>. PMID: 34871325
26. Tajdari S, Irajpour A, Shahriari M, Saghaei M. Identifying the dimensions of patient privacy in intensive care units: a qualitative content analysis study. *J Med Ethics Hist Med.* 2022;25;15:6. <https://doi.org/10.18502/jmehm.v15i6.11048>. PMID: 37143512
27. Fhon JRS, Sousa EF de, Li W, Silva ARF, Silva LM. Nursing care for hospitalized elderly at the end of life: integrative review. *Rev Eletr Enferm.* 2022;24:1-14. <https://doi.org/10.5216/ree.v24.70169>
28. Pinto VAH, Paiva FS de. "Ah, com certeza iam me dá alta, né. . .": autonomia no processo de cuidado em saúde de sujeitos hospitalizados. *Physis.* 2021;31(3):e310315. <https://doi.org/10.1590/S0103-73312021310315>
29. Pereira MM, Rezende KTA, Santos IF, Tonhon SF da R. O processo de hospitalização sob a ótica do paciente. *Rev Bras Promoc Saúde.* 2020;33:11657. <https://doi.org/10.5020/18061230.2020.11657>
30. Frank C, Holmberg M, Jernby EE, Hansen AS, Bremer A. Older patients' autonomy when cared for at emergency departments. *Nurs Ethics.* 2022;29(5):1266-1279. <https://doi.org/10.1177/09697330221105637>. PMID: 35727146
31. Just SA, Seethaler M, Sarpeah R, Waßmuth N, Bempohl F, Brandl EJ. Loneliness in Elderly Inpatients. *Psychiatr Q.* 2022;93(4):1017-1030. <https://doi.org/10.1007/s11126-022-10006-7>. PMID: 36350482
32. Savage RD, Wu W, Li J, Lawson A, Bronskill SE, Chamberlain SA, et al. Loneliness among older adults in the community during COVID-19: a cross-sectional survey in Canada. *BMJ Open.* 2021;11(4):e044517. <https://doi.org/10.1136/bmjopen-2020-044517>. PMID: 33811054
33. Tomazela M, Valente SH, Lima MAD da S, Bulgarelli AF, Fabríz LA, Zacharias FCM, et al. Care transition of older adults from hospital to home. *Acta Paul Enferm.* 2023;36:eAPE00291. <https://doi.org/10.37689/acta-ape/2023AO00291>
34. Scheerman K, Klaverweide JS, Meskers CGM, Maier AB. Toward Senior-Friendly Hospitals: An Overview of Programs, Their Elements and Effectiveness in Improving Care. *Gerontologia.* 2025;71(1):1-12. <https://doi.org/10.1159/000540655>. PMID: 39317167
35. Sá-Serafim RC da N, Silva RPR da, Bú EA do. Representações sociais da hospitalização elaboradas por pacientes crônicos e acompanhantes. *Arq Bras Psicol [Internet].* 2021 [citado 2025 Nov 30];73(1):52-69. Disponível em: https://pepsic.bvsalud.org/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1809-52672021000100005

CONTRIBUCIÓN DE AUTORÍA

Diseño del proyecto: Benetti ERR, Beuter M.

Obtención de datos: Benetti ERR, Beuter M.

Análisis de datos: Benetti ERR, Beuter M; Leite MT, Venturini L, Kinalski SS, Moura L.

Interpretación de datos: Benetti ERR, Beuter M; Leite MT, Venturini L, Kinalski SS, Moura L.

Todos los autores son responsables de la redacción textual y la revisión crítica del contenido intelectual, de la versión final publicada y de todos los aspectos éticos, legales y científicos relacionados con la exactitud e integridad del estudio.



Copyright © 2026 Online Brazilian Journal of Nursing

This is an Open Access article distributed under the terms of the Creative Commons Attribution License, which permits unrestricted use, distribution, and reproduction in any medium, provided the original work is properly cited.