

**UNIVERSIDAD AUSTRAL DE CHILE  
FACULTAD DE MEDICINA  
ESCUELA DE ENFERMERÍA**

**PERCEPCIÓN Y EXPECTATIVAS DEL USUARIO  
QUE RECIBE ATENCIÓN DE SALUD EN DOMICILIO**

Tesis presentada como parte  
de los requisitos para optar  
al grado de Licenciado  
en Enfermería.

**ALEJANDRA VICTORIA MORALES AGUILAR**

VALDIVIA- CHILE

**2002**

**PROFESOR PATROCINANTE:**

NOMBRE : Ana Reckmann Artigas.  
PROFESIÓN : Enfermera.  
GRADO ACADÉMICO : Magíster en Salud Pública con Énfasis en Nutrición y Materno Infantil.  
INSTITUTO : Enfermería.  
FACULTAD : Medicina.  
FIRMA :

**PROFESORES INFORMANTES:**

NOMBRE : Rosa Elena Parada Hinojosa.  
PROFESIÓN : Enfermera.  
GRADO ACADÉMICO : Magíster en Desarrollo Rural.  
INSTITUTO : Enfermería.  
FACULTAD : Medicina.  
FIRMA :

NOMBRE : Maite Alberdi L.  
PROFESIÓN : Enfermera y Matrona.  
GRADO ACADÉMICO : Especialista en Salud Familiar y Comunitario.  
INSTITUTO : Enfermería.  
FACULTAD : Medicina.  
FIRMA :

## INDICE DE MATERIAS

	<b>PÁGINA</b>
RESUMEN	1
SUMMARY	2
INTRODUCCIÓN	3
MARCO TEORICO	6
OBJETIVOS	13
MATERIAL Y MÉTODO	15
RESULTADOS	21
DISCUSIÓN	41
CONCLUSIÓN	44
BIBLIOGRAFÍA	47
ANEXOS	49

## INDICE DE GRÁFICOS

	PÁGINA
<b>GRÁFICO N° 1:</b> Distribución porcentual de usuarios según sexo. Consultorio Externo Valdivia. Primer semestre 2002.	21
<b>GRÁFICO N° 2:</b> Distribución porcentual de usuarios según estado civil. Consultorio Externo Valdivia. Primer semestre 2002.	22
<b>GRÁFICO N° 3:</b> Distribución porcentual de usuarios según tipo de familia. Consultorio Externo Valdivia. Primer semestre 2002.	22
<b>GRÁFICO N° 4:</b> Distribución porcentual según nivel educacional. Consultorio Externo Valdivia. Primer semestre 2002.	24
<b>GRÁFICO N° 5:</b> Distribución porcentual según tipo de atención domiciliaria realizada. Consultorio Externo Valdivia. Primer semestre 2002.	23
<b>GRÁFICO N° 6:</b> Personal sanitario que realizó la atención de salud domiciliaria de tipo promocional. Consultorio Externo Valdivia. Primer semestre 2002.	26
<b>GRÁFICO N° 7:</b> Personal sanitario que realizó la atención domiciliaria de tipo preventivo. Consultorio Externo Valdivia. Primer semestre 2002.	26
<b>GRÁFICO N° 8:</b> Personal de salud que realizó la atención domiciliaria a pacientes postrados. Consultorio Externo Valdivia. Primer semestre 2002.	27
<b>GRÁFICO N° 9:</b> Personal sanitario que realizó la atención de salud domiciliaria por programa de cuidados paliativos y alivio del dolor. Consultorio Externo Valdivia. Primer semestre 2002.	27
<b>GRÁFICO N° 10:</b> Registro de planeación de la atención domiciliaria en ficha clínica o documento establecido. Consultorio Externo Valdivia. Primer semestre 2002.	29

**GRÁFICO N° 11:** Uso de instrumento recolector y de registro de la atención de salud domiciliaria. Consultorio Externo Valdivia. Primer semestre 2002.

30

**GRÁFICO N° 12:** Percepción de calidad respecto ala atención domiciliaria recibida. Consultorio Externo Valdivia. Primer semestre 2002.

31

**GRÁFICO N° 13:** Satisfacción usuaria en relación a la atención recibida en domicilio. Consultorio Externo Valdivia. Primer semestre 2002.

32

**GRÁFICO N° 14:** Percepción del usuario en relación al apoyo recibido por parte del personal. Consultorio Externo Valdivia. Primer semestre 2002.

32

**GRÁFICO N° 15:** Percepción de los usuarios según características de integralidad. Consultorio Externo Valdivia. Primer semestre 2002.

33

**GRÁFICO N° 16:** Registro de la atención domiciliaria según características de integralidad. Consultorio Externo Valdivia. Primer semestre 2002.

34

**GRÁFICO N° 17:** Registro de la atención domiciliaria relacionado con la continuidad. Consultorio Externo Valdivia. Primer semestre 2002.

35

**GRÁFICO N° 18:** Expectativas de los usuarios en relación a la atención de salud en domicilio de tipo promocional. Consultorio Externo Valdivia. Primer semestre 2002.

36

**GRÁFICO N° 19:** Expectativas de los usuarios en relación a la atención de salud en domicilio de tipo preventiva. Consultorio Externo Valdivia. Primer semestre 2002.

37

**GRÁFICO N° 20:** Expectativas de los usuarios del programa de atención a pacientes postrados en relación a la atención domiciliaria. Consultorio Externo Valdivia. Primer semestre 2002.

38

**GRÁFICO N° 21:** Expectativas de los usuarios incluidos en el programa de cuidados paliativos y alivio del dolor en relación con la atención domiciliaria recibida. Consultorio Externo Valdivia. Primer semestre 2002.

35

## 1. RESUMEN

La presente investigación muestra la percepción y expectativas de los usuarios y/o familias respecto de las atenciones de salud domiciliarias realizadas por el personal de salud del Consultorio Externo Valdivia.

La metodología implementada correspondió a un estudio de tipo descriptivo y retrospectivo, con el fin de develar la percepción de los usuarios que han recibido esta atención de salud domiciliaria. Los resultados obtenidos se relacionaron con los elementos constitutivos del modelo de atención integral con enfoque familiar.

Se seleccionó una muestra de 39 usuarios incluidos en los diversos programas de salud existentes en el consultorio Externo Valdivia y que recibieron atención de salud domiciliaria en el período comprendido entre los meses enero- junio del 2002.

Para la recolección de la información se utilizó una encuesta con preguntas abiertas y cerradas, escalas tipo Likert, revisión de fichas y documentos utilizados para el registro de la atención domiciliaria. Los datos obtenidos fueron analizados por medio de la planilla de cálculo Excel.

Con los datos obtenidos, se pudo concluir que los usuarios en su mayoría se sienten satisfechos con la atención recibida en domicilio, calificándola como muy buena. Ningún usuario expresó insatisfacción y desagrado con la atención recibida. En general, los usuarios refirieron esperar continuidad en la atención, acuerdo previo en la realización de la actividad y educación sanitaria que los ayude a cambiar conductas y estilos de vida.

En relación con los elementos propuestos por el modelo de atención integral, se pudo evidenciar que existe un escaso registro de los aspectos de integralidad, planificación de atención y continuidad, lo que no cumple con los requisitos del modelo de salud.

Se hace necesario entonces exigir el registro de la atención domiciliaria y el diseño de un instrumento recolector de información que permita establecer una metódica que incluya los elementos que caracterizan a una atención de salud de tipo integral y de esta manera, otorgar una atención de calidad.

## 2. SUMMARY

The present investigation shows the perception and expectations users' and families regarding the domiciliary attentions of health realized by the sanitary personnel of the External Clinic Valdivia.

The implemented methodology corresponded at descriptive and retrospective study, with the purpose of discover the users perception about the domiciliary health attention received. The results were related with the own elements of the integral model of attention with family focus.

A sample of 39 users who comprise of the diverse existent programs of health in the External clinic Valdivia that they also received attention of domiciliary health between January - June months of the year 2002.

For to gather the information was used a survey with open and closed questions, Likert scales, of records revision and used documents for the registration of the domiciliary attention. The obtained data were analyzed with the calculation list Excel.

With the results you concluded that most of the users feel satisfied with the attention received in home. They qualified her as very good. None user expressed dissatisfaction and dislike with the received attention. In general, the users referred to expect continuity in the attention, previous agreement in the realization of the activity and sanitary education that helps them to change behaviors and lifestyles.

In relation with the proposed elements by the integral model of attention, you could evidence that it exists a scarce registration of the integralidad aspects, attention and continuity planning, that doesn't fulfill the requirements of the health model.

It becomes necessary then to demand the registration of the domiciliary attention and the design of an gather instrument of information that it comprise the elements that characterize to an health attention of integral type.

### 3. INTRODUCCIÓN.

En un país como Chile, que se encuentra en un proceso de transición demográfica, derivado de cambios sociales, políticos y culturales, sin olvidar los relacionados con el subdesarrollo, surge con mayor auge la atención primaria, con una creciente necesidad de cuidado de salud en el ámbito comunitario.

Un informe de la Organización Mundial de la Salud (O.M.S.) señala a escala mundial, una proyección para los años 1990 a 2025 una población urbana total incrementada en tres veces, alcanzando los 4000 millones, con una tendencia hacia la urbanización de la población, por lo tanto, el crecimiento de los centros urbanos tendrá un gran impacto en la prestación de servicios de atención de salud.

El proceso de transición demográfica en nuestro país, tendiente al envejecimiento de la población, está provocando un impacto en la sociedad chilena. Este explosivo incremento, está ligado a la mantención de una baja mortalidad y a la prolongación de la longevidad denominada también esperanza de vida.

Otros factores que han influido en el proceso de envejecimiento de la población chilena son los progresos de la práctica de la medicina preventiva y curativa, el descubrimiento y mejora de los medicamentos, la incorporación de nuevas vacunas, y la adopción nuevas medidas sanitarias.

La transición demográfica caracterizada por una epidemiología predominante de enfermedades crónicas y degenerativas, está produciendo una mayor demanda de atención dentro de los centros de atención primaria, con una apertura en la cobertura de la atención domiciliaria reflejado en programas de atención domiciliaria dirigido a pacientes postrados, pacientes incluidos en programas de alivio del dolor y cuidados paliativos, programas de atención domiciliaria materno-infantil, mejorando notablemente la calidad de vida de estos usuarios, sin olvidar también la importancia la atención domiciliaria en el ámbito de la promoción, fomento, curación y protección de la salud.

Las nuevas orientaciones mundiales exigen cambios crecientes en el enfoque de atención, identificando la necesidad de orientar la atención de salud hacia los grupos más vulnerables como lo son los ancianos frágiles, mujeres y niños, por otro lado existe



insuficiencia de recurso humano técnico y profesional, lo que hace necesario su optimización, a fin de proporcionar a todos los usuarios la mejor asistencia sanitaria posible en el ámbito domiciliario, debido a que las tendencias epidemiológicas provocarán un aumento de este tipo de actividad.

El poder buscar los elementos que apoyen y refuercen la importancia de la atención domiciliaria y el observar que la realidad en Valdivia adolece de pautas y normas estándares que normen la actividad domiciliaria prestada a la comunidad, fueron las dos razones que motivaron el realizar esta investigación.

Si se considera que la actividad sanitaria en domicilio, es de gran importancia ahora y también en el futuro próximo y si se realiza en forma improvisada, puede repercutir en la calidad de la atención otorgada a la población y sin duda influir en la percepción que los usuarios mantengan respecto a la actividad.

Ante los cambios progresivos de la epidemiología, la Atención Domiciliaria será un arma clave para los equipos de salud, por lo tanto debemos estar atentos de las expectativas que los usuarios tienen en relación con la actividad domiciliaria, sin olvidarnos también de la percepción que ellos mantienen ante la situación de recibir personal de salud en su hogar.

En ocasiones los usuarios se advierten tímidos y desconfiados, ¿será acaso que perciben a la atención domiciliaria como una actividad de carácter punitivo?. Si la familia es un sistema en constante proceso de intercambio cultural, valórico, y de hábitos, que se encuentra en un estado de equilibrio entre sus miembros, entonces ¿la llegada de una persona desconocida provocará un desequilibrio o estrés en el sistema familiar?  
¿ Influirá esta situación en el proceso de comunicación usuario-personal de salud?

La modalidad de Atención Integral propuesto por la Reforma en Salud, pretende proporcionar a los individuos, familias y comunidad una atención que responda a sus necesidades y expectativas de manera integral, resolutive, continua, oportuna, eficaz, accesible y de calidad. El orientar la atención domiciliaria sobre la base de las necesidades y expectativas de los usuarios, permitiría que éste se sienta cómodo, dispuesto y más comprendido por parte del personal de salud que lo atiende.

Por otro lado, permitiría direccionar de mejor manera la atención de salud que se otorga en el hogar y además, conocer lo que espera el usuario ya sea de la atención misma, como del personal de salud que lo atiende, de esta forma, se podría orientar la modalidad de atención que propone la reforma de salud, así también se tendría la oportunidad para replantear

la modalidad que se está llevando a cabo y verificar si los usuarios perciben esta actividad con las características antes mencionadas.

Esta investigación establece la ocasión para vislumbrar la percepción que el usuario tiene en relación de la atención domiciliaria, además de establecer las bases que normen la actividad, en donde el equipo de salud es el responsable.

#### 4. MARCO TEÓRICO

El cambio gubernamental desencadenado en el año 1990 asumido por la Concertación de los Partidos por la Democracia, trajo consigo las aspiraciones de mejoría social de la salud del país. El país aún con los cambios propuestos se encuentra en un estado de insuficiencia de recursos con necesidades y expectativas que solucionar, situaciones que no son desconocidas por la población ni por el gobierno. (Infante, 2000)

La Reforma de Salud valora al nivel primario como un pilar fundamental para desarrollar el Modelo de Atención Integral y con Enfoque Familiar, orientada hacia el otorgamiento de cuidados del individuo, familia y comunidad, que satisfaga las necesidades de forma integral, resolutive, continua y eficaz, lo que incluye calidad y accesibilidad.

Este nuevo enfoque está orientado a la organización y gestión de actividades sanitarias en función de los usuarios de la Atención de Salud y su impacto está orientado hacia la satisfacción de las necesidades de la población.

Con el desarrollo de los equipos de salud surge también el desarrollo comunitario, con nuevos conocimientos que los conducen al empoderamiento de su salud, participando de igual forma con opiniones y sugerencias.

La atención de salud domiciliaria a personas enfermas fue en la antigüedad la cuna de la enfermería actual. Es bien sabido que la atención domiciliaria de tipo curativo ha conservado una remota tradición. Mientras la necesidad de atención domiciliaria se intensifica cada día tras una cambiante estructura sociodemográfica, con los adelantos en la tecnología que acortan los días de estada intrahospitalaria, como otros acontecimientos sociales e individuales que convierten a la atención domiciliaria en una necesidad actual en la población. (Ramos, 2002)

El año recién pasado el enfermero español Enrique Ramos señaló que la demanda de atención domiciliaria nace producto de una cadena de factores entre los cuales destacan:

1. El envejecimiento de la población: Con el incremento en el número de adultos mayores, originado principalmente por el incremento en la esperanza de vida y

la reducción de las tasas de natalidad. Como es bien sabido este grupo étnico exhibe problemas de salud caracterizado por dificultades en la deambulaci3n y el desplazamiento hasta los centros de salud, acrecentando su nivel de dependencia.

2. Cambios en el sistema familiar: Tradicionalmente los cuidados de las personas discapacitadas o ancianas han sido efectuados por familiares, sobre todo por el sexo femenino del hogar. Sin embargo los cambios sociales han obligado a modificar los sistemas familiares, repercutiendo directamente en el cuidado domiciliario de las personas dependientes. Por otro lado la incorporaci3n de la mujer en el mercado laboral, la transformaci3n de los tipos de familia ha dado lugar al descenso de la capacidad familiar para el cuidado de sus propios miembros.
3. Factores relacionados con el proceso salud-enfermedad: El envejecimiento poblacional, la ampliaci3n en la esperanza de vida de la poblaci3n y el surgimiento de enfermedades incapacitantes e invalidantes que limitan la autonomía de las personas, impiden el desempeñ0 de las actividades cotidianas convirtiéndolos en demandantes de cuidados. Del mismo modo, la aparici3n de enfermedades como el alzheimer, cr3nicas y degenerativas, respiratorias, han aumentado las demandas de atenci3n en domicilio.
4. Demanda de atenci3n integral en domicilio: Se ha dejado de considerar a la enfermedad como el centro de la atenci3n domiciliaria, sino que se est3 considerando a esta actividad para la promoci3n de la salud, la prevenci3n y la rehabilitaci3n, as3 se valora al hogar como el lugar apropiado para poder advertir estilos de vida y factores ambientales que est3n influyendo en la familia, permitiendo la adopci3n de medidas preventivas frente a determinadas enfermedades y riesgos para adoptar estrategias de autocuidado y fomento de la salud, lo que plantea un reto fundamental las distintas disciplinas que abordan la vida en sociedad.

En este proceso de cambio se hace necesario entonces una mejor gesti3n t3cnica, de eficiencia y resoluci3n de los problemas sanitarios. Incluye tambi3n nuevas tecnologías e instrumentos de gesti3n, como son: la programaci3n de la atenci3n con Enfoque Familiar y el desarrollo de Equipos de Gesti3n. ( O.M.S., 1994)

El Modelo de Atenci3n Integral y con Enfoque Familiar en s3, mejora la equidad en la distribuci3n de recursos y el acceso a la atenci3n sanitaria. (Departamento de Atenci3n Primaria, 2002)

El nuevo modelo de salud propuesto por la reforma basa sus acciones en la atención primaria y sobre todo pone énfasis en el ambiente familiar como sujeto de atención, basando la labor en el trabajo en equipo favoreciendo el esplendor de la atención. ( Ramos, 2002)

El comité de expertos en educación sanitaria de la O.M.S., señala que la finalidad de la Educación Sanitaria consiste en ayudar a los individuos a alcanzar la salud por sus propios medios y esfuerzos. Se trata de estimular el interés por mejorar las condiciones de vida de las personas y de despertar en ellos un sentimiento de responsabilidad, por el mejoramiento de la calidad de su salud ya sea individualmente, o como miembros de una colectividad: familia, ciudad, provincia o país. (O.M.S., 1994)

Los indicadores básicos de nuestro país que cuenta con una *población total* de 15.211.308, el cual tiene una esperanza de vida de 75 años, con un Índice de vejez de 24 % y una población mayor de 65 años del 7 %, las acciones de la Reforma de Salud están orientados a hacia este grupo etáreo. (Ministerio de Salud, 2001)

Ya en el año 2000 había 1.550.000 personas mayores de 60 años, correspondiente al 10% de la población total del país, ante lo cual se calcula para 20 años más, una población de adultos mayores de más de tres millones. (Aylwin M., 2002)

Chile se aprecia entonces en un contexto de desafío, al definir el modo de enfrentar el panorama demográfico y epidemiológico. Nos tropezamos con una realidad social en donde predominan las enfermedades propias de la vejez, el incremento de los problemas de salud mental, el ascenso de las enfermedades crónicas y degenerativas como el cáncer, y los daños específicos de algunos estilos de vida, como las enfermedades cardiovasculares y el aumento de casos de traumatismos, accidentes y violencias. (Ministerio de Salud, 2000)

Esta tendencia afectará sin duda a la demanda de bienes y servicios que requerirá la población en los próximos años. (Aguilera M., 2002)

El Ministerio de Salud ha planteado el Modelo de Salud con objetivos a alcanzar en el periodo 2000-2010. Entre los cuatro desafíos establecidos por el Modelo se encuentra el responder a las expectativas legítimas de la población en relación con el sistema de salud, y que sea conforme a las exigencias de los usuarios, cada vez más concientes y rigurosos de sus derechos. (Ministerio de Salud. 2000)

Aborda el desempeño del sistema de salud en relación con la satisfacción de las expectativas poblacionales, correspondiente a los aspectos no médicos de la atención otorgada.

Diversos estudios demuestran que los chilenos están disconformes con los servicios de que reciben y que además, se sienten desamparados ante necesidades de salud imprevistas. El indicador de satisfacción de expectativas de la población tiene como objetivo y meta el aumentar el grado de satisfacción de la población, con su sistema de salud. Ante esta situación, el Gobierno actual ya ha comenzado a reaccionar, implementando nuevos enfoques de atención encauzados a la mejoría de la calidad de vida de los usuarios, familia y comunidad, con un enfoque multidisciplinario como estrategia integral, que responda las necesidades de las personas y les permita desarrollar un conocimiento más profunda de ellas.

El enfoque familiar se distingue por:

- Continuidad e Integralidad de la Atención.
- Atención Personalizada con una identificación entre Usuario-Equipo de Salud.
- Atención de salud Resolutiva, Eficiente y Eficaz.
- Orienta las Acciones de acuerdo a las Prioridades del país, región y comuna.
- Enfatiza en las intervenciones Promocionales y Preventivas, más que en las Recuperativas, sin que se produzca un deterioro en las atenciones por morbilidad.

Las nuevas intervenciones incluídas en el Enfoque de Salud Familiar son la Consejería y la Visita Domiciliaria Integral. Estas acciones permitirían resolver problemas de índole psicosocial, debido al énfasis en su carácter integral. Con éstas actividades, se pretende que surja también la identificación en la relación usuario-personal de salud, para el desarrollo de un trabajo en conjunto. Este enfoque obliga a mantener un sistema de registro completo de las prestaciones ya sea en forma escrita o en sistemas informáticos.

Las atenciones de salud domiciliarias de tipo integral se diferencian notoriamente de las visitas de carácter epidemiológicas o administrativas, estas se realizan con el fin de aumentar el conocimiento de las familias, sus componentes, situación socioeconómica, factores protectores y de riesgo que pudieran presentar. El equipo y usuarios establecen en conjunto las estrategias de solución de problemas. (Departamento de Atención Primaria, 2002)

Esta actividad se ha focalizado a ciertos grupos, preferentemente a aquellos que presentan riesgos como son: pacientes postrados y/o terminales, violencia Intrafamiliar, maltrato infantil, adolescentes, etc. los cuales tienen una gran trascendencia biosicosocial y

con el transcurso del tiempo han aumentado en frecuencia. Esta focalización se debe a la falta de recurso económico y humano técnico profesional. (O.M.S., 1994)

La Visita Domiciliaria Integral se caracteriza por:

- Ser Consensuada.
- Primar la Confianza.
- Carecer de Carácter Punitivo y Sorpresivo.
- Reforzadora de Aspectos Positivos.
- Realizada con el consentimiento informado de la familia.

Como todo proceso previamente debe ser planeado y posteriormente evaluado, para verificar y asegurar una atención que mejore la calidad de vida de los usuarios, debe por lo tanto, realizarse “con responsabilidad ética del equipo de salud por las implicancias que tiene la “entrada” de agentes de salud en el entorno familiar”, tomando en cuenta el contexto cultural de la familia, valores y el consentimiento informado. (Departamento de Atención Primaria, 2002)

Un programa de atención domiciliaria debe presentar objetivos que fundamenten la atención que se otorga, como ser:

- Proporcionar cuidados directos de atención sanitaria al individuo y al familia, ayudándoles a alcanzar un mayor nivel de salud y bienestar.
- Mejorar el nivel de educación sanitaria del individuo y la familia, fomentando actitudes positivas ante sus necesidades de salud.
- Conocer el medio ambiente familiar n los aspectos relacionados con la salud e instruir en la adopción de medidas preventivas y de facilitación de las actividades de la vida diaria. ( Ramos, 2002)

Desde tiempos pasados ya se ha considerado a la familia como un sistema en interacción con el ambiente. Ya en el año 1972 la enfermera Betty Neuman publicó su Teoría de Sistemas como un modelo para instruir en relación con el acercamiento a la persona. El modelo se basa en Teorías de Adaptación de la persona, al estar en interacción constante y dinámica con el ambiente.

“El paciente como sistema puede ser una persona, una familia, un grupo, una comunidad o un acontecimiento” todo se relaciona e interactúa entre sí. (Murray,1999)

El modelo de Betty Neuman incluye variables que pueden afectar al sistema de una persona, familia o comunidad, y que pueden ser de carácter psicológicas, socioculturales, espirituales, etc. (Marriner-Tomey,1994)

La mirada actualizada del uso del Modelo de Sistemas de Neuman puede utilizarse en la educación y en la práctica del quehacer de enfermería, porque puede ser aplicada en los cambios y tendencias sociales, y sobre todo en las necesidades futuras de la profesión de enfermería. (Murray,1999)

Según Katz y Kahn, las organizaciones sociales se caracterizan por tener una naturaleza propia planteada, ésto quiere decir que los sistemas están concretamente inventados por el hombre. Algunos de los sistemas creados son las percepciones, creencias, motivaciones, hábitos, y expectativas. Los sistemas pueden ejercer fuerzas de control sobre las acciones humanas, situándolas en patrones dignos de confianza por parte del sistema social. (Chiavenato,1994)

Si se analiza esta situación, podemos decir que la persona y/o familia es vulnerable ante los estímulos externos y en relación con ello, hay que meditar acerca de la apreciación del personal de salud como agente externo, que se interna dentro de la familia para producir cambios en ella.

Al considerar que la familia atesora patrones sociales, valores y reglas establecidas, algunas tan rígidas que significan la integración dentro de una comunidad, el Equipo de Salud debe evitar ser percibido como un agente causante de estrés, para la familia y/o comunidad.

La investigación realizada en el Consultorio Dr. Eduardo de Geyter de la ciudad de Rancagua (Agosto del año 2000) desarrollada por las licenciadas en Enfermería de la Universidad de Chile Alejandra Jaramillo Rubio, Andrea Rojas Pavlich y Brenda Soto Ortega, acerca de la Atención Domiciliaria a Adultos Mayores Crónicos titulada: “*Acercando la Atención a los más Necesitados*”, dió a conocer la percepción y beneficios que los adultos mayores y sus cuidadores expresaron en relación a la atención otorgada en domicilio.

Los resultados obtenidos fueron sentimientos positivos y negativos frente a la atención otorgada, pero ayudó a mejorar el estado de ánimo de los pacientes visitados, este suceso fue valorado por parte de las investigadoras como un punto clave para alcanzar un equilibrio “mente-cuerpo” de los gerontes.



Por un lado los cuidadores expresaron sentimientos de seguridad, de descanso ante el estrés y la tensión que significa el cuidado de un ser querido en domicilio.

Es importante destacar también, que las investigadoras mencionadas concluyeron que se generó un “vínculo real paciente-enfermera-familia”, lo que contribuyó a mejorar la calidad de la atención brindada y a satisfacer las necesidades de los pacientes. Las autoras aseguran que la Atención Domiciliaria es una experiencia enriquecedora, sobre todo en lo espiritual, sugiriendo además, que se amplíe la modalidad ambulatoria y la conformación de equipos de atención multidisciplinario, para un mejor otorgamiento de atención en domicilio, siendo necesaria entonces una mayor destinación de recursos para ello. (Jaramillo, Rojas, Soto, 2000)

En la investigación realizada en nuestra ciudad año 2001 por la Licenciada en Enfermería de la Universidad Austral de Chile, Claudia Arancibia Muñoz, quien indagó el tema: “*Enfermería Domiciliaria: Un desafío en Tiempos de Cambio*”. Esta investigación incluyó encuestas al paciente, cuidador principal y profesionales egresadas de la Universidad Austral de Valdivia pertenecientes a la carrera de Enfermería, y dió por conclusión que la atención domiciliaria es la oportunidad para la formación y la especialización del trabajo en equipo y que tiene todos los elementos para convertirse en una especialización a futuro. Al igual, señala que los pacientes y familia se sienten apoyados por el equipo en su proceso de salud-enfermedad.

Por otro lado, los profesionales de Enfermería encuestados se sienten motivados a explorar el área domiciliaria y la perciben como un campo emergente. (Arancibia, 2001)

## **5. OBJETIVOS**

### **I. Objetivo General:**

1. Determinar la percepción y expectativas del usuario y/o familia respecto de las atenciones de salud en domicilio, realizadas por personal sanitario del Consultorio Externo Valdivia.

### **II. Objetivos Específicos:**

1. Categorizar a la población del Consultorio Externo Valdivia que ha recibido atención de salud en domicilio de acuerdo a características sociodemográficas.
2. Determinar las redes de apoyo con las que cuentan los usuarios del Consultorio Externo Valdivia que han recibido atención de salud en domicilio.
3. Clasificar al tipo de atención domiciliaria recibida por los usuarios del Consultorio Externo Valdivia, de acuerdo a estratificación: promocional, preventiva, curativa, de rehabilitación.
4. Identificar el personal sanitario del Consultorio Externo que ejecutó la atención de salud en domicilio.
5. Evaluar la existencia del proceso de planeación por parte del personal de salud previo a realizar la atención de salud en domicilio.
6. Describir la percepción del usuario del Consultorio Externo Valdivia, en relación con la calidad de la atención de salud en domicilio.

7. Identificar el grado de satisfacción usuaria del Consultorio Externo Valdivia, que han recibido atención de salud en domicilio.
8. Identificar la percepción del usuario del Consultorio Externo Valdivia que ha recibido atención de salud en domicilio, con relación al apoyo obtenido por parte del personal de salud.
9. Identificar las características de integralidad establecidas en el Enfoque de salud Familiar, percibidas por los usuarios del Consultorio Externo Valdivia.
10. Identificar las expectativas que el usuario y/o familia mantiene en relación con la atención de salud en domicilio, realizada por personal de salud del Consultorio Externo Valdivia.
11. Listar las sugerencias que el usuario y/o familia proponga, en relación con la atención de salud en domicilio realizada por parte del personal de salud del Consultorio Externo Valdivia.
12. Identificar los instrumentos recolectores de información familiar, utilizados por el personal sanitario del Consultorio Externo Valdivia que ha realizado atención de salud en domicilio.

## 6. MATERIAL Y MÉTODO

### 6.1 TIPO DE ESTUDIO:

La metodología implementada en esta investigación correspondió al tipo retrospectivo, a partir de una muestra obtenida en el periodo comprendido entre los meses enero-junio del año 2002. Se realizó análisis de variables relacionándolas con su incidencia y resultados.

El estudio correspondió a un análisis del tipo descriptivo, con la finalidad de develar la percepción y expectativas que el usuario del Consultorio Externo Valdivia, mantiene en relación con la atención de salud en domicilio.

Se hizo uso de la trayectoria cuantitativa para poder obtener opiniones y sugerencias por parte de los usuarios y medir su incidencia.

### 6.2 POBLACIÓN EN ESTUDIO:

El universo para este estudio correspondió a los usuarios incluidos en los diversos Programas de Salud del Consultorio Externo Valdivia, que recibieron atención de salud en domicilio durante el periodo comprendido entre los meses enero-junio del año 2002, correspondiente a 390 usuarios.

Al clasificar la actividad por programas de salud, el número de atenciones domiciliarias otorgadas a los usuarios fue la siguiente:

- *Programa Infantil*: 60 (correspondiente al 15% de la población.)
- *Programa Adolescente*: 8 (correspondiente al 2% de la población.)
- *Programa Adulto*: 135 (correspondiente al 35% de la población.)
- *Programa Cardiovascular*: 121 (correspondiente al 31% de la población.)
- *Programa Paciente postrado*: 36 (correspondiente al 9% de la población.)
- *Programa Alivio del dolor y Cuidados Paliativos*: 30 (correspondiente al 8% de la población.)

La muestra correspondió al 10% de la población, representada por 39 usuarios de los programas anteriormente señalados.

Al determinar el número de participantes de acuerdo a la proporcionalidad por estratos según programas se obtuvo:

- 6 usuarios incluidos en el programa infantil.
- 1 usuario incluido en el programa adolescente.
- 13 usuarios incluidos en el programa adulto.
- 12 usuarios incluidos en el programa cardiovascular.
- 4 usuarios incluidos en el programa de atención a pacientes postrados.
- 3 usuarios incluidos en el programa de cuidados paliativos y alivio del dolor.

Para el cálculo del intervalo de selección de la muestra se utilizará entonces la siguiente fórmula estadística, que queda:

- Programa infantil:  $K = \frac{60}{6} = 10$
- Programa adolescente:  $K = \frac{8}{1} = 8$
- Programa adulto:  $K = \frac{135}{13} = 10$
- Programa Cardiovascular:  $K = \frac{121}{12} = 10$
- Programa paciente postrado:  $K = \frac{36}{4} = 9$
- Programa Cuidados paliativos y alivio del dolor:  $K = \frac{30}{3} = 10$

El intervalo de selección de la muestra será por lo tanto para cada programa el siguiente:

- Cada 10 usuarios para el programa infantil.
- Cada 8 usuarios para el programa adolescente.
- Cada 10 usuarios para el programa adulto.
- Cada 10 usuarios para el programa cardiovascular.
- Cada 9 usuarios para el programa de atención a pacientes postrados.

- Cada 10 usuarios para el programa de cuidados paliativos y alivio del dolor.

### **6.3 MÉTODOS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS.**

Para obtener la información se empleó una encuesta en el domicilio, aplicándola a los 39 usuarios de la actividad o a un familiar que haya estado presente en el momento de la atención domiciliaria, cuando éste no estuvo presente o en el caso de su fallecimiento. La encuesta investigativa incluye los antecedentes personales del paciente, sociodemográficos y un ítem relacionado con la percepción del usuario o paciente en relación con la atención de salud en domicilio.

Se utilizó además las fichas clínicas de los 38 usuarios ( no se encontró la ficha clínica de un paciente) que recibieron atención domiciliaria para evaluar el registro de la atención recibida.

Los datos obtenidos de la trayectoria cuantitativa se presentaron a través de gráficos de barras y circulares. Las sugerencias y opiniones se expusieron en un listado tal cual fueron expresados.

Los criterios de exclusión fueron los siguientes:

- Aquellos usuarios que se negaron a participar en la entrevista.
- Usuarios que se cambiaron de domicilio.
- No se encontró a nadie en el domicilio.

**CUADRO N°1**  
**VARIABLES Y SUS DIMENSIONES**

<b>Variable dependiente</b>	<b>Operacionalización.</b>	<b>Verificación.</b>	<b>Variable Independiente.</b>
Edad.	Años de vida cumplidos al momento de la entrevista.	Datos extraídos de la encuesta.	Entre 1 y 11 años. Entre 12 y 18 años. Entre 19 y 59 años. Mayor de 60 años.
Sexo.	Condición orgánica que distingue al hombre de la mujer.		Femenino. Masculino.
Estado civil.	Condición de cada persona en relación con los derechos y deberes civiles.		Soltero. Convivencia. Casado. Separado. Viudo.
Nivel educacional.	Estudios aprobados en un recinto educacional.		Analfabeto. Básica completa. Básica incompleta. Media completa. Media incompleta. Técnica Superior completa. Técnica superior incompleta Universitaria Completa. Universitaria incompleta.
Tipo de vivienda.	Características físicas y calidad de las estructuras del lugar de residencia, mantención, higiene de la vivienda.		Casa. Departamento. Otro: mediagua, pieza, etc. <b>Limpio, sucio.</b>
Familiar o Cuidador.	Persona que asiste, observa y cuida a alguien.		Familiar. Vecinos. Amigos. Otros.
Familia.	Grupo de personas que comparten vínculos de convivencia, consanguinidad, parentesco y afecto, condicionados por valores socioculturales.		Unipersonal. Nuclear Extensa. Monoparental.

Número de integrantes del grupo familiar.	Personas que comparten un hogar o vivienda.	Datos obtenidos de la encuesta.	2-4 personas. 5-7 personas. 8-10 personas. Más de 11 personas.
Tipo de atención domiciliaria.	Categorización según índole de la actividad realizada.	Datos obtenidos de la ficha clínica de los pacientes.	Promocional. Preventiva. Curativa. De rehabilitación.
Atención domiciliaria integral.	Aspectos determinantes que caracterizan una atención integral.	Datos obtenidos de la revisión de fichas clínicas de los pacientes.  Datos obtenidos de la encuesta.	Consensuada. Inpunitiva. Confianza. Consentimiento informado. Programada. Integral.
Calidad de la atención para el usuario. Satisfacción usuaria.	Parámetros del usuario en relación con la valoración positiva de una actividad. Reacción afectiva en los usuarios, respecto a la actividad domiciliaria.	Datos obtenidos de la encuesta.	Resolutiva. Continuidad. Lenguaje claro. Cortesía. Satisfecho y feliz. Satisfecho. Indiferente. Desagrado e insatisfacción.
Planeación escrita de la atención.	Acto de prever las actividades futuras, ya sea en ficha clínica o documento escrito.		Objetivos. Planes específicos. Oportunidades de delegación. Establecimiento de criterios de evaluación. Control de resultados. Estimación del tiempo para la atención.



Ejecutor de la atención de salud domiciliaria.	Personal técnico o profesional que realizó la atención de salud en domicilio.	Datos obtenidos de la revisión de la ficha clínica de los pacientes.	Técnico paramédico. Enfermera. Médico. Asistente social. Matrona. Otros ( estudiantes de Enfermería, monitores de salud, etc. )
Instrumentos recolectores de información.	Instrumento escrito instaurado por el centro de salud, para el registro de la atención de salud domiciliaria.	Datos obtenidos de la revisión de la ficha clínica de los pacientes.	Familiograma. APGAR familiar. Ficha Clínica. Hoja de registro instituido en el centro asistencial.

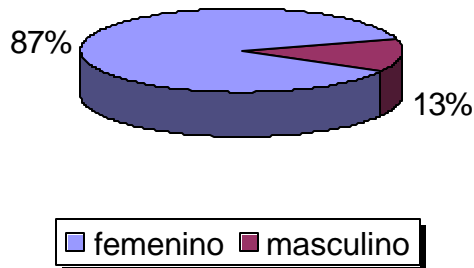
## 7. RESULTADOS

### 7.1 CUANTITATIVOS.

**7.1.1** Se exponen los resultados obtenidos de la encuesta aplicada a 39 usuarios y revisión de ficha clínica de 38 usuarios de la atención de salud domiciliaria.

GRÁFICO N° 1

**DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE USUARIOS ENCUESTADOS SEGÚN SEXO. CONSULTORIO EXTERNO VALDIVIA. PRIMER SEMESTRE 2002**



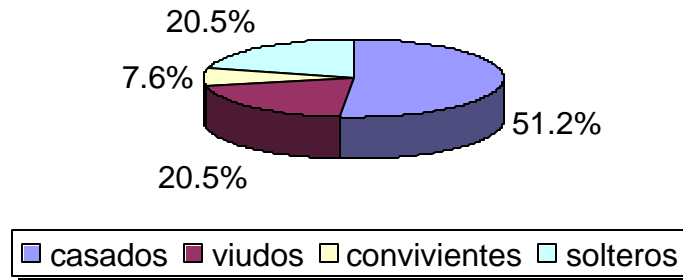
N =39

De lo encuestados el 87% (34) corresponde al sexo femenino, mientras que el 13% (5) pertenece al sexo masculino.

Esta situación puede deberse a que en la mayoría de los casos, la mujer sigue trabajando dentro del hogar, a diferencia del hombre quien más comúnmente trabaja fuera de la casa; puede deberse además, a que se sigue considerando a la mujer como la protagonista y la más apta para realizar los cuidados de los pacientes en el hogar.

GRÁFICO N°2

**DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE USUARIOS SEGÚN ESTADO CIVIL. CONSULTORIO EXTERNO VALDIVIA. PRIMER SEMESTRE 2002**



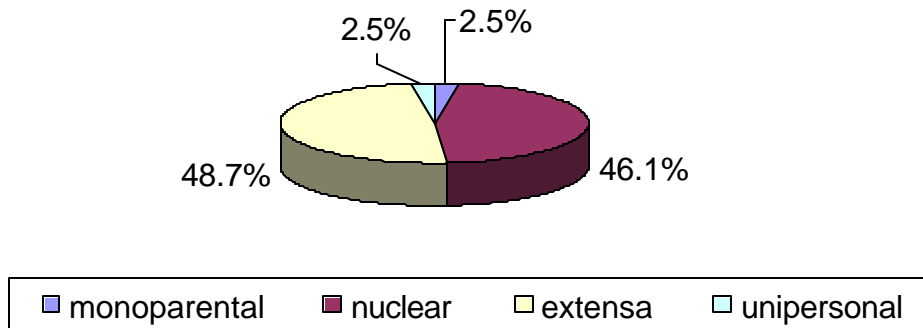
N = 39

De los encuestados el 51.2% (20) declara estar casado. Tanto los solteros como los viudos comparten la misma distribución porcentual de 20.5% (8) y sólo un 7.6% (3) vive en convivencia con una pareja.

Sin duda puede advertirse que el estado civil de casado sigue siendo un factor protector entre familiares, teniendo en cuenta que la mayor parte de los encuestados son adultos y adultos mayores.

GRÁFICO N°3

**DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL DE USUARIOS SEGÚN TIPO DE FAMILIA. CONSULTORIO EXTERNO VALDIVIA. PRIMER SEMESTRE 2002**



N = 39

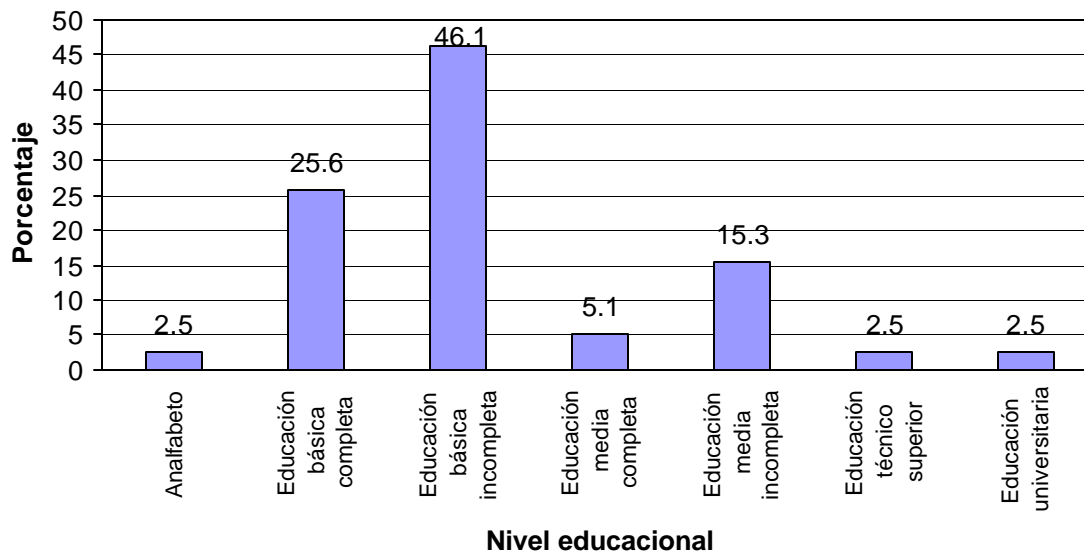
EL 48.7% (19) de los encuestados vive en una familia de tipo extensa, cabe mencionar que en la mayor parte de los casos correspondieron a familias en donde hay hijos allegados por dificultades económicas. Con una mínima diferencia le siguen los usuarios que viven con una familia del tipo nuclear, representado por un 46.1% (18). Esta realidad se relaciona estrechamente con el número de integrantes del grupo familiar, donde se pudo advertir que un 56.4% (22) está compuesta por 2-4 personas, un 25.6% (10) está compuesta por 5-7 personas, un 12.8% (5) está compuesta por 8-10 personas. Sólo el 5.1%(2) vive sólo.

De los encuestados el 100% (39) vive en casa habitación, sin embargo existieron grandes diferencias en relación con el estado y conservación de la casa habitación de los usuarios visitados, al igual que el estado y mantención higiénica de las mismas, destaco que esta situación no se relaciona con tipo de paciente que recibió la atención domiciliaria.

El 74.3% (29) de los usuarios refiere disponer de acceso telefónico en el hogar ya sea en red fija o teléfonos celulares, mientras que el 25.6% (10) no cuenta con sistema telefónico. Esta condición favorecería notoriamente la comunicación del centro asistencial con el usuario para concordar las atenciones en día y hora.

GRÁFICO N° 4

**DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL SEGÚN NIVEL EDUCACIONAL.  
CONSULTORIO EXTERNO VALDIVIA. PRIMER SEMESTRE 2002.**



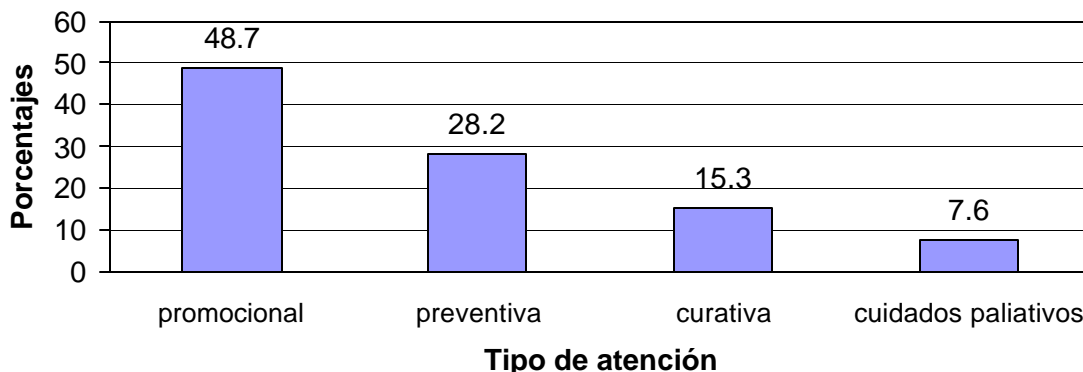
N =39

Cabe señalar que el 46.1% (18) de los usuarios cursó estudios básicos en forma incompleta, el 25.6% (10) cursó estudios básicos completos. Un 15.3% (6) cursó enseñanza media en forma incompleta, un 5,1% (2) cursó de enseñanza media en forma completa. De los encuestados el 2.5% (1) correspondió a usuarios que cursaron estudios técnicos superiores y universitarios. La cifra de analfabetismo es muy baja con un 2.5% (1)

Al analizar esta situación, se puede evidenciar que la mayor parte de los usuarios atendidos en su domicilio no cuentan con estudios en forma completa, esta realidad debe ser tomada en cuenta para orientar de la mejor manera las atenciones domiciliarias, al considerar la significancia de saber leer y escribir relacionada con la entrega de conocimientos apropiados y por ende la comprensión de estas.

GRÁFICO N °5

**DISTRIBUCIÓN PORCENTUAL SEGÚN TIPO DE ATENCIÓN DOMICILIARIA REALIZADA. CONSULTORIO EXTERNO VALDIVIA. PRIMER SEMESTRE 2002.**



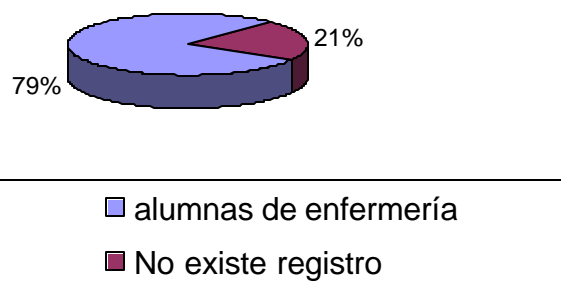
N = 39

El 48.7% (19) de los encuestados recibió atención de salud domiciliaria del tipo promoción de la salud, el 28.2% (11) de los usuarios recibió atención sanitaria en domicilio de carácter preventivo de enfermedades y riesgos de la salud. El 15.3 % (6) de los usuarios recibió atención de tipo curativo ( incluidos en el programa de paciente postrado) y un 7.6% (3) recibió atención domiciliaria por tratarse de paciente con patología terminal incluidos en el programa de paciente con cuidados paliativos y alivio del dolor.

Las atenciones de carácter promocional mantienen una mayor distribución porcentual debido a que son realizadas por alumnas de enfermería, aumentando notoriamente la cobertura de las atenciones domiciliarias que se realizan en este centro asistencial. Se destaca también la participación fundamental del profesional de enfermería en todas las categorías de atenciones domiciliarias.

GRÁFICO N° 6

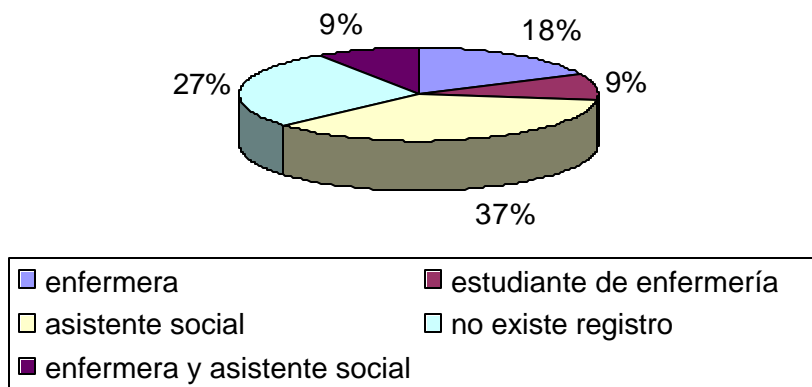
**PERSONAL SANITARIO QUE REALIZÓ ATENCIÓN DE SALUD DOMICILIARIA DE TIPO PROMOCIONAL . CONSULTORIO EXTERNO VALDIVIA. PRIMER SEMESTRE 2002.**



N = 19

GRÁFICO N° 7

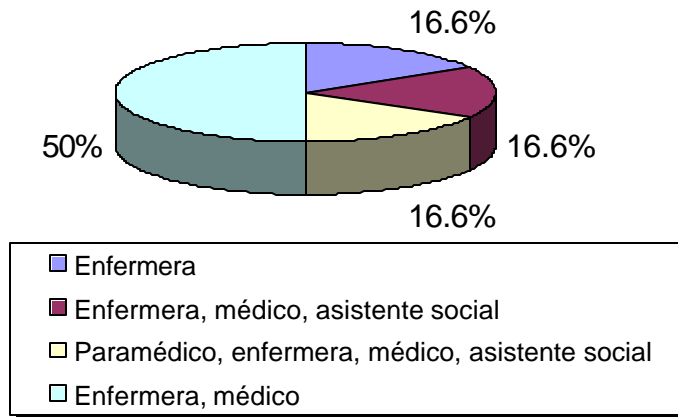
**PERSONAL SANITARIO QUE REALIZÓ LA ATENCIÓN DOMICILIARIA DE TIPO PREVENTIVO. CONSULTORIO EXTERNO VALDIVIA. PRIMER SEMESTRE 2002.**



N = 11

GRÁFICO N° 8

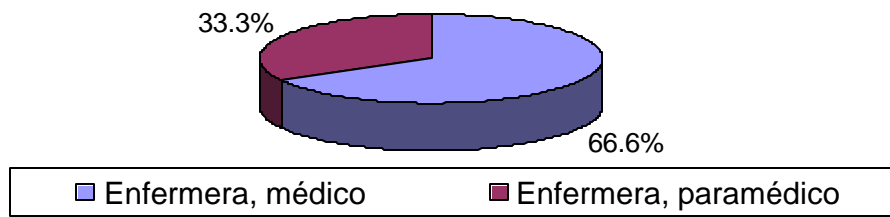
**PERSONAL DE SALUD QUE REALIZÓ LA ATENCIÓN DOMICILIARIA A PACIENTES POSTRADOS . CONSULTORIO EXTERNO VALDIVIA. PRIMER SEMESTRE 2002.**



N = 6

GRÁFICO N° 9

**PERSONAL SANITARIO QUE REALIZÓ LA ATENCIÓN DE SALUD DOMICILIARIA POR PROGRAMA DE CUIDADOS PALIATIVOS Y ALIVIO DEL DOLOR . CONSULTORIO EXTERNO VALDIVIA. PRIMER SEMESTRE 2002.**



N = 3

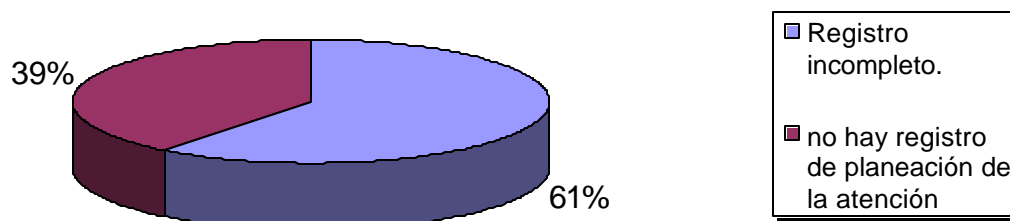


En la secuencia de los gráficos número 6, 7, 8 y 9 se puede evidenciar que:

- En las atenciones de tipo promocional se destaca la presencia de las alumnas de la carrera de enfermería, con un 78% (15) de distribución porcentual, la mayor parte de las atenciones correspondieron a sesiones educativas dirigidas no sólo al caso índice sino que incluyó también a la familia.
- Las atenciones de tipo preventivas realizadas por asistente social corresponden al 36.36% (4), estas atenciones fueron dirigidas más bien a la pesquisa de riesgo social mientras que la relación del trabajo domiciliario realizado por enfermeras y estudiantes de enfermería iguala la distribución porcentual de 36.36%(4), esta dupla orientó la atención hacia la prevención de complicaciones relacionadas con la inasistencia a controles de salud e identificación del ambiente de los recién nacidos inscritos en el centro asistencial.
- En las atenciones domiciliarias a pacientes postrados se puede evidenciar la estructuración de un equipo de salud conformada por enfermera y médico los que realizaron el 50% (3) de las atenciones, debido a que este tipo de paciente requiere de una atención integral para la satisfacción de sus necesidades de salud.
- Las atenciones a pacientes incluidos en el programa de cuidados paliativos y alivio del dolor fueron también realizadas por el equipo de salud conformado por enfermeras, médicos y auxiliar técnico paramédico.
- Se puede observar la presencia del profesional de enfermería en todos los tipos de atenciones de salud, ya sea individualmente o conformando el equipo de salud.

GRÁFICO N° 10

**REGISTRO DE LA PLANEACIÓN DE LA ATENCIÓN DOMICILIARIA EN FICHA O DOCUMENTO ESTABLECIDO. CONSULTORIO EXTERNO VALDIVIA. PRIMER SEMESTRE 2002.**

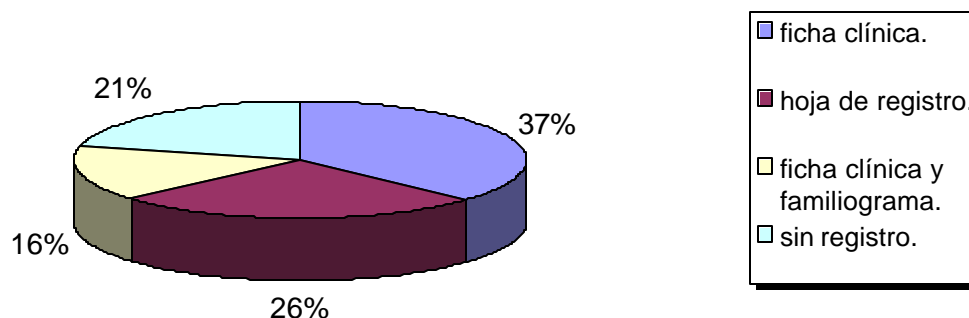


N = 38

Un 61% (23) de las fichas revisadas presentaron al menos tres de los elementos incluidos en un proceso de planificación, mientras que un 39% (15) de las fichas inspeccionadas no presentó registro de planeación de la atención domiciliaria. Cabe mencionar que sólo se evidenció una leve supremacía en el registro del plan de salud orientado al usuario, mientras que aspectos como el registro de objetivos, delegación de actividades, criterios de evaluación, estimación del tiempo, y resultados obtenidos con el trabajo domiciliario mantuvieron un escaso porcentaje de aparición. No se encontró una ficha clínica de un paciente que recibió atención domiciliaria de tipo promocional de la salud, por lo tanto se descontó del total de las fichas analizadas.

## GRÁFICO N° 11

### USO DE INSTRUMENTO RECOLECTOR Y REGISTRO DE LA ATENCIÓN DE SALUD DOMICILIARIA. CONSULTORIO EXTERNO VALDIVIA. PRIMER SEMESTRE 2002.



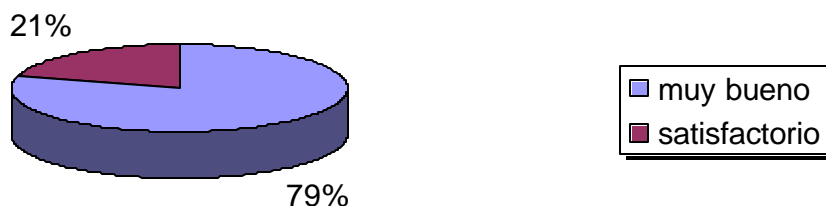
N = 38

Sin duda el instrumento más utilizado para el registro de la atención domiciliar es la ficha clínica del usuario con un 37% (14), también es utilizada la hoja de registro de atención domiciliar integral con un 26% (10). En un 16% (6) de las fichas se pudo evidenciar el uso conjunto de la ficha clínica y famiogramma; un 21% (8) de las fichas clínicas no presentó registro de la atención domiciliar realizada.

Sin embargo se pudo observar que los registros podrían ser mejores en calidad, debido a que no presentan aspectos completos de una planificación o una valoración de tipo integral al caso índice y su familia. Además llama la atención el poco uso del famiogramma como instrumento recolector de información y más aún, el no uso del APGAR familiar, considerando que es un instrumento ideal para utilizar en la atención de salud de tipo preventiva. Cabe destacar que la hoja de registro no permite realizar un registro de la planeación de la atención domiciliar, debido a que su diseño no considera los aspectos característicos de ella.

GRÁFICO N° 12

**PERCEPCIÓN DE CALIDAD RESPECTO A LA ATENCIÓN DOMICILIARIA RECIBIDA. CONSULTORIO EXTERNO VALDIVIA. PRIMER SEMESTRE 2002**



N = 39

Se advierte que una notoria cantidad de usuarios encuestados 79% (31) manifiesta que la atención recibida en domicilio fue muy buena, mientras que un 21% (8) señala que la atención domiciliar fue satisfactoria.

El 100% ( 39) de ellos, manifestó que la atención de salud se realizó con cortesía y a la vez fueron escuchadas las preguntas realizadas. Mientras que el 97,4% señaló que el personal de salud que realizó la atención domiciliar con un lenguaje claro y entendible, sólo el 2,5% (1) restante señaló lo contrario. El aspecto relacionado con la medición de calidad que mostró diferencias notorias en la percepción de los usuarios fue la resolutivez debido que el 51,2% (20) de ellos refirió que la atención domiciliar les solucionó notoriamente sus problemas de salud, este grupo abarcó evidentemente a los usuarios que necesitaban un cambio de conducta en los estilos de vida y a los pacientes postrados y familiares de pacientes incluidos en el programa de alivio del dolor y cuidados paliativos. Por otro lado, un 48,7% ( 19) señaló que la atención domiciliar no solucionó sus problemas de salud, en este grupo se puede incluir a los usuarios que recibieron atención de salud de tipo prevención de riesgo social y algunos de los pacientes que no lograron realizar cambios de conducta en sus estilos de vida.

GRÁFICO N° 13

**SATISFACCIÓN USUARIA EN RELACIÓN A LA ATENCIÓN RECIBIDA EN DOMICILIO. CONSULTORIO EXTERNO VALDIVIA. PRIMER SEMESTRE 2002.**



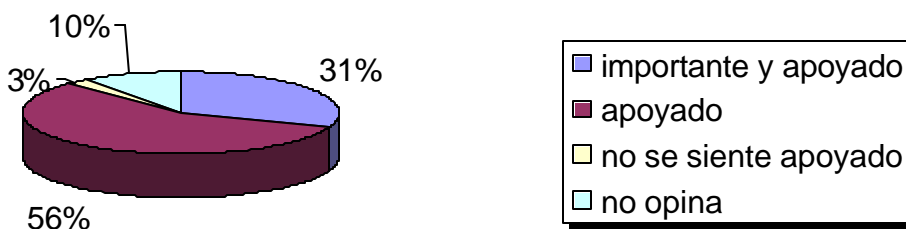
N = 39

El 46% (18) de los encuestados manifiesta sentirse satisfecho y feliz con la atención recibida en su hogar, mientras que un 49% (19) de los usuarios se siente satisfecho con la atención recibida. Sólo un 5% (2) de los encuestados se siente indiferente con la atención recibida.

La satisfacción usuaria se midió además calificando con nota a los profesionales que realizaron la atención de salud en domicilio, en donde se pudo observar que los mejores evaluados fueron enfermera y médico los cuales fueron evaluados con promedio de nota 6,5. La profesional Asistente social y alumnas de enfermería fueron igualmente evaluadas con promedio de nota 6,0. El personal Técnico paramédico fue evaluado con promedio de nota 5,6.

GRÁFICO N° 14

**PERCEPCIÓN DEL USUARIO EN RELACIÓN AL APOYO RECIBIDO POR PARTE DEL PERSONAL DE SALUD EN LA ATENCIÓN DE SALUD DOMICILIARIA. CONSULTORIO EXTERNO VALDIVIA. PRIMER SEMESTRE 2002**

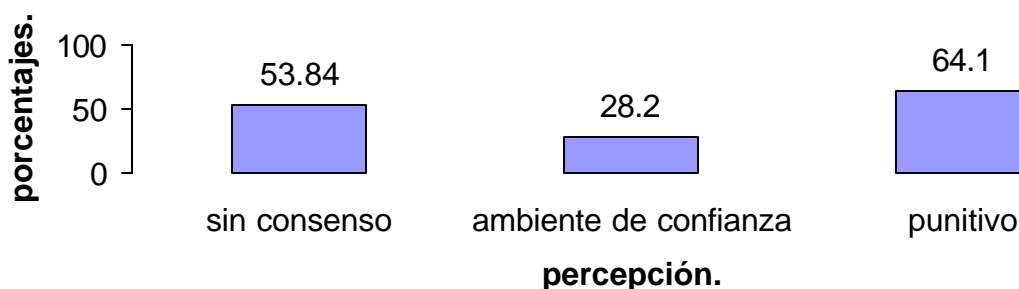


N = 39

Es importante destacar que un número significativo de usuarios 56% (22) se siente apoyado por el personal que lo atiende en domicilio este hecho se dió mayormente en los familiares de pacientes postrados y aquellos familiares de pacientes incluidos en el programa de cuidados paliativos y alivio del dolor, mientras que un 31% (12) de los encuestados manifiesta sentirse importante al ser atendido en su domicilio y a la vez apoyado por el personal que realizó la actividad, incluyendo más bien a usuarios que recibieron atención de salud del tipo promocional. Cabe señalar que sólo un 2.56%(1) refirió no sentirse apoyado por el personal que lo atendió en su hogar.

GRÁFICO N° 15

**PERCEPCIÓN DE LOS USUARIOS SEGÚN CARACTERÍSTICAS DE INTEGRALIDAD. CONSULTORIO EXTERNO VALDIVIA. PRIMER SEMESTRE 2002.**



N = 39

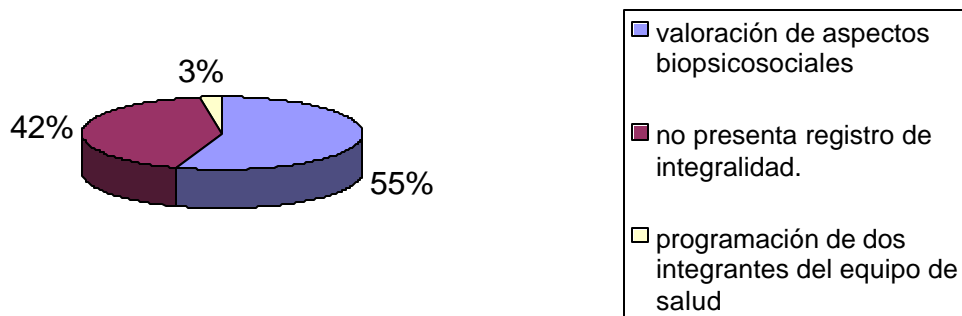
Al analizar las características de integralidad de la atención domiciliaria percibidas por los usuarios, se puede decir que un gran número de usuarios cataloga la actividad como un llamado de atención en relación con su estado de salud o inasistencia a controles, esta situación corresponde al 64,1% (25) de los usuarios.

Por otro lado, el 53.8% (21) de las atenciones domiciliarias fue realizada sin acuerdo previo con el usuario, esto quiere decir que el personal de salud realizó la atención en forma sorpresiva e imprevista, de acuerdo a las antiguas normativas que regían la actividad domiciliaria con la finalidad de encontrar a la persona en su realidad misma. Sin embargo, esta situación no influyó en el surgimiento de un ambiente de confianza entre el usuario-personal de salud que realizó la atención domiciliaria, debido a que un 28.2% (11) de los usuarios refirieron sentir confianza para interactuar durante la actividad domiciliaria.

Aún cuando la actividad domiciliaria fue realizada en forma sorpresiva, el 100% (39) de los usuarios otorgó el consentimiento para que el personal de salud ingresara al hogar y realice la atención de salud pertinente.

GRÁFICO N° 16

**REGISTRO DE LA ATENCIÓN DOMICILIARIA SEGÚN  
CARACTERÍSTICAS DE INTEGRALIDAD. CONSULTORIO  
EXTERNO VALDIVIA.  
PRIMER SEMESTRE 2002.**



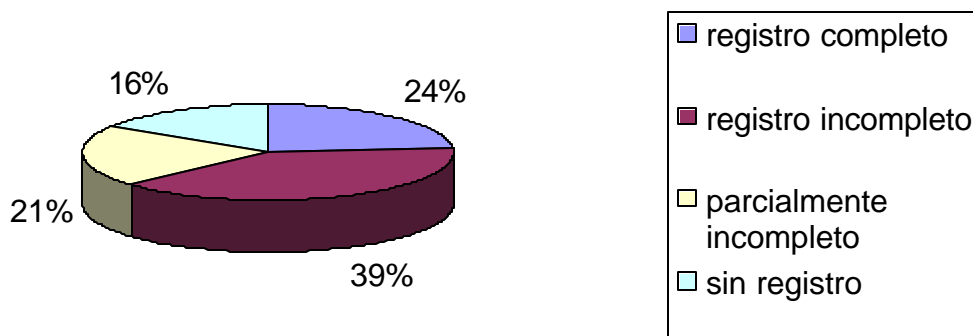
N = 38

Al analizar los componentes de integralidad presentes en la atención otorgada por el personal de salud, respecto al registro en ficha clínica o documento establecido, se puede decir que:

- Un número significativo de fichas exhibe sólo la valoración de aspectos biopsicosociales del usuario correspondiente al 55% (21) sin incluir los otros aspectos característicos de integralidad de una atención, mientras que un porcentaje notorio 42% (16) de fichas no enseña ninguno de los registros que incluya las características de integralidad y sólo una ficha 3% destaca en su programación la participación de al menos dos integrantes del equipo de salud, lo cual se considera igualmente como un registro incompleto de los aspectos relativos a la integralidad. Así entonces se comprueba que el aspecto de integralidad no fue incluida en el 100% (38) de las fichas revisadas, lo cual podría estar desfavoreciendo considerablemente la calidad de las atenciones que se están efectuando en domicilio

GRÁFICO N° 17

**REGISTRO DE LA ATENCIÓN DOMICILIARIA  
RELACIONADA CON LA CONTINUIDAD. CONSULTORIO  
EXTERNO VALDIVIA. PRIMER SEMESTRE 2002.**



N = 38

Al analizar la presencia del aspecto de continuidad en la atención otorgada por el personal de salud, el cual incluye el registro de nuevos diagnósticos, nuevos objetivos y la planificación de nuevas atenciones domiciliarias, se pudo evidenciar que:

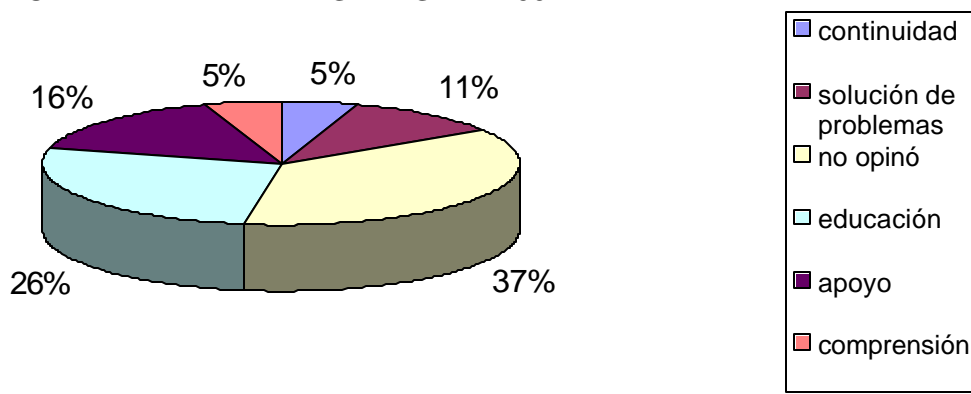
- La mayoría de las fichas 39% (15) no exhibió registro de continuidad en la atención domiciliar considerándose como registro incompleto, sin embargo un alto porcentaje de ellas 24% (9) destaca los tres elementos relacionados con continuidad en la atención que se otorgó a la comunidad, distinguiéndose como un registro completo.
- Por otro lado, el 21% (8) de las fichas consideradas exhibió al menos dos de los elementos característicos de continuidad en la atención, considerándose como un registro parcialmente completo. Mientras que un 16% (6) de ellas no evidenció registro de la atención domiciliar realizada, aspecto que llama la atención, puesto que la atención domiciliar sí fue realizada.

Con los datos expuestos anteriormente se puede señalar que no se está incluyendo el aspecto de continuidad en la atención domiciliar en la forma como lo propone y dispone una atención domiciliar de tipo integral. La continuidad en la atención es un aspecto importante ya que permite evaluar cada atención domiciliar y determinar una evolución del plan, así mismo permite prepararse para posibles cambios en el ambiente familiar y/o ambiental.



GRÁFICO N° 18

**EXPECTATIVAS DE LOS USUARIOS EN RELACIÓN A LA ATENCIÓN DE SALUD EN DOMICILIO DE TIPO PROMOCIONAL. CONSULTORIO EXTERNO VALDIVIA. PRIMER SEMESTRE 2002.**



N =19

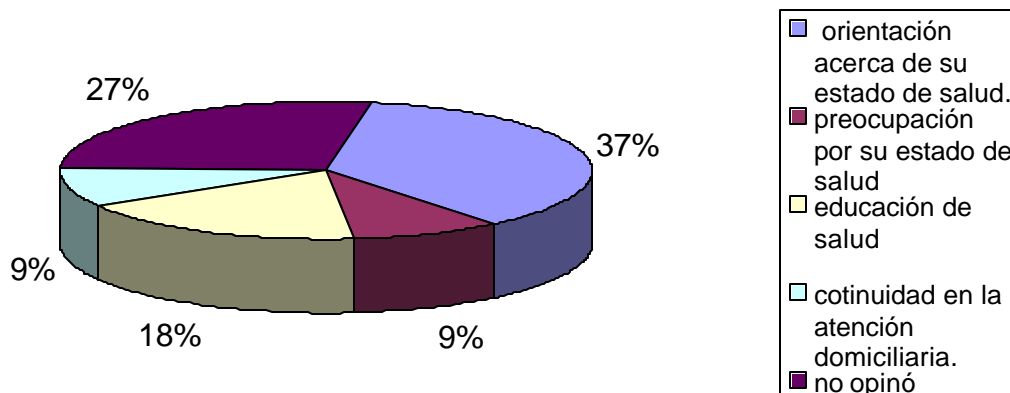
De los usuarios que recibieron atención de salud domiciliaria de tipo promocional, el 26% (5) expresó que espera recibir más educación en el hogar, aspecto que se relaciona estrechamente con las atenciones que recibieron en su hogar, mientras que el 16% (3) espera apoyo frente a sus patologías y/o problemas de salud, aún así los usuarios ya se sienten apoyados por parte del personal del centro asistencial.

Por otro lado un 11% (2) de los usuarios espera solucionar sus problemas de salud, aún cuando ya refieren que la actividad domiciliaria les ayudó a solucionar problemas de salud, correspondiente al 53% (10), cabe mencionar que aquellos usuarios que manifestaron esto fueron aquellos que pudieron cambiar estilos de vida debido a una mejor explicación de indicaciones y ayuda dietaria, al contrario de los que señaló el 47.3% (9) de ellos que señalaron que sus problemas no fueron solucionados con la atención recibida.

Un usuario correspondiente al 5% señaló esperar continuidad en la atención domiciliaria que se realiza debido a que sólo fue atendida en su hogar en una sola oportunidad, cometiéndose el error de ofrecer otras atenciones las que no fueron realizadas. Con igual distribución porcentual un usuario expresó esperar comprensión por parte del personal que lo atiende en domicilio, relacionándose con el incumplimiento de indicaciones realizadas, señalando que la situación económica no les permitió llevar a cabo las indicaciones otorgadas.

GRÁFICO N° 19

**EXPECTATIVAS DE LOS USUARIOS EN RELACIÓN A LA ATENCIÓN DOMICILIARIA DE TIPO PREVENTIVA. CONSULTORIO EXTERNO VALDIVIA. PRIMER SEMESTRE 2002.**



N = 11

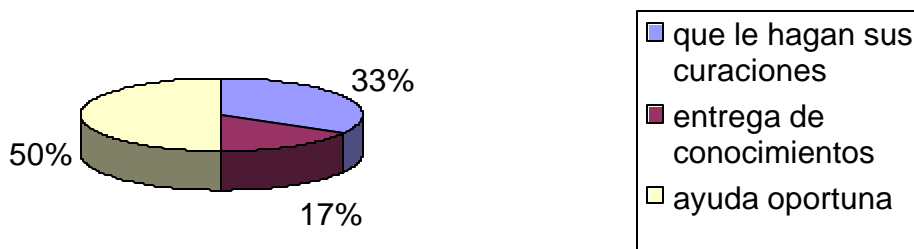
De los usuarios encuestados, 37% (4) señaló que espera orientación acerca de su estado de salud, esto se debe a que este tipo de paciente se caracterizó por estar inasistente a controles de salud con poca responsabilidad en su autocuidado, sin embargo el 18% (2) manifestó esperar educación de salud en su hogar referente a cuidados de su salud.

Con igual distribución porcentual se encontró a usuarios que esperan preocupación por su estado o situación de salud y a la vez continuidad en la atención domiciliar, correspondiente al 9% (1)

Los resultados demuestran que a pesar de que los pacientes inasisten a sus controles de salud, igualmente necesitan orientación, educación y continuidad en la atención domiciliar, ante lo cual es importante continuar realizando este tipo de intervención que motiva al autocuidado de la salud.

GRÁFICO N° 20

**EXPECTATIVAS DE LOS USUARIOS DEL PROGRAMA DE ATENCIÓN A PACIENTES POSTRADOS EN RELACIÓN A LA ATENCIÓN DOMICILIARIA. CONSULTORIO EXTERNO VALDIVIA. PRIMER SEMESTRE 2002.**



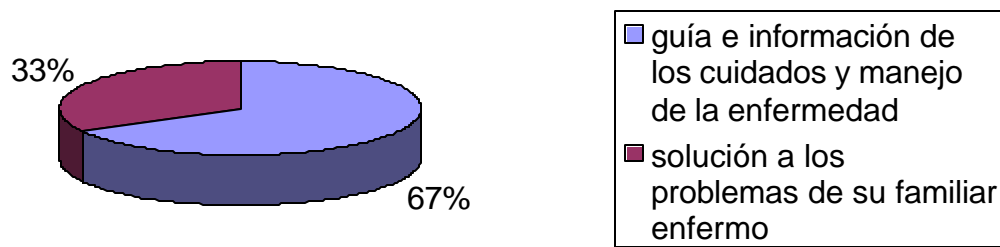
N = 6

Con los resultados expuestos se puede evidenciar que las expectativas de este tipo de paciente difieren notoriamente de los demás usuarios que recibieron atención de salud domiciliaria. Se destaca la necesidad de ayuda oportuna referida por pacientes y familiares, relacionado con la naturaleza diferente del cuidado requerido 50% (3), esta situación se destacó con mayor frecuencia en la etapa de recién postración del paciente.

Por otro lado un 33% (2) de los pacientes y familiares espera la atención curativa propiamente tal producto de su situación de postración, así también el 17% (1) espera adquirir los conocimientos que guíen al paciente y su familia a través del proceso de evolución que caracteriza a la condición de postrado.

GRÁFICO N° 21

**EXPECTATIVAS DE LOS USUARIOS INCLUIDOS EN EL PROGRAMA DE CUIDADOS PALIATIVOS Y ALIVIO DEL DOLOR EN RELACIÓN CON LA ATENCIÓN DOMICILIARIA RECIBIDA. CONSULTORIO EXTERNO VALDIVIA. PRIMER SEMESTRE 2002.**



N = 3

Nuevamente se demuestra que las necesidades de cuidados difieren y son únicas para cada tipo de paciente y para las familias de ellos, esta situación surge producto de las fases propias de la enfermedad y a la naturaleza del cuidado domiciliario que se requiere. Mientras un familiar representado por el 33% (1) espera solución a los problemas inmediatos que surjan en forma inesperada y que no pueda ser manejado fácilmente, el 67% (2) restante espera una guía para poder otorgar de mejor manera los cuidados a su familiar enfermo sobre todo cuando se encuentra en la fase terminal de su enfermedad, también expresaron necesitar ayuda en el aspecto psicológico para poder soportar la inminente pérdida de su ser querido.

## **7.2 SUGERENCIAS PROPUESTAS POR USUARIOS Y/O FAMILIARES EN RELACIÓN CON LA ATENCIÓN DE SALUD EN DOMICILIO.**

- Los usuarios que recibieron atención de salud domiciliaria de tipo promocional sugieren:
  - Continuidad en las atenciones de salud domiciliarias que se están realizando (7)
  - Acordar previamente el día y la hora de la ejecución de la actividad sanitaria (3)
  
- Para los que recibieron atención de salud domiciliaria de tipo preventiva:
  - El aspecto más sugerido es la programación y acuerdo en día y hora de atención domiciliaria(9)
  - Mayor continuidad en la atención domiciliaria realizad (2)
  - Educación de aspectos de salud en el hogar (1)
  
- Usuarios de la atención de salud domiciliaria incluidos en el programa de atención a pacientes postrados sugieren:
  - Mayor continuidad en la atención domiciliaria otorgada por profesionales y técnicos del centro asistencial (3)
  - Continuidad en la atención médica (1)
  
- Los usuarios de la atención de salud domiciliaria incluidos en el programa de cuidados paliativos y alivio del dolor sugieren:
  - Continuidad en las atenciones que se brindan (2)
  - Acuerdo previo del día y hora de la atención domiciliaria (1)

## 8. DISCUSIÓN

- Al analizar la supremacía de los usuarios encuestados según sexo, se pudo observar que predominan el sexo femenino con el 87%, por sobre el sexo masculino representado por un 13%. En su mayoría, los usuarios son adultos 33% y adultos mayores con un 49%. Esta situación se puede relacionar con la mayor esperanza de vida demostrada por el sexo femenino.
- Es evidente la superioridad de los usuarios casados con un 51.2%. La proporción de solteros y viudos compartieron la misma distribución porcentual. Sólo un 7.6% vive en convivencia marital. La supremacía de usuarios casados puede relacionarse con el alto número de adultos y adultos mayores que participaron en la encuesta.
- Se puede observar que la mayoría de los usuarios encuestados forma parte de una familia de tipo extensa correspondiente al 48.7%, mientras que un número amplio de usuarios conforma una familia de tipo nuclear. Esta situación se relaciona con el tipo de vivienda en el que habitan, donde se pudo observar que el 100% de ellos vive en una casa habitación.
- Un número cercano a la mitad 46.1% de los usuarios cursó estudios básicos en forma incompleta, así mismo un número inferior 25.6% cursó estudios básicos en forma completa. Sólo un 15.3% cursó estudios de enseñanza media en forma incompleta. La proporción de usuarios analfabetos fue mínima 2.5%.
- De acuerdo al tipo de atención domiciliaria brindada se puede evidenciar que un 48.7% de ellas fueron dirigidas hacia la promoción de la salud y un 28.2% hacia la prevención de enfermedades y riesgos para la salud. Esta situación concuerda plenamente con las orientaciones mencionadas por la O.M.S. el cual se direcciona hacia los grupos más vulnerables, en estos casos es la población adulta y adulta mayor. Las tendencias señaladas por el director del I.N.E. Sr. Máximo Aguilera, sugerían que la situación de salud de la población chilena y la demografía propia de la población, influiría en la demanda de bienes y servicios.
- Al analizar el personal sanitario que ejecutó la actividad domiciliaria se pudo observar la presencia indiscutible del profesional de enfermería en todos los tipos de atenciones

domiciliarias realizadas, esto demuestra que el profesional de enfermería está desempeñando su rol promocional, preventivo y curativo en forma ineludible.

- Se pudo evidenciar que el 59% de las fichas revisadas demuestra la vaguedad en la planificación de las atenciones realizadas, debido a que ninguna de las fichas revisadas presentó un proceso de planeación completa. Un 38% de ellas no exhibió registro de planificación previa de la atención que se iba a ejecutar. Esta situación es sin duda reprochable, debido a que una planificación previa, asegura el otorgamiento de una atención de salud de calidad.
- En relación con el instrumento recolector de información y registro de la actividad se pudo observar que un 38% de las fichas revisadas presentó el registro de la actividad domiciliaria. La hoja de registro de la atención domiciliaria integral fue también utilizado en un 26% de los casos. Cabe mencionar que el APGAR familiar no fue utilizado en ninguna de las atenciones domiciliarias realizadas, tomando en cuenta que en las atenciones de tipo preventivo es un elemento que favorecería la pesquisa de riesgos.
- En relación con la percepción usuaria relacionado con la calidad de la atención de salud domiciliaría recibida, se pudo observar que un 79% de los usuarios califican a la atención recibida como muy buena, así mismo el 21% restante la calificó como satisfactoria, lo que contrasta con las estadísticas nacionales realizadas, que dan a conocer que la población chilena está disconforme con las atenciones de salud que reciben. En este estudio se pudo evidenciar que la población usuaria en un 46% se siente satisfecha y feliz con la atención recibida en su domicilio y además un 56% señala sentirse apoyado por el personal que lo atiende en su hogar.
- Al analizar la percepción usuaria en relación con las características de integralidad, se pudo evidenciar que un 61% de los encuestados considera a la actividad domiciliaria con características punitivas, un 53.84% de ellos manifiestan que la actividad domiciliaria fue realizada sin el consentimiento previo de ellos. Esto contrasta con las características propuestas en una visita domiciliaria integral, que prima el consenso previo y trata de evitar el carácter punitivo y sorpresivo que ha caracterizado a la atención domiciliaria. Los resultados obtenidos concuerdan con el Modelo de Sistemas de Betty Neuman el cual señala a la persona como un ser vulnerable a estímulos externos y sin duda esta situación se pudo demostrar, debido a que la mayoría de los usuarios prefieren “prepararse” previamente antes de recibir atención de salud en domicilio, esto se lograría mediante el acuerdo previo del día y hora en que se realizaría la atención domiciliaria.
- En relación con los registros de la atención con sus características de integralidad, se pudo descubrir que existe poca visibilidad en el registro de estos aspectos. Un poco más de la

mitad de los registros correspondiente al 53% presentan sólo elementos relacionados con aspectos biosicosociales del paciente. Un 41% de las fichas revisadas, no presentó registro de los elementos constitutivo de una atención integral. Sólo un 23% de las fichas revisadas presentan registros de continuidad en la atención otorgada en domicilio incluyendo entonces el registro de nuevos diagnósticos, nuevos objetivos y la planificación de nuevas atenciones domiciliarias, sin embargo un 38% de las fichas no registran continuidad en la atención. Esta situación da a conocer que los registros de las actividades realizadas son escasamente utilizados, mientras que la continuidad fue el aspecto mayormente mencionado entre las sugerencias realizadas por los usuarios. Llama la atención que la atención por cuidados paliativos y alivio del dolor no presentó ningún registro de este aspecto considerando la importancia que tiene para ese tipo de atención de salud.

- Como era de esperar existieron diferencias de expectativas entre los usuarios en relación con la atención de salud en domicilio que reciben:
  - Un 26% de los usuarios de la atención de tipo promocional esperan continuidad en las educaciones de salud en el hogar.
  - Un 36.36% de los usuarios de la atención de tipo preventiva de enfermedades y riesgos, espera orientación acerca de su estado de salud.
  - Un 66.66% de los usuarios atendidos por cuidados paliativos y alivio del dolor espera guía e información necesaria para el cuidado y manejo de su familiar enfermo.

De esta manera se pudo comprobar que los usuarios mantienen diferencias respecto a lo que esperan recibir y se puede observar que sus expectativas se relacionan directamente con el tipo de atención que recibieron. En este sentido, se puede decir que los profesionales de enfermería cuentan con las herramientas necesarias para satisfacer las expectativas de los usuarios que atienden en domicilio.



## 9. CONCLUSIONES

La mayoría de las atenciones de salud domiciliarias realizadas por el personal sanitario del Consultorio Externo Valdivia fueron realizadas con la finalidad promocional de la salud. Fue notoria la participación de las alumnas de Enfermería de la Universidad Austral de Chile en las atenciones de tipo promoción de la salud y prevención de enfermedades. La presencia de enfermería fue destacada en todos los tipos de atenciones domiciliarias.

Las atenciones domiciliarias realizadas por el programa de cuidados paliativos y alivio del dolor y programa de paciente postrado, revelaron una mayor participación del equipo de salud. Esto se relaciona con las características funcionales del caso índice, que requiere de una atención de salud en el cual participe enfermera, médico, asistente social y auxiliares paramédicos.

En las atenciones de tipo promocional, no se evidenció la participación del equipo de salud, ya que en la mayoría de las atenciones domiciliarias fueron realizadas por estudiantes de enfermería que se encuentran en práctica clínica en este centro asistencial.

El registro de las atenciones domiciliarias realizadas, no cumple con los requisitos propios de una atención de salud integral, debido a que en su mayoría sólo se observó registro de aspectos biosicosociales del paciente. No se encontró registro de la atención otorgada por los profesionales y técnicos que conforman el equipo de salud de este centro asistencial. Inclusive se pudo observar que en ninguna de las atenciones domiciliarias realizadas, se utilizó los instrumentos recolectorios de información familiar y personal del caso índice, referido al familiograma y APGAR familiar, esta situación llama la atención, sobre todo en las atenciones realizadas por las alumnas de enfermería, lo que hace necesario entonces enfatizar y estimular la utilización de estos instrumentos claves de valoración y sobre todo por el hecho de estar formando profesionales en salud.

Fue un denominador común, encontrar fichas sin el registro de una atención continua, lo que va en desmedro de una de las expectativas de los usuarios, los cuales consideran a este elemento fundamental para considerar una atención de calidad. Al analizar la presencia de los elementos que conforman una atención continua, propios del modelo de atención integral, se advirtió que la pesquisa de nuevos problemas de salud y la indicación de nuevas atenciones domiciliaria fueron los elementos más comunes encontrados, sin embargo un número considerable de fichas no presenta el elemento continuidad.

Un número importante de fichas no presentó registro de planificación de la atención en forma previa, sin embargo se pudo observar aspectos de un plan de atención orientado al usuario y delegación de actividades. Los demás elementos como el registro de diagnósticos, objetivos, estimación del tiempo requerido para la atención, criterios de evaluación y resultados obtenidos con la atención otorgada en domicilio están prácticamente inexistentes.

En relación con la satisfacción usuaria, se concluyó que la mayoría de los encuestados receptores de esta actividad, calificaron la atención recibida como muy buena, otro grupo la calificó como satisfactoria. Ningún usuario la calificó como insatisfactoria. En relación con lo anterior, la mayoría de los usuarios se sienten satisfechos con la atención domiciliaria recibida, con una escasa diferencia, un número de usuarios manifestó sentirse satisfecho y feliz.

La mayoría de los encuestados se sienten apoyados por el personal del consultorio. Un número importante de ellos se siente además de apoyados, importantes para el centro de atención primaria. Sólo un usuario manifestó no sentirse apoyado por el personal de salud del centro asistencial.

En relación con las expectativas de los usuarios de la actividad domiciliaria, se concluyó que según programas de salud, existen diferencias en lo referente a las expectativas de la actividad domiciliaria. Se observó que los usuarios incluidos en el programa de atención a pacientes postrados esperan ayuda oportuna a su familiar y la entrega de información que les faciliten la atención a su familiar enfermo.

Los familiares de pacientes con enfermedad de carácter terminal, los usuarios de la atención domiciliaria de carácter promocional y preventivo, coincidieron en esperar continuidad en la atención que reciben en su domicilio y además, acordar previamente el día y hora de la atención.

Un grupo de usuarios de la atención domiciliaria con carácter preventivo, manifestó esperar mayor continuidad en las educaciones domiciliarias y también preocupación por su estado de salud.

Con lo anteriormente señalado se puede proponer:

- Dar un mayor uso a los registros de la actividad domiciliaria que se ejecuta, debido a que no sólo se garantiza el mantener a disposición del equipo un conocimiento más profundo de los usuarios, familia y de la atención domiciliaria realizada. Los registros son además

un respaldo legal en casos donde se involucra la justicia. Sin duda la atención de salud en domicilio cada vez va tomando mayor importancia, esto debido a los cambios epidemiológicos y demográficos de la población. Al analizar el escaso uso de los registros de las actividades domiciliarias realizadas, es necesario dejar propuesto la mayor utilización de ellos, debido a su gran importancia para asegurar el otorgamiento de una atención de calidad.

- Estimular en la formación profesional de enfermería y demás profesionales de salud, el mayor uso de instrumentos de valoración, como son el familiograma y APGAR familiar, que aseguran otorgar una atención de calidad y que facilitan el conocimiento familiar y a su vez permiten tener una visión global de ella.
  
- Se hace necesario el diseño de un instrumento de registro de la atención domiciliaria integral para cada tipo de atención, que incluya todos los elementos necesarios para el desarrollo de una atención domiciliaria con características de integralidad.

## 10. BIBLIOGRAFÍA

1. **AGUILERA, M.** 2002. Desafíos para una población que envejece.  
<[http://www.ine.cl/chile\\_cifras/f\\_chile\\_cifras.htm](http://www.ine.cl/chile_cifras/f_chile_cifras.htm)> (10 octubre 2002)
2. **ARANCIBIA, C.** Enfermería Domiciliaria: Un Desafío en Tiempos de Cambio. Tesis (Licenciatura en Enfermería). Valdivia: Universidad Austral de Chile, Facultad de Medicina, 2001.
3. **ARIAS, L.** 2002. El Apgar Familiar en el Cuidado Primario de Salud.  
<[http://24.232.114.45/CBMF2002%20Clase%204\\_4.pdf](http://24.232.114.45/CBMF2002%20Clase%204_4.pdf)>  
(10 octubre 2002)
4. **AYLWIN, M.** 2002. Discurso acto de Lanzamiento de materiales didácticos para Adultos Mayores.  
<<http://www.mineduc.cl/ministro/discurso/discurso26.htm>>  
(6 septiembre 2002)
5. **CANCER.NET.** 2000. Información en PDQ sobre cuidado médico. Profesionales de la Salud. Planificación del cuidado de transición.  
< [http://CANCER.NET.nci.nih.gov/clinpdq/supportive\\_span2/305471.html#3.2](http://CANCER.NET.nci.nih.gov/clinpdq/supportive_span2/305471.html#3.2)  
(29 agosto 2002)
6. **CHIAVENATO, I.** 1981. Introducción a la Teoría General de la Administración. Mc. Graw-Hill. Bogotá.
7. **DEPARTAMENTO DE ATENCIÓN PRIMARIA.** 2002. Informe Reuniones Interregionales de Salud Familiar. División Gestión Red Asistencial. Unidad Modelo de Atención. Chile.
8. **INFANTE, S.** 2000. La salud desigual en Chile.  
<[http://www.rms.cl/Numeros\\_antiores/rms\\_16/analisis\\_opiniones.htm](http://www.rms.cl/Numeros_antiores/rms_16/analisis_opiniones.htm)>  
(8 septiembre 2002)

9. **JARAMILLO, A., ROJAS, A., SOTO, B.** 2000. Atención Domiciliaria a Adultos Mayores Crónicos: Acercando la Atención a los Más Necesitados. Rancagua.  
<<http://www.colegiodeenfermeras.cl/pdf/atdom.pdf>> (6 septiembre 2002)
11. **LOURO, I. ; col.** 2001. Manual para la Intervención en la Salud Familiar.  
<<http://asp.sld.cu/bvs/libros/manual.pdf>> (10 octubre 2002)
12. **MARRINER-TOMEY, A.** 1994. Modelos y Teorías en Enfermería. Tercera edición. Madrid, España. Editorial Mosby/Doyma.
13. **MINISTERIO DE SALUD.** 2001. Situación de Salud en Chile. Indicadores básicos. Santiago. Chile.
14. **MINISTERIO DE SALUD.** 2000. Objetivos Sanitarios y Modelo de Salud para la Década 2000-2010. Gobierno de Chile. Documento Oficial.  
<<http://navarro.cl/defensa/salud/doc/objetivossanitarios2000-2010.pdf>>
15. **MURRAY, P.** 1999. El Modelo de Sistemas de Neuman.  
<<http://www.lemmus.demon.co.uk/neuman1.htm>> (6 septiembre 2002)
16. **O.M.S.** 1994. La Enfermería Más Allá del Año 2000. Informe de un grupo de estudio de la O.M.S. Ginebra.
17. **RAMOS, E.** 2002. Conceptos Generales y Ámbitos de Actuación. Atención Domiciliaria.  
<<http://www.metlas.org/enciclopedia/pdf/05capCOMUmettec07.pdf>>

## 11. ANEXOS

### 11.1 ANEXO 1 *Encuesta dirigida al Familiar y/o Usuario*

#### I. Antecedentes Personales:

A. Nombre:

B. Nombre del familiar directo y/o cuidador:

C. Sexo: Femenino 1.  Masculino 2.

D. Edad: \_\_\_\_\_ años.

#### II. Antecedentes Sociodemográficos del caso índice:

E. Estado civil:

1.Soltero		4.Separado	
2.Casado		5.Conviviente	
3.Viudo		6.Conviviente.	

F. Tipo de familia:

1.Monoparental	
2.Nuclear	
3.Extensa	
4.Unipersonal	

G. Número de integrantes del grupo familiar:

1. 2-4 personas		3. 8-10 personas	
2. 5-7 personas		4. Más de 10 personas	

H. Tipo de vivienda:

1.Casa	
2.Departamento	
3.Pieza	
4.Mediagua	
5.Otro. Especifique.	

**I. Nivel Educativo Usuario y/o Familiar:**

1. Analfabeto		5. Media incompleta	
2. Básica completa		6. Téc. Superior	
3. Básica incompleta		7. Universitaria	
4. Media completa		8. Otro tipo de estudio	

**J. ¿Tiene servicio telefónico en la casa?**

1. Sí		2. No	
-------	--	-------	--

**III. Percepción y Expectativas del Usuario y/o Familiar:**

**1) ¿Recuerda la última vez que lo visitó personal del Consultorio en su domicilio?**

1. Sí		2. No	
-------	--	-------	--

**2) ¿La visita fue acordada con Ud. en día y hora?**

1. Sí	
2. No	
3. Se acordó, pero no el día y la hora.	

**3) ¿La hora fue conveniente?**

1. Sí	
2. No	
3. ¿Por qué?	

**4) Para las próximas visitas ¿Preferiría que acordaran la hora?**

1. No	
2. Sí	
3. ¿Por qué?	

**5) ¿Cómo calificaría la atención recibida?**

1. Muy bueno		3. Insatisfactorio	
2. Satisfactorio		4. No opino	

**6) Califique la atención recibida por:**

	1	2	3	4	5	6	7
1.Médico							
2.Enfermera							
3.Paramédico							
4.Asistente social							
5.Otro							

**7) ¿Cómo se ha sentido una vez que lo ha visitado personal de salud en su domicilio?**

1.Satisfecho y feliz.		3.Indiferente	
2.Satisfecho		4.Desagradado e insatisfecho	

**8) ¿Qué aspecto de la atención no le pareció bien?**

---



---

**9) Para Ud. la atención en domicilio:**

	sí	no
1.Se realizó con cortesía.		
2.Se realizó con lenguaje claro.		
3.Se realizó escuchando mis preguntas.		
4.Yo puedo opinar en ellas.		
5.Resuelve problemas de salud.		
6.La considero un llamado de atención		
7.Es una molestia.		
8.Es inoportuna.		

**10) ¿Se siente importante o apoyado por su consultorio?**

	Sí	No
1.Me siento importante y apoyado		
2.Me siento importante		
3.Me siento apoyado.		
4.No me siento apoyado por el consultorio.		
5.No me siento importante para el consultorio.		
6.No opino.		



11) ¿Qué espera Ud. de la Visita Domiciliaria?

---

---

---

12) Describa brevemente dos situaciones o hechos de la atención domiciliaria que le hayan agradado.

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

13. Describa brevemente dos situaciones de la atención domiciliaria que le hayan desagradado.

1. \_\_\_\_\_

2. \_\_\_\_\_

1. ¿Qué sugerencias haría Ud. para mejorar la visita domiciliaria?

## 11.2 ANEXO 2

### Encuesta dirigida al encuestador:

#### A. Tipo de atención de salud en domicilio:

1.Promocional		3.Curativa	
2.Preventivo		4.Rehabilitación	

#### B. ¿Quién realizó la atención domiciliaria?

1.Enfermera		3.Paramédico	
2.Médico		4.Asistente social	
5.Otro			

#### C. Programa de Salud que clasifica al caso índice:

1.Infantil.		4.Cardiovascular.	
2.Adolescente.		5.Postrado.	
3.Adulto.		6.Cuid. Paliativos	

#### D. Instrumento recolector de información familiar utilizado:

- I. Ficha Clínica.
- II. Familiograma.
- III. Apgar Familiar.
- IV. Hoja de Registro de Atención Domiciliaria.

1. Sólo I.		4. I, II, III y IV.	
2. Sólo II.		5. I y IV.	
2. I y II.		6. IV y I.	
3. I, II y III.		7. IV y II.	

#### E. Registro de la Atención Domiciliaria Integral:

1.Programación del plan por al menos 2 integrantes del equipo de salud.	
2.Integra aspectos biosicosociales del usuario.	
3.No existe registro.	

**F. Registro de Calidad de la Atención otorgada relacionado con Continuidad:**

1.Se registraron nuevos diagnósticos.	
2.Se registraron nuevos objetivos.	
3.Se planificó nuevas visitas domiciliarias.	
4.No existe registro.	

**G. Registro de Planeación de la Atención en Ficha Clínica o Documento establecido:**

1.Objetivos.	
2.Plan orientado al usuario.	
3.Delegación.	
4.Criterios de Evaluación.	
5.estimación del tiempo requerido para la Atención.	
6.Resultados obtenidos con la Atención otorgada.	

## TABLAS DE RESULTADOS.

**Tabla N° 1.** Distribución Porcentual de Usuarios encuestados según Sexo. Consultorio Externo Valdivia. Primer Semestre 2002.

<b>Sexo.</b>	<b>Número.</b>	<b>Porcentaje</b>
<b>Femenino.</b>	34	87
<b>Masculino.</b>	5	13
<b>Total</b>	39	100

**Tabla N° 2.** Distribución Porcentual de Usuarios según Estado Civil. Consultorio Externo Valdivia. Primer Semestre 2002.

<b>Estado Civil.</b>	<b>Número.</b>	<b>Porcentaje.</b>
<b>Casados.</b>	20	51.2
<b>Viudos.</b>	8	20.5
<b>Convivientes.</b>	3	7.6
<b>Solteros.</b>	8	20.5
<b>Total</b>	39	99.8

**Tabla N° 3.** Distribución Porcentual de Usuarios según tipo de Familia. Consultorio Externo Valdivia. Primer Semestre 2002.

<b>Tipo de Familia.</b>	<b>Número.</b>	<b>Porcentaje.</b>
<b>Monoparental.</b>	1	2.5
<b>Nuclear.</b>	18	46.1
<b>Extensa.</b>	19	48.7
<b>Unipersonal.</b>	1	2.5
<b>Total.</b>	39	99.8

**Tabla N°4.** Distribución Porcentual según nivel educacional. Consultorio Externo Valdivia. Primer Semestre 2002.

<b>Nivel Educacional.</b>	<b>Número.</b>	<b>Porcentaje.</b>
<b>Analfabeto.</b>	1	2.5
<b>Básica completa.</b>	10	25.6
<b>Básica incompleta.</b>	18	46.1
<b>Media completa.</b>	2	5.1
<b>Media incompleta.</b>	6	15.3
<b>Técnico superior.</b>	1	2.5
<b>Universitaria completa.</b>	1	2.5
<b>Total.</b>	39	99.6

**Tabla N° 5.** Distribución Porcentual según Tipo de Atención Domiciliaria realizada. Consultorio Externo Valdivia. Primer Semestre 2002.

<b>Tipo de Atención Domiciliaria.</b>	<b>Número.</b>	<b>Porcentaje.</b>
<b>Promocional.</b>	19	48.7
<b>Preventiva.</b>	11	28.2
<b>Curativa.</b>	6	17.9
<b>Cuidados paliativos y alivio del dolor.</b>	3	5.1
<b>Total.</b>	39	99.9

**Tabla N° 6.** Personal Sanitario que realizó Atención de Salud Domiciliaria de tipo Promocional. Consultorio Externo Valdivia. Primer Semestre 2002.

<b>Personal Sanitario.</b>	<b>Número.</b>	<b>Porcentaje.</b>
<b>Alumnas de Enfermería.</b>	15	79
<b>No existe registro.</b>	4	21
<b>Total.</b>	19	100

**Tabla N° 7.** Personal Sanitario que realizó la Atención Domiciliaria de Tipo Preventivo. Consultorio Externo Valdivia. Primer Semestre 2002.

<b>Personal Sanitario.</b>	<b>Número.</b>	<b>Porcentaje.</b>
<b>Enfermera.</b>	2	18
<b>Estudiante de Enfermería.</b>	1	9
<b>Enfermera y asistente social.</b>	4	36
<b>Asistente social.</b>	3	27
<b>No existe registro.</b>	1	9
<b>Total.</b>	11	99

**Tabla N° 8** Personal Sanitario que realizó la Atención de Salud Domiciliaria a Pacientes Postrados. Consultorio Externo Valdivia. Primer Semestre 2002.

<b>Personal Sanitario.</b>	<b>Número.</b>	<b>Porcentaje.</b>
<b>Enfermera.</b>	1	16.6
<b>Enfermera, médico y asistente social.</b>	1	16.6
<b>Paramédico, enfermera, médico y asistente social.</b>	1	16.6
<b>Enfermera y médico.</b>	3	50
<b>Total.</b>	6	99.8

**Tabla N° 9.** Personal Sanitario que realizó la atención de Salud Domiciliaria por Programa de Cuidados Paliativos y Alivio del Dolor. Consultorio Externo Valdivia. Primer Semestre 2002.

<b>Personal Sanitario.</b>	<b>Número.</b>	<b>Porcentaje.</b>
<b>Enfermera y médico.</b>	2	66.6
<b>Enfermera y Paramédico.</b>	1	33.3
<b>Total.</b>	3	99.9

**Tabla N° 10.** Registro de la Planeación de la Atención Domiciliaria en Ficha o Documento establecido. Consultorio Externo Valdivia. Primer Semestre 2002.

<b>Registro de Planeación.</b>	<b>Número.</b>	<b>Porcentaje.</b>
<b>Registro incompleto.</b>	23	61
<b>No hay registro de la atención realizada.</b>	15	39
<b>Total.</b>	38	100

**Tabla N° 11.** Uso de instrumento recolector y Registro de la Atención de Salud Domiciliaria. Consultorio Externo Valdivia. Primer Semestre 2002.

<b>Instrumento recolector y registro Utilizado.</b>	<b>Número.</b>	<b>Porcentaje.</b>
<b>Ficha clínica.</b>	14	37
<b>Hoja de registro.</b>	10	26
<b>Ficha clínica y Familiograma.</b>	6	16
<b>Sin registro.</b>	8	21
<b>Total.</b>	38	100

**Tabla N° 12.** Percepción de Calidad respecto a la Atención Domiciliaria recibida. Consultorio Externo Valdivia. Primer Semestre 2002.

<b>Percepción de Calidad.</b>	<b>Número.</b>	<b>Porcentaje.</b>
<b>Muy Bueno.</b>	31	79
<b>Satisfactorio.</b>	8	21
<b>Total.</b>	39	100

**Tabla N° 13.** Satisfacción Usuaría en relación a la Atención recibida en Domicilio. Consultorio Externo Valdivia. Primer Semestre 2002.

<b>Grado de satisfacción.</b>	<b>Número.</b>	<b>Porcentaje.</b>
<b>Satisfecho y feliz.</b>	18	46
<b>Satisfecho.</b>	19	49
<b>Indiferente.</b>	2	5
<b>Total.</b>	39	100

**Tabla N° 14.** Percepción del Usuario en relación al Apoyo recibido por parte del Personal de Salud en la Atención de Salud Domiciliaria. Consultorio Externo Valdivia. Primer Semestre 2002.

<b>Percepción Usuaría.</b>	<b>Número.</b>	<b>Porcentaje.</b>
<b>Importante y Apoyado.</b>	12	31
<b>Apoyado.</b>	22	56
<b>No se siente apoyado.</b>	1	3
<b>No opina.</b>	4	10
<b>Total.</b>	39	100

**Tabla N° 15.** Percepción de los Usuarios según características de Integralidad. Consultorio Externo Valdivia. Primer Semestre 2002.

<b>Percepción de Integralidad.</b>	<b>Número.</b>	<b>Porcentaje.</b>
<b>Sin consenso.</b>	21	53.8
<b>Ambiente de confianza.</b>	11	28.2
<b>Punitivo.</b>	25	64.1

**Tabla N° 16.** Registro de la Atención Domiciliaria según características de Integralidad. Consultorio Externo Valdivia. Primer Semestre 2002.

<b>Registro de Integralidad.</b>	<b>Número.</b>	<b>Porcentaje.</b>
<b>Valoración biosicosocial.</b>	21	55
<b>Sin registro de integralidad.</b>	16	42
<b>Programación de dos integrantes del equipo de salud.</b>	1	3
<b>Total.</b>	38	100

**Tabla N° 17.** Registro de la Atención Domiciliaria relacionado con la Continuidad. Consultorio Externo Valdivia. Primer Semestre 2002.

<b>Registro de Continuidad.</b>	<b>Número.</b>	<b>Porcentaje.</b>
<b>Completo.</b>	9	24
<b>Parcialmente completo.</b>	8	21
<b>Incompleto.</b>	15	39
<b>Sin registro.</b>	7	16
<b>Total.</b>	38	100

**Tabla N° 18.** Expectativas de los Usuarios en relación a la Atención de Salud en Domicilio de Tipo Promocional. Consultorio Externo Valdivia. Primer Semestre 2002.

<b>Expectativa Usuaría.</b>	<b>Número.</b>	<b>Porcentaje.</b>
<b>Continuidad</b>	1	5
<b>Solución de problemas.</b>	2	11
<b>Educación.</b>	5	26
<b>Apoyo.</b>	3	16
<b>comprensión</b>	1	5
<b>No opinó.</b>	7	37
<b>Total.</b>	19	100



**Tabla N° 19.** Expectativas de los Usuarios en relación a la Atención Domiciliaria de Tipo Preventiva. Consultorio Externo Valdivia. Primer Semestre 2002.

<b>Expectativa Usuaría.</b>	<b>Número.</b>	<b>Porcentaje.</b>
<b>Orientación acerca de su estado de salud.</b>	4	37
<b>Educación de salud.</b>	2	18
<b>Preocupación por su estado de salud.</b>	1	9
<b>Continuidad en la atención.</b>	1	9
<b>No opinó.</b>	3	27
<b>Total.</b>	11	100

**Tabla N° 20.** Expectativas de los Usuarios del Programa de Atención a Pacientes Postrados en relación a la Atención domiciliaria. Consultorio Externo Valdivia. Primer Semestre 2002.

<b>Expectativas.</b>	<b>Número.</b>	<b>Porcentaje.</b>
<b>Que le hagan sus curaciones.</b>	2	33.3
<b>Entrega de conocimientos.</b>	1	16.6
<b>Ayuda oportuna.</b>	3	50
<b>Total.</b>	6	99.9

**Tabla N° 21.** Expectativas de los Usuarios incluidos en el Programa de Cuidados Paliativos y Alivio del Dolor en relación con la Atención Domiciliaria recibida. Consultorio Externo Valdivia. Primer Semestre 2002.

<b>Expectativas.</b>	<b>Número.</b>	<b>Porcentaje.</b>
<b>Guía e información sobre cuidados y manejo de la enfermedad.</b>	2	67
<b>Solución a los problemas de su familiar enfermo.</b>	1	33
<b>Total.</b>	3	100