



UNIVERSIDAD AUSTRAL DE CHILE
FACULTAD DE MEDICINA
ESCUELA DE ENFERMERIA

Hospital Amigo: Valoración del familiar y/o cuidador responsable y su integración en el cuidado del adulto hospitalizado durante el horario de visitas en el subdepartamento de Medicina Interna del Hospital Clínico Regional Valdivia, en el período Septiembre a Diciembre del año 2007.

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

Marie Astrid Garrido Campos
Pamela Ivette Gómez Casanova
VALDIVIA – CHILE
2008

Profesor patrocinante:

Nombre : Sra. Gema Santander Manríquez.
Profesión : Enfermera.
Grados : Magíster en Salud Pública con mención en Epidemiología.

Instituto : Enfermería.
Facultad : Medicina.
Firma :

Profesores informantes:

- 1) -Nombre : Srta. Moira Holmqvist Curimil.
-Profesión : Enfermera.
-Grados : Magister en Comunicación ©.

-Instituto : Enfermería.
-Facultad : Medicina.
-Firma :

- 2) -Nombre : Sra. Vinka Yusef Contreras.
-Profesión : Enfermera.

-Instituto : Enfermería.
-Facultad : Medicina.
-Firma :

Fecha de Examen de Grado:

Gracias a mis padres y mi hermana por todo el cariño y apoyo que siempre me han brindado durante toda mi vida, sobretodo en esta etapa en la que emprenderé un camino diferente lleno de nuevas metas y desafíos. Gracias a Diosito y a mi ángel de la guarda por cuidarme día a día. Gracias a mi Vovó por todas sus bellas palabras y oraciones, a mis primitos Gustavo, Isidora y Martina por ser una más de mis alegrías, y a mis amigas Astrid, Fernanda y Yoha por ser unas personitas ejemplares con las cuales formé una hermosa amistad llena de alegrías, tristezas, logros y triunfos. A todos ustedes les agradezco con todo el corazón,

Pamela.

Agradezco a mis padres y hermanos por su esfuerzo, apoyo, compañía y dedicación durante esta travesía. Gracias a Dios por estar conmigo cada día y a mis amigas Pame y Fernanda por su amistad incondicional, en quienes encontré a grandes personas con las cuales crecimos día a día.

Astrid.

ÍNDICE.

CAPÍTULO 3: RESUMEN	5
CAPÍTULO 4: SUMMARY	6
CAPÍTULO 5: INTRODUCCIÓN	7
CAPÍTULO 6: MARCO TEÓRICO	9
CAPÍTULO 7: OBJETIVOS	23
CAPÍTULO 8: MATERIAL Y MÉTODO	25
CAPÍTULO 9: RESULTADOS	37
CAPÍTULO 10: DISCUSIÓN	62
CAPÍTULO 11: CONCLUSIONES	71
CAPÍTULO 12: BIBLIOGRAFÍA	75
CAPÍTULO 13: ANEXOS	79

3. RESUMEN

En la hospitalización, la familia debe ser considerada como un factor promotor del bienestar y adaptación del paciente, por lo que se requiere su integración en actividades de cuidado. Con este objetivo, a partir de este año se instauró el programa Hospital Amigo en los servicios de adultos de los hospitales públicos chilenos, abriéndolos a la comunidad mediante la extensión del horario de visitas de una a seis horas diarias. En el subdepartamento de Medicina Interna del Hospital Clínico Regional Valdivia (HCRV) la mayoría de los pacientes son dependientes de cuidados por lo cual es importante valorar al familiar y su integración durante el horario de visitas para implementar acciones tendientes a mejorarla.

Este estudio descriptivo, cuantitativo y transversal tuvo por objetivos determinar el perfil sociodemográfico de los familiares responsables y sus conocimientos sobre el paciente y la extensión del horario de visitas en este subdepartamento. Además se describió la integración de éstos durante la permanencia con el paciente. Para esto se censó a los familiares que acudieron a la visita durante el periodo de recolección de datos, incluyéndose a 54 familiares responsables de pacientes con más de un día de hospitalización, que no se encontraran en trámites de traslado, de alta, en estado grave y/o agonizando. Al aplicar y analizar el cuestionario se obtuvo que el perfil sociodemográfico de estos familiares corresponde principalmente a adultos de sexo femenino, dueñas de casa, hijas de los pacientes. La mayoría no ha concluido estudios de educación media ni básica, comparten domicilio con el paciente y provienen de la ciudad de Valdivia.

Gran parte de los familiares no conocen el motivo de hospitalización del paciente y un gran número de éstos desconocen su grado de dependencia de cuidados. Así mismo, un amplio número declaró no haber recibido suficiente información sobre la extensión del horario de visitas y ninguno de ellos conoce todos los objetivos. Los principales motivos de visita fueron dar apoyo emocional, acompañar y conversar con el médico tratante. Ninguno de los familiares participó lo suficiente en la satisfacción de las necesidades del paciente asumiendo un rol pasivo durante la visita, y la mayoría presentó un nivel medio de cumplimiento de indicaciones. Por otra parte, quienes participaron lo hicieron principalmente en actividades de alimentación, aseo y confort.

Los resultados de esta investigación constituyen información objetiva para la planificación y aplicación de estrategias orientadas a fomentar la adecuada integración de los familiares, quienes deben ser instruidos de acuerdo a sus características por el equipo de salud, especialmente por enfermería, para que se transformen en participantes activos en la atención del paciente durante el horario de visitas y así influir positivamente en la evolución del estado de salud.

4. SUMMARY

In the hospitalization, the family should be respected like a development factor of the welfare and adaptation of the patient, for which is required that be integrated in activities of care. With this objective, from this year the Friend Hospital program in the services of adults of the Chilean public hospitals was established, opening them to the community by means of the extension of the visiting hours from one to six daily hours. In the subdepartment of internal medicine of the Hospital Clínico Regional Valdivia (HCRV) the most of the patients are clerks of cares by which is important to value the relative and it's integration during the visiting hours to implement actions tending toward improve it.

This quantitative, descriptive study and cross street considered objectives to determine the sociodemographic profile of the responsible relatives and its know-how on the patient and the extension of the visiting hours in this subdepartment. Besides the integration of these during the continuance with the patient was described. For this it was counted the relatives that responded to the visit during the data harvesting period, including 54 relatives responsible for patients with more than one day of hospitalization, that themselves they were not found of transfer, of medical discharge, serious or agonizing. Upon applying and to analyze the questionnaire was obtained that the sociodemographic profile of these relatives corresponds chiefly adults of female sex, owners of house, and daughters of the patients. The majority has not concluded average neither basic studies of education, they share residence with the patient and they stem from the city of Valdivia.

Great part of the relatives does not know the motive of hospitalization of the patient and a great number of these do not know their cares dependence degree. Thus same, an extensive number declared not to have received sufficient information on the extension of the visiting hours and none of them knows all the objectives. The main motives of visit were to give emotional support, to accompany and to converse with the medical dealer. None of the relatives participated the sufficient in the satisfaction of the needs of the patient assuming a passive role during the visit, and the majority presented a medium level of compliance of indications. On the other hand, who they participated they did it chiefly in activities of diet, neatness and comfort.

The results of this investigation constitute objective information for the planning and application of strategies oriented to promote the adequate integration of the relatives, who should be educated according to their characteristics by the team of health, especially by nursing, so that they be transformed into participating assets in the attention of the patient during the visiting hours and thus to influence positively in the evolution of the state of health.

5. INTRODUCCIÓN

En el informe del presupuesto para el año 2007 del Ministerio de Salud de Chile, en el contexto de la Reforma de Salud, se considera como uno de los objetivos estratégicos el fomento de buenas prácticas de atención y participación en salud. Una de las estrategias para cumplir este objetivo corresponde al Programa Hospital Amigo, que tiene por misión propiciar una atención acogedora y digna a la familia y comunidad en los hospitales del país por medio de la extensión del horario de visitas a seis horas diarias y cuyos objetivos están dirigidos a la recuperación más rápida del paciente, disminución de recaídas, fomento de la integración del familiar y/o red de apoyo social inmediato al cuidado del adulto hospitalizado, aumento de la satisfacción usuaria y la mayor valoración mutua de parte de los familiares al trabajo que realiza el equipo de salud, y de parte de éste al rol del familiar en el proceso de recuperación.

Este programa fue establecido de forma repentina en los hospitales a nivel nacional, no existiendo una adecuación de la infraestructura, capacitación a los funcionarios ni difusión masiva de los objetivos que contempla el programa a la población en general, lo cual ha provocado dificultades en la correcta implementación. Es así como en el subdepartamento de Medicina Interna del Hospital Clínico Regional de la ciudad de Valdivia, la extensión del horario de visitas se ha establecido a partir de este año generando problemas de adaptación a este cambio por parte de funcionarios, pacientes y familiares.

En este sentido, al realizar el internado en este subdepartamento, se pudo observar la dificultad que provoca la mayor cantidad de horas que permanecen los familiares junto a los pacientes debido a que, por una parte, la infraestructura del subdepartamento no es la adecuada para recibirlos y, por otro lado, se observaba el incumplimiento de indicaciones sobre la extensión del horario de visitas (horario, restricción de personas al ingreso, entre otras). De igual modo, la participación de los visitantes en el cuidado del paciente se percibía insuficiente, no aprovechándose realmente la cantidad de horas de visita dispuestas para satisfacer sus necesidades, produciendo un hacinamiento injustificable en las salas de hospitalización.

Es por esto que el problema a investigar es la integración de los familiares y/o cuidadores responsables en el cuidado del adulto hospitalizado durante el horario de visitas. De este modo, este estudio descriptivo de tipo cuantitativo y de corte transversal tiene por objetivo valorar a la población en estudio a través del análisis de aspectos sociodemográficos junto con el conocimiento que poseen en relación a la situación actual del paciente y la extensión del horario de visitas. Además describe la participación de los familiares en la

atención del paciente, todo esto con el fin de obtener una mirada objetiva de la situación y así aportar información preliminar sobre esta problemática, permitiendo revelar los aspectos necesarios para una óptima intervención por parte del equipo de enfermería.

Por último, dentro de las motivaciones para llevar a cabo este estudio se encuentra el hecho de que es un tema actual en los hospitales públicos de Chile, interesante y poco estudiado, el cual entregará información objetiva de esta situación, que sin dudas repercutirá en la labor diaria de quienes se desempeñan en los establecimientos de salud, en los pacientes y sus familiares. Además, en un futuro cercano formaremos parte de instituciones en las que existirá este sistema de visitas, por lo cual se deberá considerar la integración de los familiares en el cuidado de los pacientes como un factor positivo para su bienestar y mejor adaptación durante la hospitalización. De igual modo, nos motiva el colaborar con el equipo de salud del subdepartamento de Medicina quienes han demostrado interés por el tema, puesto que lo consideran una oportunidad para obtener información objetiva y útil para demostrar la problemática que están viviendo y así buscar diversas estrategias para solucionarla.

6. MARCO TEÓRICO

El ser humano, al ser holístico, requiere de la constante interacción con su medio, manteniendo el equilibrio entre su dimensión física y psicosocial. El hombre es un ser integral en el que sus áreas física, cultural, social, intelectual, emocional y espiritual se relacionan entre sí y dan el sello que caracteriza a cada persona y su individualidad, siendo el equilibrio de cada una de estas áreas un factor influyente en su condición de salud.

Salud es definida por la Organización Mundial de la Salud (OMS) como el “estado de completo bienestar físico, mental y social y no sólo la ausencia de enfermedad o dolencia.” Sin embargo, el contemplar esta concepción sobre la salud impide considerar los diferentes niveles de bienestar que pueden existir en un individuo en diversos momentos de su vida, y aunque éste no sea el ideal, no significa que no se encuentre sano, ya que si se considera la salud y enfermedad como un continuo, se visualiza distintos grados de salud y enfermedad (3). De igual forma, Morrison (1999) establece que todos los individuos presentan un proceso de cambio continuo denominado homeostasia, en el cual el estado de salud se modifica de acuerdo a la respuesta y adaptación de las personas frente a determinadas situaciones de la vida.

En el proceso de enfermedad este equilibrio se ve afectado debido a que existe una alteración estructural y funcional en el individuo, involucrando una serie de aspectos psicológicos que la mayoría de las veces no son considerados en su totalidad. Anderson, Anderson & Glanze (1994) definieron enfermedad como un “proceso anómalo en el cual el aspecto social, físico, emocional e intelectual de la persona, así como su funcionamiento, están disminuidos o deteriorados en comparación con la situación previa”. A partir de esto, se vislumbra la consideración del hombre como un ente biopsicosocial, por lo tanto, la alteración de alguna de sus dimensiones afectará su totalidad como ser integrado que es, requiriendo estrategias de intervención para restablecer el equilibrio.

Frente a la enfermedad cada persona reacciona de una manera distinta dependiendo de la actitud con que enfrente la situación, la postura de sus redes de apoyo frente a ésta y de las variables propias de la enfermedad (12). Son cinco las etapas en que se divide el proceso de enfermedad.

- La primera se refiere a la percepción de los primeros síntomas de la alteración de su estado de salud, en la cual el individuo busca diversas alternativas para remediar la situación.

- La segunda etapa tiene lugar cuando se asume el rol de enfermo luego de obtener la confirmación y aceptación de la enfermedad por otras personas; su entorno le facilita este rol permitiendo que sus esfuerzos se concentren en recuperar el equilibrio.
- La tercera etapa corresponde a la búsqueda de ayuda profesional, que le confirmará la presencia de la enfermedad, indicará un tratamiento, y le aportará la información necesaria; en esta etapa existen dos alternativas, una es la aceptación de la enfermedad y la otra es la negación de ésta.
- En la penúltima etapa, la persona asume un papel de dependencia de los demás en su cuidado, está dispuesto a que los integrantes de su red social presten el apoyo emocional y la atención necesaria para satisfacer sus necesidades, permitiéndole adoptar una postura dependiente y abandonar sus obligaciones en beneficio de su pronta recuperación.
- La última etapa, de recuperación y rehabilitación, puede presentarse de forma repentina o más lenta. De esto dependerá el momento del abandono del papel de enfermo y la reincorporación a las responsabilidades cotidianas. Si el proceso de enfermedad se prolonga, es necesario planificar la atención que se brindará para obtener la recuperación en el menor tiempo posible. Es importante señalar que este proceso de enfermedad es individual, por lo tanto no todas las personas vivencian todas las etapas descritas (10).

Cuando la enfermedad no puede ser manejada sin el apoyo de un equipo de salud es necesario acudir a un centro asistencial en busca de tratamiento, y de acuerdo a las condiciones de salud que se presenten será necesaria la hospitalización. Ésta consiste en la permanencia del enfermo en un centro asistencial donde se presta atención sanitaria por parte de un equipo de salud organizado. Al ser la hospitalización un evento inesperado, se considera como una crisis no normativa e involucra una serie de procesos familiares, personales y mentales que traen consigo una carga de ansiedad y temor frente a lo desconocido. Esta crisis se relaciona, según Aguilera (1994), con el alejamiento del entorno familiar y del hogar, quedando al cuidado de personas desconocidas, siendo común la pérdida parcial o total de la independencia.

El nuevo ambiente al que se expone el paciente hospitalizado es un espacio en el cual se relacionan una diversidad de usuarios, funcionarios y público en general, por lo tanto, puede considerarse como un nexo entre diferentes ámbitos sociales. Según la Real Academia Española, el hospital es un establecimiento destinado al diagnóstico y tratamiento de enfermos, donde se practican también la investigación y la enseñanza. Todas las actividades realizadas en el hospital, ya sea que afecte directa o indirectamente al paciente, están orientadas a mejorar la calidad de la atención, siendo necesario el apoyo de la investigación y la educación hacia el equipo de salud y los usuarios, para que éstos también constituyan un grupo que actúe como soporte físico, psicológico y social de los pacientes hospitalizados.

Toda institución hospitalaria, dada su misión esencial a favor del Hombre, debe preocuparse por un mejoramiento permanente en tal forma que logre una integración armónica de las áreas médicas, tecnológicas, administrativas, económicas, asistenciales y si fuere el caso, también, de las áreas docentes e investigativas (Paganini & Morales, 1992, p.17).

Dada la principal función del hospital de satisfacer las necesidades y resolver los problemas de salud de la población, éste presenta diversos entornos terapéuticos cuyos objetivos apuntan a la protección del paciente y de quienes lo rodean durante la hospitalización, a la colaboración para que el paciente logre la autonomía y confianza necesarias para su recuperación y a enseñar estrategias de adaptación y afrontamiento adecuadas para la satisfacción de sus necesidades. Además, “los entornos terapéuticos hospitalarios proporcionan orden y organización a través de la rutina diaria y un conjunto de reglas, horarios y actividades.” (10)

El paciente hospitalizado para lograr un estado de bienestar que influya positivamente en su recuperación requiere de la satisfacción de sus necesidades físicas antes de las de mayor jerarquía definidas en la teoría de Maslow, incluyéndose en éstas las necesidades de respiración, nutrición e higiene. Del mismo modo, influye en el bienestar las características físicas del entorno terapéutico que corresponden a la temperatura (circulación del aire, humedad), la luz ambiental (cantidad, difusión), el sonido (ruidos generados por personas y/o equipamientos), la limpieza y la estética (10). Todos estos factores pueden ejercer un efecto positivo otorgando calma y tranquilidad, o negativo alterando tanto a los pacientes como a quienes desempeñan sus funciones en el hospital, por lo tanto, el profesional de Enfermería debe intervenir sobre éstos en su campo de acción, logrando generar un ambiente grato y favorable para que se cumplan los objetivos de la hospitalización.

Además de la satisfacción de las necesidades físicas o básicas, el hombre como ser biopsicosocial, requiere del apoyo emocional y afectivo que entrega la familia como red social. Brunner & Suddarth (2002), establecen como una de las principales funciones familiares la de “proporcionar los recursos físicos y emocionales para mantener la salud, además de un sistema de apoyo en épocas de crisis, como en tiempos de enfermedad.”

Otros autores como Wright & Leahy (1994) se refieren a cinco funciones de la familia. La primera corresponde a la administración, que incluye el uso del poder para la toma de decisiones, establecimiento de reglas y manejo financiero. La segunda función es la del

establecimiento de los límites entre el comportamiento de los adultos y los niños. La tercera se refiere a la comunicación, esencial para el crecimiento y fortalecimiento familiar. La cuarta función es la de la socialización. La quinta y última función corresponde a la educación y apoyo. Mediante la educación se entregan herramientas para vivir una vida sana en el ámbito biopsicosocial de cada integrante. El apoyo lo constituyen las acciones que favorecen el sentido de pertenencia al grupo y éstas son un factor que promueve la salud y fortalece las medidas de afrontamiento en crisis no normativas como lo es la enfermedad. En este sentido, Potter & Perry (1996) hacen mención a que “el entorno familiar es de una importancia crucial, ya que las conductas relacionadas con la salud y reforzadas en las primeras etapas de la vida ejercen gran influencia sobre las futuras prácticas de salud.”

Los familiares que prestan atención y apoyo en las actividades básicas de la vida cotidiana a pacientes dependientes se catalogan como cuidadores informales, y generalmente uno de ellos asume el rol de cuidador principal siendo mayoritariamente mujeres con edad promedio de 52 años, en su mayoría casadas y que comparten domicilio con el paciente (21). Así lo confirman estudios realizados en diferentes países. En España, el perfil del cuidador informal corresponde a mujeres (84%), con edad promedio de 56 años y con ocupación de dueñas de casa (60%). Los hombres representan un 17%, con un promedio de edad de 65 años y el 45% son jubilados (28).

En Chile, estudios realizados a cuidadores de pacientes con Alzheimer demostraron que un 83% de los cuidadores eran familiares, de los cuales un 64% eran hijos, el 16% cónyuges y un 3% eran hermanos; el 17% restante eran amigos, vecinos u otras personas; de los participantes del estudio, el 84% correspondía al sexo femenino (27). Otro estudio similar realizado en la ciudad de Concepción, Chile, describió el perfil de cuidadores informales de pacientes pertenecientes a la Agrupación de Alzheimer, en la cual el 83% correspondían a mujeres y el 17% a hombres; el 49% tenía entre 51 a 60 años, el 28% entre 41 y 50 años, el 17% entre 71 y 80 años y un 6% de 61 a 70 años; en relación al estado civil, el 50% eran casados, el 39% eran solteros y el 11% de los cuidadores eran separados; con respecto al parentesco, el 61% eran hijos, el 33% cónyuges y el 6% eran familiares indirectos; de los participantes, el 38% correspondían a dueñas de casa, el 33% profesionales y el 11% eran jubilados; por último, el estudio arrojó que el 66% habitaba en la ciudad de Concepción y un 28% en otras comunas cercanas (20).

Al revisar estos estudios, se aprecia que en el rol de cuidador informal de pacientes adultos predomina el sexo femenino sobre el masculino, siendo principalmente adultos, ya que los pacientes son en su mayoría adultos mayores bajo el cuidado de sus hijos, quienes generalmente comparten domicilio con el paciente, lo cual permite que el cuidado se lleve a cabo de manera eficiente en el hogar y se reafirme en momentos de enfermedad o discapacidad.

Cuando un integrante del núcleo familiar se encuentra hospitalizado, pueden surgir cambios en los roles tanto del paciente como de los demás miembros de la familia. Los cambios cortos son más fáciles de asimilar, sin embargo los cambios a largo plazo requieren un proceso de adaptación en donde es fundamental la intervención del profesional de enfermería para la adopción de medidas de afrontamiento frente a los nuevos roles que se deberán cumplir. Ejemplos de esto pueden ser que un hijo asuma el papel de cuidador de su padre y/o madre enfermo/a, o una madre de un hijo previamente sano tenga que cumplir el papel de cuidadora de un hijo enfermo. En ambos casos el nuevo rol demanda de ellos conocimientos, habilidades y medidas de afrontamiento adecuadas para tener éxito en este nuevo papel que no siempre están presentes en todas las personas, por lo tanto juega un rol fundamental la valoración de la estructura y funcionamiento familiar, ya que serán los cimientos de una intervención sólida del profesional de Enfermería para entregar los conocimientos sobre las actividades que los familiares deben desarrollar junto al paciente para favorecer su bienestar. Morrison (1999) señala que “la familia del paciente ejerce una influencia notable en el resultado de su enfermedad”, por lo tanto, una adaptación familiar eficaz influirá positivamente en el estado de salud del paciente, mientras que una adaptación ineficaz ejercerá un efecto negativo en él.

En 1994, Burr, W., Klein, Burr, R., Doxey, Haeker, Holman, Martin, McClure, Parrish, Stuart, Taylor & White por medio de un estudio identificaron que la comunicación, la espiritualidad, las habilidades cognitivas, la fortaleza emocional, la capacidad para relacionarse, la disposición a valerse de los recursos de la comunidad, la fortaleza y los talentos individuales son los aspectos que promueven el afrontamiento familiar cuando se presentan situaciones estresantes. Es por esto que no se debe desplazar a la familia del paciente hospitalizado en la atención integral que se le otorga, ya que la familia en su totalidad debe ser capaz de alcanzar un nivel de salud óptimo utilizando estas medidas que favorecen la adaptación. De acuerdo a los planteamientos de Potter & Perry (1996), el equipo de salud debe considerar a la familia como paciente en su conjunto y no como su simple entorno social, debido a que ésta es más que la suma de sus miembros, conduciendo así las acciones terapéuticas hacia la eficaz promoción de la salud individual y familiar.

Otro punto importante a señalar es la influencia de la participación del familiar y/o cuidador responsable en la atención del paciente adulto hospitalizado. Aunque la atención de enfermería se centra en el estado de salud del paciente, la enfermera debe valorar además la disposición del familiar para satisfacer las necesidades propias del enfermo, lo que permite asegurar la continuidad de los cuidados en el hogar. Potter & Perry (1996) hacen mención a que “las familias proporcionan algo más que los elementos puramente esenciales, de modo que también debe ser considerada su capacidad para ayudar a que el enfermo alcance sus necesidades psicológicas y luche por una salud óptima”.

Así lo demostró un estudio cuasiexperimental realizado por Magda Lucía Flórez, Enfermera Jefe Asociada de la Unidad de Cuidado Intensivo Médico de la Fundación Santa Fe de Bogotá de Colombia en el Servicio de Cirugía de dicha fundación, durante los meses de Julio a Noviembre de 2000, cuyo objetivo era determinar el grado de comodidad de los pacientes hospitalizados cuando las medidas de comodidad social y psicoespiritual, físicas y ambientales son aplicadas por parte de la familia, medidas tales como cambios de posición, masajes, lubricación de la piel, comunicación verbal y no verbal efectiva y mantención de un ambiente agradable por medio del adecuado manejo de la luz, ruido y temperatura.

Mediante un cuestionario se midieron las necesidades y el grado de comodidad del paciente antes y después de la intervención de los familiares, quienes fueron orientados por el equipo de enfermería en relación a las actividades de cuidado que podían realizar sin poner en riesgo el estado de salud del paciente. Una vez ejecutada la investigación, se demostró la existencia de un alto grado de comodidad en estos pacientes luego de la incorporación de la familia en la atención diaria, lo que apunta a la capacidad de ésta para integrarse en los cuidados del enfermo, favoreciendo la mejor adaptación al ambiente hospitalario.

Por otra parte, se observó que las necesidades de comodidad satisfechas por los familiares permiten que el paciente presente sentimientos de trascendencia, tranquilidad y alivio, mejorando su estado general. Al integrarse la familia al cuidado, renuncia al papel pasivo de visitante y asume el rol de participación activa asistiendo al paciente, aprendiendo estrategias y adquiriendo habilidades para aportar a su bienestar tanto en el hospital como en el hogar. Por último, se concluyó que cuando el paciente hospitalizado está la mayor parte del tiempo en compañía de su familiar, el hospital se transforma en una institución centrada en el paciente y la familia y no en la institución, permitiendo la disminución de la carga laboral de los funcionarios, quienes pueden dedicar mayor tiempo a funciones y actividades de mayor complejidad (19).

En relación al papel que juega la familia dentro de la hospitalización, Mangini, Silva, Monti & Spiri (2007) realizaron una investigación cualitativa en Brasil con el objetivo de analizar el apoyo familiar durante la hospitalización en la perspectiva del trabajo de enfermería. En él hacen mención a dos tipos de familiares de adultos y ancianos hospitalizados de acuerdo a la situación del paciente. El primero, denominado familiar visitante es aquel que no se involucra en el cuidado del paciente hospitalizado por diferentes barreras tales como la rigidez de las normas existentes en las unidades por la complejidad de los cuidados de enfermería (UCI, UTI, entre otras), mientras que el familiar acompañante establece una relación más próxima con el equipo de enfermería y por consiguiente se puede involucrar en el cuidado.

Según este estudio el ser familiar visitante o acompañante no se refiere a un calificativo de los familiares en relación a la cantidad de actividades que hagan para el cuidado del paciente, sino que es una determinación de las normas establecidas por el equipo de enfermería según el estado del paciente y su necesidad de contar con un acompañante durante la hospitalización. De acuerdo a esto es interesante destacar la importancia de que la enfermera conozca la necesidad y complejidad de los cuidados requeridos por los pacientes, lo cual le permite involucrar a los familiares en la atención de éstos cuando corresponde.

Otro estudio similar publicado en la Revista Chilena de Pediatría sobre la participación de la madre y la familia en la atención del niño hospitalizado llevado a cabo por Barrera, Moraga, Escobar & Antilef (2007), establece la progresión de la participación del familiar en la hospitalización, la cual a través del tiempo ha evolucionado desde ser un familiar ausente a acompañante, de acompañante a participante, de ser participante a integrarse al equipo de salud y de la integración hospitalaria a los cuidados domiciliarios por medio de la adquisición de habilidades y conocimientos para tal efecto. A pesar de ser un estudio en la población pediátrica, refleja la esencia de la misión del familiar durante la hospitalización del paciente que requiere de cuidados básicos para satisfacer sus necesidades físicas, psicológicas, espirituales y sociales, los cuales pueden ser brindados por la familia.

El rol del familiar en la hospitalización del paciente cada vez va definiéndose y orientándose a la búsqueda de la mejor recuperación del paciente, el cual no sólo se fomenta exclusivamente mientras permanezca en el hospital, sino que se pretende que en el hogar se continúen estos cuidados para la adecuada reinserción en el medio, transformándose el periodo de hospitalización en una oportunidad para el aprendizaje de los familiares.

En este sentido, en nuestro país desde enero del año 2007, con el objetivo de fomentar una atención acogedora y digna a la familia y a la comunidad, se establece el compromiso de gestión referente al Programa Hospital Amigo que consiste en la apertura de los centros asistenciales hacia la comunidad, extendiendo el horario de visitas a los pacientes hospitalizados en Instituciones hospitalarias públicas a seis horas diarias. Con esto se pretende la recuperación más rápida del paciente, la disminución de las recaídas, fomentar la integración del familiar y/o red de apoyo social inmediato al cuidado del adulto hospitalizado, aumentar la satisfacción usuaria y la mayor valoración mutua entre familiares y equipo de salud al interactuar diariamente en el cuidado del paciente y la trascendencia del rol del familiar en el proceso de recuperación (15).

El contar con visitas diarias fomenta la recuperación del paciente. Antes, la medicina no consideraba que fuera necesario que el paciente tuviera visitas y que éstas pudieran contribuir a la recuperación. Por este motivo, los hospitales fueron construidos con esa mentalidad. La arquitectura de gran parte de éstos dificulta la inclusión de la familia al

cuidado del paciente debido a que las salas son de tamaño reducido, asumiendo el familiar un rol pasivo en la atención (19). Dadas estas características, para la eficacia de este programa se requiere que los funcionarios manifiesten compromiso, disposición y adecuación al cambio, lo que permitirá adoptar estrategias de enseñanza hacia la comunidad sobre las medidas de cuidado que deben adoptar durante la hospitalización del paciente y así promover su continuidad en el hogar. El Hospital Amigo anhela ser un centro de convivencia, compañía, tolerancia, respeto y una adecuada medida para los pacientes hospitalizados y sus familiares, pretendiendo ser la visita un evento agradable y beneficioso para el enfermo.

Para llevar a cabo la implementación de este programa se requiere de recursos, los cuales están incluidos dentro del presupuesto anual del Ministerio de Salud. Para el año 2007 se cuenta con mil quinientos treinta millones de pesos adicionales (USD 2.923.418), los cuales están destinados al mejoramiento de la infraestructura para ofrecer óptimas condiciones a los visitantes (baños, salas de espera, sillas para acompañantes) y proyectos para mejorar la satisfacción usuaria en los hospitales del país (23).

Las deficiencias en infraestructura e implementación de espacios adecuados para los visitantes en el Hospital Clínico Regional de Valdivia (HCRV) han sido identificadas desde hace varios años por los familiares de pacientes pediátricos que cuentan con un horario de visitas extendido desde varios años atrás. Así lo refleja una investigación realizada en Chile por la Enfermera Gema Santander en el año 1998 sobre el Programa de participación materna en el cuidado del lactante hospitalizado en el HCRV. Entre los principales problemas identificados por las madres y los funcionarios destacaron la ausencia de baño cercano a la unidad, incomodidad de los asientos e incumplimiento de las normas del servicio por parte de algunas madres. Las sugerencias para mejorarlos incluían la solicitud de un baño especial para las madres del programa, aumento de la cobertura y actividades de educación a las madres.

En el Hospital Clínico Regional de Valdivia, compuesto por diversos servicios clínicos distribuidos en dos edificios denominados H (edificio nuevo) y HE (edificio antiguo), se ha implementado el Programa Hospital Amigo atendiendo a la Normativa de funcionamiento del acompañamiento al paciente hospitalizado, la cual establece que:

- Existirá un vigilante por cada edificio, uno para el edificio H y otro en el edificio HE en horario de 8:00 a 20:00 horas.
- Existirá una Caseta de Control de visitas en el primer piso de los edificios de hospitalización H y HE, y estarán a cargo de un funcionario del hospital en horario de 11:00 a 19:30 horas.
- Los vigilantes trabajarán en coordinación con los funcionarios encargados de las casetas de control de ingreso de Hospital Amigo.

- Cada caseta de control de ingreso de familiares del edificio correspondiente entregará una credencial o tarjeta de visitas a quienes ingresen a acompañar a sus enfermos hospitalizados, a cambio del carnet de identidad.
- Se entregarán sólo dos tarjetas por paciente.
- El encargado de cada caseta debe registrar en un libro a las personas que ingresan a visitar o acompañar a pacientes hospitalizados, además deberán registrar en otro libro los eventos especiales que ocurran durante su turno.
- El vigilante debe realizar rondas al interior del edificio bajo su responsabilidad, verificando que las personas ajenas a la institución que se encuentren en servicios de hospitalización tengan su credencial y que no hayan más de dos visitantes por paciente.
- El encargado de la caseta debe verificar que el paciente que será visitado se encuentre hospitalizado y en condiciones de recibir visitas, para lo cual contará con un listado actualizado de los pacientes por servicio, un citófono para comunicarse con la enfermera y un computador para verificar dicha información.
- Para este efecto, la Enfermera Jefe o Supervisora de cada servicio clínico entregará el listado de pacientes y las respectivas observaciones a las 9:00 horas de cada día a Informaciones y Casetas de control de visitas, además de actualizar los datos en el sistema computacional.
- Los pacientes que por razones médicas tengan restricción de visitas deben ser comunicados por la enfermera responsable del servicio clínico.
- Los baños de acompañantes estarán ubicados en el primer piso, aledaños a la Unidad de Dental en el Consultorio Adosado de Especialidades (CAE), Imagenología o Rayos X, estacionamiento de ambulancias y a Kinesiterapia.

Además, se hace referencia a la información que debe ser entregada a los visitantes en cuanto a que el acompañamiento sea efectuado por personas sanas y con disposición para aprender y participar en la atención del paciente, cumplir con la norma de lavado de manos antes y después de atender al paciente, respetar los horarios dispuestos en cada subdepartamento, no ingresar con bultos, mascotas o flores, respetar indicaciones médicas en cuanto a la alimentación y reposo de los pacientes, obedecer las indicaciones de los funcionarios en el momento de la ejecución de procedimientos a algún paciente que requiera privacidad y mantener un ambiente limpio y tranquilo (5).

Es así como los diferentes subdepartamentos del HCRV han implementado este programa, adecuándolo a las diferentes realidades y rutinas de cada uno de ellos. Así lo han realizado en el Subdepartamento de Medicina Interna, lugar donde esta medida se puso en marcha de forma intempestiva luego de ser dada a conocer por el Gobierno de Chile, razón por la cual no existió una preparación previa del personal ni la difusión de información necesaria a los involucrados.

El subdepartamento de Medicina está ubicado en el segundo y tercer piso del edificio antiguo del Hospital (HE), el cual tiene una capacidad para 71 pacientes hospitalizados. Éstos se distribuyen en ambos niveles de acuerdo a su complejidad. El segundo piso cuenta con dos aislamientos y 27 camas distribuidas en seis salas destinadas a la hospitalización de pacientes de menor complejidad tanto hombres como mujeres. Además, cuenta con un sector destinado a la realización de quimioterapia ambulatoria de adultos y pacientes pediátricos. El tercer piso, destinado a los pacientes de mayor complejidad, cuenta con 38 camas distribuidas en diez salas, siendo 19 camas y cinco salas tanto para el sector de hombres como mujeres, y dos camas de aislamiento por cada sector.

En este Subdepartamento se hospitalizan pacientes de ambos sexos mayores de 15 años, de los cuales, la mayor parte corresponde al grupo etario entre los 61 a 75 años de edad. Durante el último trimestre del año 2006 ingresaron 213 pacientes en promedio, perteneciendo la mayoría a FONASA A y B (personas que por su condición socioeconómica, se encuentran en los tramos del Fondo Nacional de Salud chileno que los libera de pago por las prestaciones de salud), quienes provienen en su mayoría de zonas urbanas de la provincia de Valdivia, tales como Valdivia, La Unión, Paillaco, Los Lagos, Panguipulli, entre otros. Cabe mencionar que del mismo modo acuden pacientes de otras provincias del sur de Chile, especialmente a Quimioterapia Ambulatoria. Así mismo, este subdepartamento recibe, en menor número, a pacientes provenientes de zonas rurales aledañas.

En Medicina Interna se entrega atención a pacientes con diversas patologías de tipo cardiovascular, respiratoria, digestiva, hematológica, metabólica, infecciosa, renal, entre otras, predominando los dos primeros grupos de patologías entre los usuarios. De acuerdo a la actual categorización de pacientes en relación al riesgo y dependencia de cuidados con motivo de la modernización de la gestión hospitalaria, este subdepartamento se caracteriza por atender a gran cantidad de pacientes clasificados como alto riesgo con dependencia total y alto riesgo con dependencia parcial (6).

Al enlazar la normativa del Programa Hospital Amigo con el perfil de usuario de este subdepartamento, se percibe la importancia del impacto que causaría la participación de la familia en los cuidados de estos pacientes que, como se señaló anteriormente, en su mayoría corresponden a pacientes adultos mayores y dependientes de cuidados universales, por lo que

demandan mayor atención por parte del equipo de salud, gatillando la sobrecarga laboral de éstos. Por lo tanto, la inclusión de la familia en la hospitalización de los pacientes mediante un proceso de enseñanza-aprendizaje permitiría que el personal concentre sus esfuerzos en la atención de los pacientes de mayor complejidad y a la vez, se aprovecharían los beneficios que tiene para la recuperación del paciente el acompañamiento por algún integrante de su red social inmediata, contribuyendo así a mejorar la satisfacción usuaria.

Así lo experimentaron en nuestro país en el año 1998 los usuarios del Instituto Nacional de Geriátrica de Chile, lugar donde se instauró un nuevo horario de visitas diurno de 12 horas diarias con el objetivo de integrar y educar al familiar de los pacientes adultos mayores respecto a temas propios de la vejez como cambios, cuidados, enfermedades, y sobre las actividades que pueden desarrollar en la hospitalización (cambios de posición, aseo y confort, asistir deambulación, alimentación, entre otras) y que deberán continuar desarrollando en el hogar para mejorar la atención integral del adulto mayor hospitalizado. En primera instancia surgieron problemas relacionados con la infraestructura inadecuada para recibir a las visitas durante este periodo de tiempo, lo cual alteraba la tranquilidad de los pacientes. Esto se reguló mediante el ingreso de dos visitas por paciente y el adecuado uso de los recursos disponibles, entre ellos, la implementación de una sala multiuso en el comedor de los pacientes, incremento de la capacitación al personal en temas relacionados con la comunicación y fortalecimiento de la vigilancia. De esta forma se logró integrar a la familia al equipo de salud, aumentando la satisfacción usuaria y la valoración por parte de los familiares sobre el trabajo del equipo, mejorando las destrezas de comunicación del personal y favoreciendo la recuperación más rápida del paciente, y por ende un menor tiempo de hospitalización (26).

Para Enfermería, la extensión del horario de visitas significa un desafío que implica la intervención en sus cuatro áreas del rol. El profesional de Enfermería debe ser capaz de gestionar adecuadamente los recursos existentes para favorecer un ambiente óptimo para la recuperación del paciente y la satisfacción de sus necesidades biológicas, psicológicas y sociales. Así mismo, debe mantener al personal capacitado para integrar a los familiares en los cuidados del paciente, siendo necesario buscar nuevas formas y oportunidades para mejorar la calidad de la atención, fundamentando su actuar en bases sólidas entregadas por la disciplina de Enfermería.

En este sentido, Inés Astorquiza en su Modelo de Necesidades Humanas considera la Enfermería como “una disciplina social que, a través del proceso de interacción (relación de ayuda) da satisfacción a los estados de necesidad básicos de la persona, cuando ésta se encuentra limitada o incapacitada para darle satisfacción por sí mismo”. Considera a la familia como el núcleo básico de la sociedad, cuyo comportamiento establece un alto nivel de apoyo, comunicación y objetivos comunes a los integrantes que le permitirán su crecimiento y desarrollo normal, ya que se espera que sean éstos los participantes activos en la identificación

y satisfacción de las necesidades del familiar enfermo. Enfermería dirigirá su actuar a los Estados de Necesidad biológicos (termorregulación, respiración, circulación, actividad y reposo, alimentación y digestión, producción de anticuerpos, regulación hidroelectrolítica e integridad de piel, mucosas y anexos), psicológicos (afecto, autoestimación, conocimiento y egoísmo sano) y sociales (comunicación; afiliación; status, poder, prestigio y recreación), incluyéndose en las tres categorías el estado de necesidad de reproducción (13).

Durante la hospitalización, algunos de los estados de necesidad pueden encontrarse insatisfechos debido a las condiciones propias del paciente (patología de base, dependencia de cuidados, entre otros), las cuales pueden afectar la independencia y la forma de satisfacción de los estados de necesidad, requiriendo la intervención de terceros para dar satisfacción a estos requerimientos y lograr un estado de salud óptimo. En esta situación juega un papel fundamental el apoyo y participación de la familia para contribuir al bienestar del paciente y en la satisfacción de las necesidades, ya que en la mayoría de los casos representa la red de apoyo primaria del individuo.

Si consideramos la postura de Dorothea Orem en su Teoría del déficit de autocuidado, el familiar y/o cuidador responsable que satisface los requisitos universales del autocuidado (conservación del aire, agua, alimentos, eliminación, actividad y descanso, soledad e interacción social, prevención de riesgos y promoción de la actividad humana) o los requisitos del autocuidado derivados de las alteraciones de la salud del paciente constituiría un agente de autocuidado dependiente, ya que es quien proporciona el cuidado al adulto dependiente brindándole bienestar. En este caso, la acción de la enfermera debe estar orientada a identificar la demanda de autocuidado de los pacientes y guiar, enseñar y apoyar al agente de autocuidado dependiente a desarrollar su labor, lo cual puede ser a través de programas educativos dirigidos hacia los familiares que acuden a visitar a los pacientes hospitalizados (16).

El enfoque de integración de la familia al cuidado del paciente hospitalizado ha sido utilizado desde el año 1979 en el Centro Médico de la Universidad de Nueva York, en el cual se creó la Unidad de Cuidado Cooperativo con el fin de disminuir el impacto negativo de la hospitalización, promoviendo la participación activa del familiar y el paciente en sus cuidados, mediante la aplicación de un programa educativo que los prepara para la atención durante la estadía en el hospital y la continuidad de los cuidados en el hogar. Esta Unidad está compuesta por un Centro de Educación en donde aprenden las responsabilidades que les compete como familiar a cargo del cuidado, y un Centro Terapéutico en el que son preparados para la participación en el cuidado, por ejemplo en la administración de medicamentos, valoración de signos de alerta y complicaciones. En ambos centros participa un equipo multidisciplinario de salud, destacando el aporte esencial de Enfermería para cumplir los objetivos de la Unidad.

Los objetivos que persigue esta Unidad son “reducir el costo de hospitalizaciones en las unidades de cuidado agudo, disminuir la probabilidad de rehospitalizaciones e incrementar la disponibilidad de recursos para necesidades de cuidado más intensivas”. El Cuidado Cooperativo, al integrar al familiar en el cuidado del paciente hospitalizado, promueve que éste se desligue de su papel pasivo y asuma un rol activo en actividades y funciones como deambulaci3n, higiene personal, actividades de la vida diaria, soporte emocional, pesquisar signos de complicaci3n del estado general y participar en la administraci3n de tratamiento, entre otras. Al evaluar esta estrategia se ha comprobado la disminuci3n en los costos y d3as de hospitalizaci3n y rehospitalizaci3n, disminuci3n en los indicadores de calidad de ca3das de pacientes, menos errores en la administraci3n de medicamentos y aumento de la satisfacci3n tanto del usuario interno como externo (19).

A partir de esta experiencia se refleja la efectividad de una adecuada planificaci3n de la integraci3n del familiar dentro de la rutina diaria de trabajo, el cual es considerado como un actor principal en la mantenci3n del bienestar del paciente hospitalizado al obtener por parte del equipo de salud la informaci3n y apoyo suficiente para que éste conozca los objetivos de su participaci3n durante el horario de visitas y la trascendencia de las actividades que puede desarrollar, tal como se pretende actualmente con la implementaci3n del Programa Hospital Amigo.

Mc Closkey & Bulechek (2005), en su obra *Clasificaci3n de intervenciones de Enfermer3a* establece las 3reas en las que se debe intervenir y actividades destinadas para tal fin que pueden utilizarse en la crisis que vivencia la familia frente a la hospitalizaci3n de uno de sus integrantes.

En el 3rea de apoyo a la familia, las actividades de enfermer3a est3n orientadas a estimular los valores, intereses y metas familiares principalmente mediante la escucha activa, relaci3n de confianza, comunicaci3n eficaz, reforzamiento de mecanismos de afrontamiento, empat3a y la ense3anza sobre los planes del equipo de salud e inclusi3n en la toma de decisiones.

Otra de las 3reas es la del apoyo al cuidador principal, cuyas actividades est3n dirigidas a aportar la informaci3n, consejo y apoyo necesarios a fin de facilitar la satisfacci3n de las necesidades b3sicas por parte del miembro de la familia responsable del cuidado del paciente. Para cumplir estos objetivos es necesario identificar la aceptaci3n del papel de cuidador por parte de la persona responsable del enfermo, determinar el grado de dependencia que el paciente tiene del familiar y que éste se responsabilice del cuidado, educar al cuidador en cuanto a la atenci3n que debe brindar, la forma de hacerlo y proporcionar el apoyo para cuidar al cuidador.

En relación al área de estimulación de la integridad familiar, las actividades se orientan a fortalecer la unión y el vínculo familiar, mediante la relación de confianza con los familiares, identificación de los mecanismos que utiliza la familia frente a situaciones problemáticas, proporcionar regularmente información sobre el estado de salud del paciente y coordinar la realización de cuidados por parte de los familiares hacia el enfermo.

Con respecto al área de facilitación de las visitas al paciente hospitalizado por parte de los familiares y amigos, las actividades de enfermería apuntan a determinar las preferencias del paciente en cuanto a las visitas que desea recibir, identificar la necesidad de limitación de las visitas cuando las condiciones del paciente lo ameriten, identificar posibles problemas durante el horario de visitas, establecer una metódica de visitas en el servicio centrada en el paciente, dar a conocer de forma clara las normas del horario de visitas establecido a los familiares, establecer las actividades en que el visitante puede colaborar con el equipo de salud para la atención del paciente, planificar y evaluar las actividades a realizar durante el horario de visita con la familia y el paciente, observar frecuentemente las respuestas del paciente a las visitas de los familiares, informar las distintas alternativas de obtención de información del estado del paciente, programar visitas familiares y aclarar las dudas de los familiares.

Finalmente, cabe señalar que al abrirse el ámbito hospitalario hacia la comunidad se transforma en una oportunidad para que la familia cumpla funciones que le permitirán adquirir un mayor crecimiento, cuyas acciones estarán dirigidas a contribuir positivamente al estado de salud de sus integrantes. Así mismo, significa una oportunidad para que el equipo de salud considere al hombre y su entorno como una sola unidad, que al ser intervenida en conjunto permitirá obtener mejores resultados, asegurando la mantención de los cuidados en el futuro de cada uno de sus miembros.

7. OBJETIVOS

7.1. OBJETIVO GENERAL I:

Determinar el perfil sociodemográfico de los familiares y/o cuidadores responsables del adulto hospitalizado en el subdepartamento de Medicina Interna del Hospital Clínico Regional Valdivia (HCRV).

Objetivo específico:

1. Determinar las características sociodemográficas del familiar y/o cuidador responsable del paciente adulto hospitalizado en el subdepartamento de Medicina Interna, HCRV: sexo, edad, escolaridad, ocupación, procedencia, tipo de relación con el paciente, cohabitabilidad.

7.2. OBJETIVO GENERAL II:

Determinar el conocimiento que posee el familiar y/o cuidador responsable sobre el paciente adulto hospitalizado y la extensión del horario de visitas en el subdepartamento de Medicina Interna, HCRV.

Objetivos específicos:

1. Determinar el conocimiento del familiar y/o cuidador responsable sobre el motivo de hospitalización del paciente.
2. Determinar la correspondencia entre la percepción del familiar y/o cuidador responsable sobre dependencia en aseo y confort, alimentación y eliminación del paciente hospitalizado con el registro de categorización de dependencia de cuidados.
3. Determinar la fuente, forma y cantidad de información que ha recibido el familiar y/o cuidador responsable sobre la extensión del horario de visitas en el subdepartamento de Medicina Interna, HCRV.

4. Determinar el nivel de conocimientos del familiar y/o cuidador responsable sobre los objetivos de la extensión del horario de visitas por programa Hospital Amigo en el subdepartamento de Medicina Interna, HCRV.

7.3. OBJETIVO GENERAL III:

Describir la integración del familiar y/o cuidador responsable en el cuidado del adulto hospitalizado durante el horario de visita en el subdepartamento de Medicina Interna del Hospital Clínico Regional Valdivia (HCRV).

Objetivos específicos:

1. Identificar el motivo de la visita del familiar y/o cuidador responsable y su permanencia durante el horario de visitas.
2. Comparar la duración real de la visita con la disponibilidad de tiempo del familiar y/o cuidador responsable para visitar al paciente hospitalizado.
3. Señalar la percepción del familiar y/o cuidador responsable sobre la cantidad de horas del horario de visitas actual en el subdepartamento de Medicina Interna, HCRV.
4. Identificar el nivel de cumplimiento de indicaciones del familiar y/o cuidador responsable durante el horario de visitas.
5. Identificar las actividades de cuidado que realiza el familiar y/o cuidador responsable con el paciente durante el horario de visitas en el subdepartamento de Medicina Interna, HCRV.
6. Determinar la proporción de familiares y/o cuidadores responsables que participan en el cuidado del paciente hospitalizado durante el horario de visitas, de acuerdo al grado de dependencia.
7. Determinar la relación entre la cantidad de información que posee el familiar y/o cuidador responsable sobre la extensión del horario de visitas con el nivel de cumplimiento de indicaciones.

8. MATERIAL Y MÉTODO

8.1. TIPO DE ESTUDIO:

El estudio tiene un enfoque cuantitativo debido a que se obtuvo diversos datos los que una vez analizados, se utilizaron para responder a las preguntas de investigación planteadas anteriormente y medir el cumplimiento de los objetivos del estudio, a través de una medición numérica y un análisis estadístico de los datos, estableciendo así las conclusiones correspondientes. Este estudio es descriptivo, ya que se especificaron y detallaron las características de un fenómeno, es decir, de la extensión del horario de visitas por programa Hospital Amigo en el subdepartamento de Medicina Interna del HCRV, permitiendo conocer los problemas y necesidades que existen; y también transversal debido a que se analizó este fenómeno en un tiempo determinado.

8.2. POBLACION EN ESTUDIO:

La unidad de análisis sometida a este estudio correspondió a los familiares y/o cuidadores responsables de los pacientes hospitalizados en el subdepartamento de Medicina Interna del HCRV. Para tal efecto, se realizó un censo de todos los familiares y/o cuidadores responsables en el periodo establecido según cronograma. Una vez identificados los familiares y/o cuidadores responsables, se procedió a aplicar los siguientes criterios de inclusión y exclusión.

8.2.1. Criterios de inclusión.

Se incluyeron en este estudio aquellos familiares y/o cuidadores responsables que:

- Tenían un paciente con más de un día de hospitalización en el Subdepartamento de Medicina Interna del HCRV en el periodo establecido según cronograma de la investigación para la obtención de datos.

8.2.2. Criterios de exclusión.

Se excluyeron de este estudio aquellos familiares y/o cuidadores responsables cuyos pacientes se encontraban:

- En trámites de alta en el día de aplicación del instrumento de recolección de datos.
- Graves y/o agonizando el día de la aplicación del instrumento en la sala.
- Traslados de sector durante el horario de visitas del día de la aplicación del instrumento.

Además se excluyeron de este estudio aquellos familiares y/o cuidadores responsables que:

- No acudieron a la visita el día destinado para la aplicación del instrumento en la sala donde se encontraba hospitalizado el paciente.
- No dieron su consentimiento para participar en el estudio.

8.3. DEFINICIÓN NOMINAL Y OPERACIONAL DE VARIABLES

Variable	Definición nominal	Definición operacional
a) Edad	Tiempo expresado en años de vida, a partir del nacimiento hasta la actualidad.	1) 15-24 años 2) 25-34 años 3) 35-44 años 4) 45-54 años 5) 55-64 años 6) 65 y más años
b) Sexo	Condición biológica que distingue al género masculino del femenino.	1) Masculino 2) Femenino
c) Escolaridad	Nivel de estudios realizados por la persona entrevistada de acuerdo a la clasificación en el sistema de educación chileno actual.	1) Sin escolaridad 2) Básica incompleta 3) Básica completa 4) Media incompleta 5) Media completa 6) Educación Técnica 7) Educación Superior
d) Ocupación	Labor que desempeña diariamente durante la mayor parte del tiempo.	1) Estudiante 2) Dueña de casa 3) Trabajo de jornada completa 4) Trabajo de media jornada 5) Trabajo esporádico 6) No trabaja
e) Procedencia	Ciudad o localidad donde habita el familiar y/o cuidador responsable.	1) Sector urbano Valdivia 2) Sector urbano otra localidad 3) Sector rural

f) Cohabitabilidad	Situación en que habitan el familiar y/o cuidador responsable con el paciente en un mismo espacio físico.	1) Si 2) No
g) Relación del familiar y/o cuidador responsable con el paciente.	Tipo de relación existente entre la persona responsable del paciente y éste, la cual puede ser de origen familiar o de otra red de apoyo.	1) Madre 2) Padre 3) Hijo/a 4) Hermano/a 5) Cónyuge 6) Familiar indirecto 8) Otro
h) Conocimiento del motivo de hospitalización.	Concordancia entre el motivo de hospitalización del paciente según familiar y/o cuidador responsable y el diagnóstico médico registrado en la hoja de Enfermería.	1) Si 2) No
i) Dependencia de cuidados universales del paciente.	Grado de dependencia en cuidados universales de acuerdo a instrumento de categorización de usuarios aplicado en el Subdepartamento, que incluye: 1. Prácticas de confort: baño en ducha o en cama, aseo genital, aseo bucal, cambio de ropa personal, y/o pañales, cambios de posición, levantada, deambulación. 2. Alimentación: proporcionada por vía oral, enteral o parenteral. 3. Eliminación: Eliminación de orina y deposiciones.	1) Autosuficiencia parcial 2) Dependencia parcial 3) Dependencia total.

<p>j) Percepción de dependencia en aseo y confort, alimentación y eliminación.</p>	<p>Percepción del familiar y/o cuidador responsable respecto al nivel de autonomía del paciente para realizar actividades de: Aseo y confort (baño en ducha o en cama, aseo genital, aseo bucal, cambio de ropa personal, y/o pañales, cambios de posición, lubricación de piel, levantada, deambulaci3n, arreglo personal como peinado, afeitado y corte de uñas); Alimentaci3n y Eliminaci3n.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1) Por s3 solo 2) Requiere de ayuda 3) Depende totalmente de otros para la realizaci3n de la actividad.
---	---	---

<p>k) Información sobre la extensión del horario de visitas por Programa Hospital Amigo.</p>	<p>Cantidad de aspectos involucrados en la visita de los cuales recibieron información los familiares por parte del equipo de salud:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1)Horario de 12:30 a 18:30 hrs. 2)Ingreso de una a dos visitas por paciente. 3)Actividades en las que puede colaborar (alimentación, aseo y confort, eliminación, recreación, prevención de úlceras por presión) 4)Respeto de la privacidad de los pacientes, retirándose de la sala al efectuarse procedimientos (aseo, asistencia al baño o uso de colectores, procedimientos médicos o de enfermería que requieran privacidad, entrega de turno, ingresos.) 5)Evitar concurrir con niños. 6)Respeto de las indicaciones médicas sobre alimentación, reposo y aislamientos. 	<ol style="list-style-type: none"> 1) < ó= a 2: Insuficiente cantidad de información. 2) 3 a 4: Mínima cantidad de información necesaria. 3) 5 a 6: Suficiente cantidad de información.
<p>l) Funcionario del subdepartamento de Medicina Interna que entrega la información.</p>	<p>Persona considerada como significativa en la entrega de información sobre el horario de visitas.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1) Enfermera/o 2) Técnico paramédico 3) Médico 4) Damas de blanco 5) Auxiliares 6) Estudiantes en práctica. 7) Guardia 8) Funcionario de la Caseta de Hospital Amigo 9) Nadie

<p>m) Medio de entrega de información.</p>	<p>Forma en que los familiares y/o cuidadores han recibido la información por parte del equipo de salud.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1) Verbal 2) Escrita (hojas con información, folletos, trípticos). 3) Escrita y verbal. 4) No ha recibido información.
<p>n) Motivo de visita.</p>	<p>Objetivo(s) del familiar responsable y/o cuidador que reconoce como relevante(s) de cumplir al momento de la visita al paciente hospitalizado.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1) Acompañar 2) Dar apoyo emocional. 3) Colaborar en su atención 4) Aprender a satisfacer sus necesidades. 5) Vigilar al personal para asegurar atención de calidad. 6) Conversar con el médico tratante. 7) Para distracción propia. 8) Otro objetivo.
<p>ñ) Disponibilidad de tiempo para la visita.</p>	<p>Cantidad de horas dispuestas por el familiar responsable y /o cuidador para visitar al paciente diariamente durante el horario de visitas, según su percepción.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1) < a 1 hora. 2) de 1 a < 2 horas. 3) de 2 a < 3 horas. 4) de 3 a < 4 horas. 5) de 4 a < 5 horas. 6) de 5 a 6 horas.
<p>o) Percepción de la cantidad de horas del nuevo horario de visitas.</p>	<p>Apreciación del familiar responsable y/o cuidador sobre la cantidad de horas que abarca el nuevo horario de visitas.</p>	<ol style="list-style-type: none"> 1) Excesivo 2) Suficiente 3) Escaso
<p>p) Conocimiento de los objetivos del Programa Hospital Amigo.</p>	<p>Nivel de conocimientos de objetivos de la extensión del horario de visitas por programa Hospital Amigo que presenta el familiar y/o cuidador responsable:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1) Recuperación más rápida del paciente. 	<ol style="list-style-type: none"> 1) Ningún objetivo: Bajo. 2) 1 a 2 objetivos: Medio. 3) 3 a 4 objetivos: Alto.

	<p>2) Disminución de recaídas.</p> <p>3) Fomentar la integración del familiar y/o red de apoyo social inmediato al cuidado del adulto hospitalizado.</p> <p>4) Aumentar la satisfacción usuaria y la mayor valoración mutua de parte de los familiares al trabajo que realiza el equipo de salud, y de parte de éste al rol del familiar en el proceso de recuperación.</p>	
<p>q) Cumplimiento de indicaciones del subdepartamento sobre el horario de visitas.</p>	<p>Nivel de cumplimiento de indicaciones del Subdepartamento por parte del familiar y/o cuidador responsable sobre el horario de visitas:</p> <p>1) Lavado de manos antes y después de la atención al paciente.</p> <p>2) Se retira de la sala cuando se realizan procedimientos, respetando la privacidad tanto de su paciente como la de los otros pacientes.</p> <p>3) Ingresan sólo 2 personas por paciente.</p> <p>4) Mantiene un trato respetuoso con el personal (sin agresiones de tipo verbal y/o físicas.)</p> <p>5) Respeta indicaciones dadas por los funcionarios del equipo de salud (aislamientos, reposo, alimentación) de</p>	<p>1) 1 a 3: Bajo 2) 4 a 6: Medio 3) 7 a 8: Alto</p>

	<p>su paciente y los otros.</p> <p>6) Cumple con el horario de entrada y salida.</p> <p>7) Mantiene orden de la unidad del paciente.</p> <p>8) Avisa oportunamente situaciones que requieren manejo del personal.</p>	
r) Participación en el cuidado.	<p>Cantidad y tipo de actividades en las que participan los familiares durante el horario de visitas para colaborar en el cuidado del paciente cuando corresponde:</p> <p>1) Alimentación</p> <p>2) Lubricación de piel</p> <p>3) Cambios de posición</p> <p>4) Aseo y confort</p> <p>5) Eliminación.</p> <p>6) Administración de medicamentos bajo supervisión.</p> <p>7) Ejercicios pasivos y activos.</p> <p>8) Deambulación</p> <p>9) Pregunta constantemente al personal sobre actividades de colaboración en la atención.</p>	<p>1) 0: Ninguna.</p> <p>2) 1-3: Insuficiente.</p> <p>3) 4-5: Mínima.</p> <p>4) 6-9: Suficiente.</p>
s) Duración de la visita.	<p>Cantidad de tiempo que el familiar responsable y /o cuidador permaneció junto al paciente durante el horario de visitas, según la percepción del investigador.</p>	<p>1) < a 1 hora.</p> <p>2) de 1 a < 2 horas.</p> <p>3) de 2 a < 3 horas.</p> <p>4) de 3 a < 4 horas.</p> <p>5) de 4 a < 5 horas.</p> <p>6) de 5 a 6 horas.</p>
t) Permanencia en la visita.	<p>Forma en que el familiar y/o cuidador responsable permaneció durante la cantidad de tiempo que duró su visita.</p>	<p>1) Continua.</p> <p>2) Discontinua.</p>

8.4. MÉTODO E INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS

8.4.1. Técnica de recolección:

En primera instancia, se efectuó una reunión con la Enfermera y el Médico Jefe con el propósito de informar los principales aspectos de la investigación y solicitar la autorización para la recolección de datos en el subdepartamento de Medicina Interna del HCRV.

Para recolectar la información se utilizó un instrumento que correspondió a un cuestionario creado por las investigadoras para tal fin (anexo 13.2.), y con el objetivo de probarlo se efectuó una prueba piloto en una de las salas del subdepartamento de Medicina Interna a los familiares y/o cuidadores responsables presentes el día correspondiente de acuerdo al cronograma y que cumplieran con los criterios de inclusión y exclusión, lo que permitió modificar aspectos que mejoraron la calidad del cuestionario. La técnica de medición fue de tipo indirecta y personal, ya que su aplicación la realizó un encuestador, siendo éste el mismo investigador, lo que se complementó con la observación directa de los familiares y/o cuidadores responsables participantes en el estudio.

El instrumento se aplicó en un periodo de 10 días durante el horario de visitas de 12:30 a 18:30 hrs. en la fecha estipulada en el cronograma de actividades. El instrumento fue aplicado por 2 encuestadores en una sala cada uno por día.

Las investigadoras, a medida que llegaban las visitas, les consultaban sobre quién era el familiar y/o cuidador responsable del paciente. Luego, se les informaba acerca del estudio y se les solicitaba su participación al responder el cuestionario minutos previos al finalizar la visita, por lo que se les pedía avisar minutos antes de su retiro del subdepartamento para la aplicación del instrumento. En ese momento debían explicitar su consentimiento a través de la firma en el documento del consentimiento informado (anexo 13.1.), previa entrega de la información acerca de la investigación. Además, durante el horario de visitas, las investigadoras completaban el ítem de observación directa en la sala correspondiente, ítem que es detallado en el siguiente punto.

8.4.2. Descripción del instrumento:

El instrumento de recolección correspondió a un cuestionario estructurado para recoger los datos que permitieron medir las variables involucradas en la investigación, el cual fue anónimo ya que no consideró la identidad del familiar ni del paciente.

El cuestionario tuvo por título “Integración del familiar y/o cuidador responsable en el cuidado del paciente hospitalizado”, el cual contenía cuatro ítems. Éste incluye preguntas abiertas y cerradas, además se aplica la técnica de observación directa de conductas.

- El **primer ítem**, “Datos sociodemográficos” estuvo destinado a obtener información relacionada con algunos aspectos sociodemográficos del familiar y/o cuidador responsable. Éste contó con siete preguntas que incluyeron las variables de edad, sexo, escolaridad, ocupación, procedencia, cohabitabilidad y relación del familiar y/o cuidador responsable con el paciente.
- El **segundo ítem**, “Información del paciente” a través de dos preguntas pretendió valorar el conocimiento del familiar y/o cuidador responsable en relación a la situación del paciente respecto a las variables de motivo de hospitalización y su percepción de dependencia en aseo y confort, alimentación y eliminación de orina y deposiciones.
- El **tercer ítem**, “Extensión horario de visitas” constaba de ocho preguntas que tenían por objetivo medir las variables de información sobre la extensión del horario de visitas por programa Hospital Amigo: funcionario del subdepartamento de Medicina que entrega la información, medio de entrega de información, motivo de visita, disponibilidad de horas para la visita, percepción de la cantidad de horas de visita y conocimiento de los objetivos del programa Hospital Amigo.
- El **cuarto y último ítem**, “Integración del familiar responsable y/o cuidador en la atención del paciente durante el horario de visitas” correspondió a un ítem de observación directa que debía ser completado sólo por el investigador, el cual pretendió valorar objetivamente aspectos relacionados con el paciente y la participación de los familiares y/o cuidadores responsables en la atención de éste durante el horario de visitas. Este ítem incluyó las variables de dependencia de cuidados universales del paciente, cumplimiento de indicaciones del subdepartamento sobre el horario de visitas, participación en la atención, permanencia y duración de la visita.

8.5. PLAN DE TABULACIÓN Y ANÁLISIS.

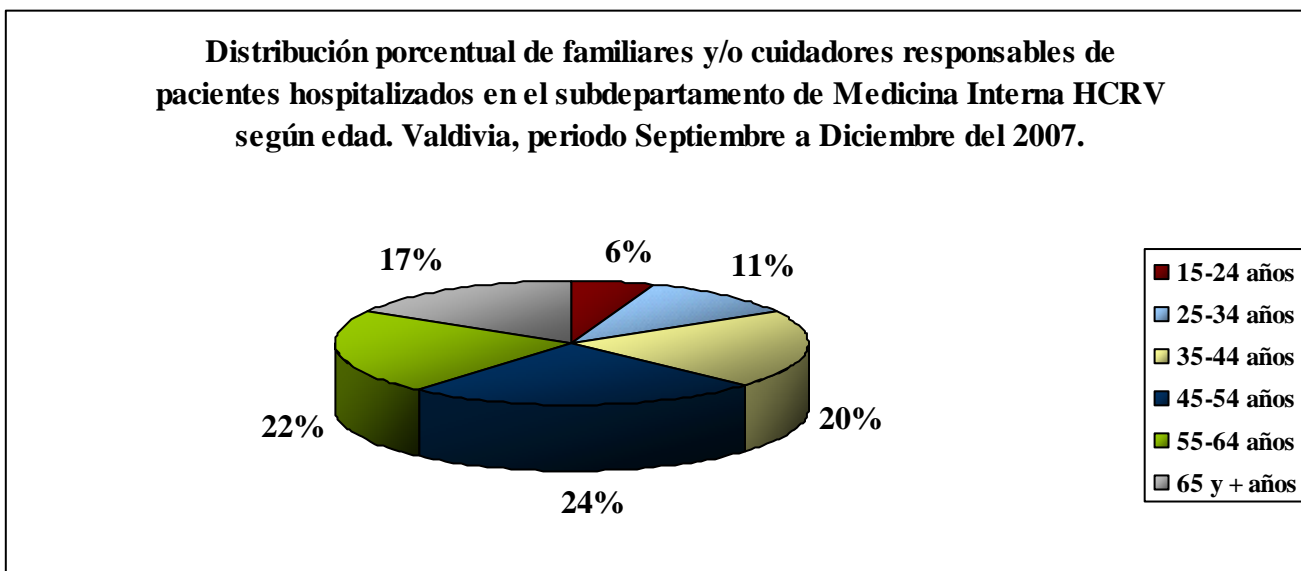
Posteriormente a la aplicación del instrumento, los datos obtenidos de este estudio fueron ingresados al programa Excel de Microsoft Office 2007, en donde se tabularon y analizaron ocupando medidas de tendencia central y de intensidad relativa, los que se presentaron a través de gráficos de distribución numérica y porcentual, y tablas de asociación.

9. RESULTADOS

A continuación se exponen los resultados del estudio obtenidos a partir de la aplicación del instrumento a los familiares y/o cuidadores responsables de adultos hospitalizados en el subdepartamento de Medicina Interna HCRV en el periodo según cronograma, los cuales serán expresados por medio de gráficos de distribución porcentual y numérica.

Características sociodemográficas de los familiares y/o cuidadores responsables de pacientes adultos hospitalizados en el Subdepartamento de Medicina Interna, HCRV.

Gráfico N° 1.

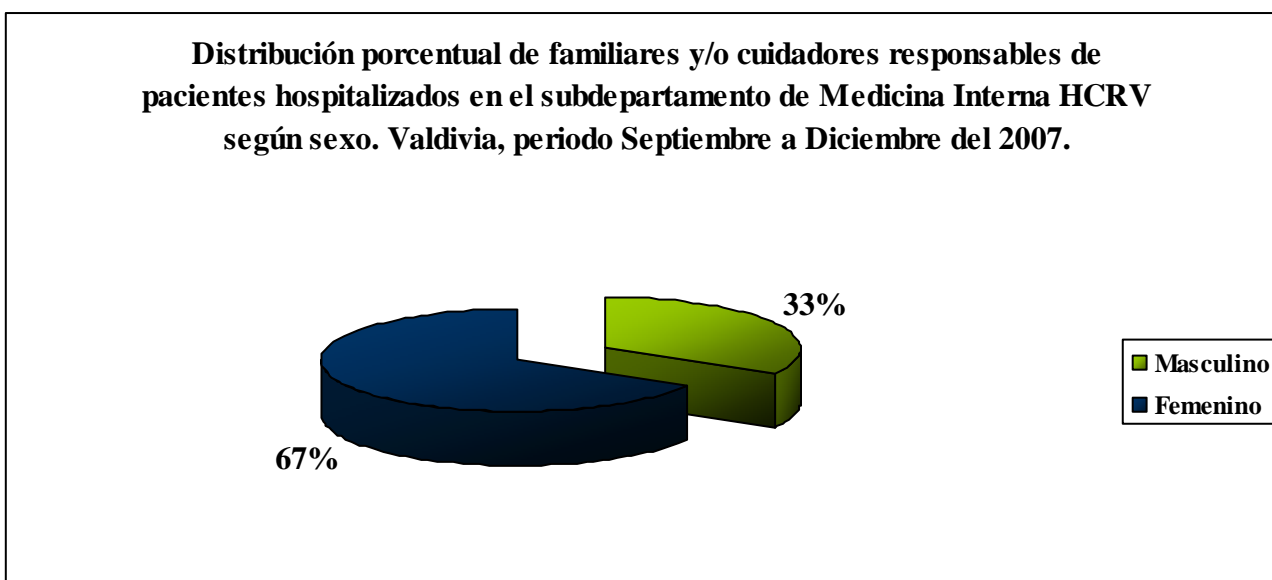


Fuente: Cuestionario elaborado para Tesis: "Hospital Amigo: Valoración del familiar y/o cuidador responsable y su integración en la atención del adulto hospitalizado durante el horario de visitas en el Subdepartamento de Medicina Interna del Hospital Clínico Regional Valdivia, en el período Septiembre a Diciembre del año 2007."

Los 54 familiares y/o cuidadores responsables de pacientes hospitalizados en el subdepartamento de Medicina Interna HCRV que participaron en el estudio se distribuyen mayoritariamente en los rangos de edad de 45-54 años (24%), 55-64 años (22%) y 35-44 años (20%), sumando entre estos un 66% de familiares y/o cuidadores responsables que se

encuentran en la etapa de adulto. Al ser adultos se esperaría que fuesen capaces de adaptarse al proceso de salud-enfermedad del paciente adoptando los roles familiares necesarios para afrontar este tipo de crisis. Sin embargo, influyen en este proceso de adaptación otros factores internos y externos que modelan la actitud del familiar y/o cuidador, haciéndolo o no un familiar participante en el cuidado del paciente. Por otro lado, el grupo minoritario lo constituyen los rangos de edad de 65 y más años (17%), 25-34 años (11%) y 15-24 años (6%), sumando entre estos un 34% de familiares y/o cuidadores responsables que corresponden a adultos mayores, adulto joven y adolescentes. La edad promedio de la población de estudio corresponde a 49 años.

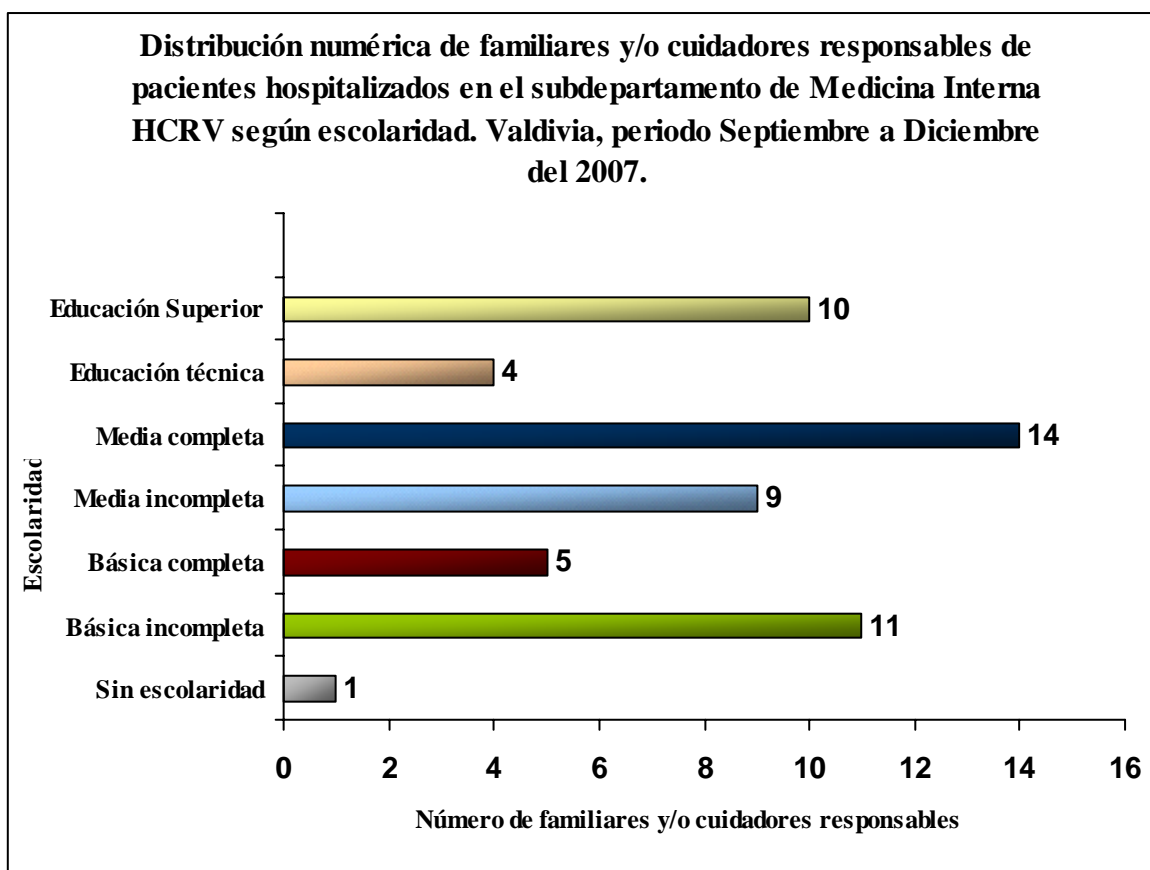
Gráfico N° 2.



Fuente: Cuestionario elaborado para Tesis: “Hospital Amigo: Valoración del familiar y/o cuidador responsable y su integración en la atención del adulto hospitalizado durante el horario de visitas en el Subdepartamento de Medicina Interna del Hospital Clínico Regional Valdivia, en el período Septiembre a Diciembre del año 2007.”

Del total de familiares y/o cuidadores responsables de pacientes hospitalizados en el subdepartamento de Medicina Interna HCRV participantes del estudio, el 67% corresponde al sexo femenino y un 33% al sexo masculino. Estos resultados reflejan la tendencia y persistencia del rol de cuidar socialmente atribuido a la mujer cuando un integrante de la familia padece alguna incapacidad o enfermedad y requiere de cuidados, incorporándolo como una más de sus funciones en la sociedad.

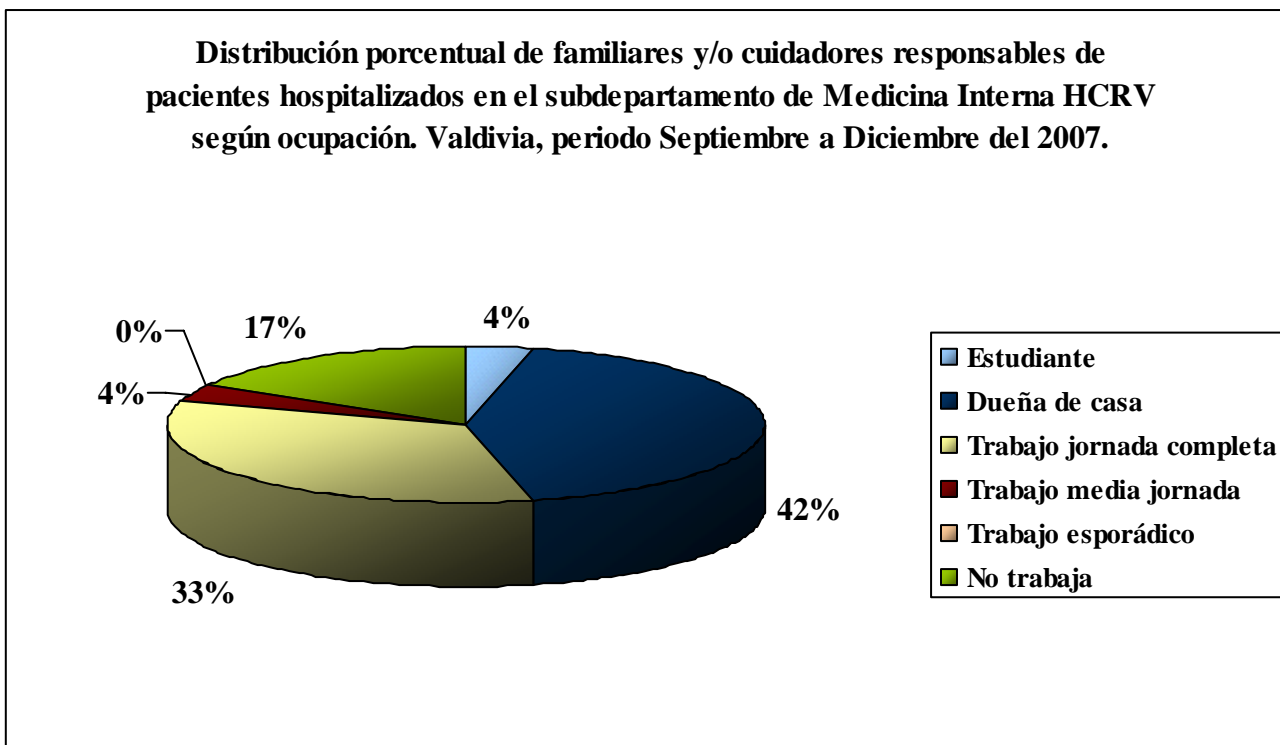
Gráfico N° 3.



Fuente: Cuestionario elaborado para Tesis: “Hospital Amigo: Valoración del familiar y/o cuidador responsable y su integración en la atención del adulto hospitalizado durante el horario de visitas en el Subdepartamento de Medicina Interna del Hospital Clínico Regional Valdivia, en el período Septiembre a Diciembre del año 2007.”

De los 54 familiares y/o cuidadores responsables que participaron en el estudio, uno de ellos no recibió educación formal, 11 cursaron enseñanza básica incompleta, 5 cursaron enseñanza básica completa, 9 familiares no completaron la enseñanza media, 14 cursaron enseñanza media completa, 4 tienen educación técnica y solo 10 de los participantes tienen educación superior. Se puede observar que el grupo mayoritario posee enseñanza media completa, seguido por quienes no finalizaron la enseñanza básica. A pesar de que 14 familiares han cursado enseñanza media completa, impresiona el total acumulado de 26 personas con estudios hasta la enseñanza media incompleta, sobretodo lo que respecta al nivel básico con 11 familiares. Con el objetivo de integrar a los familiares y/o cuidadores responsables en el cuidado del adulto hospitalizado, el equipo de salud debe considerar estos aspectos para entregar información acorde a las características de la población usuaria.

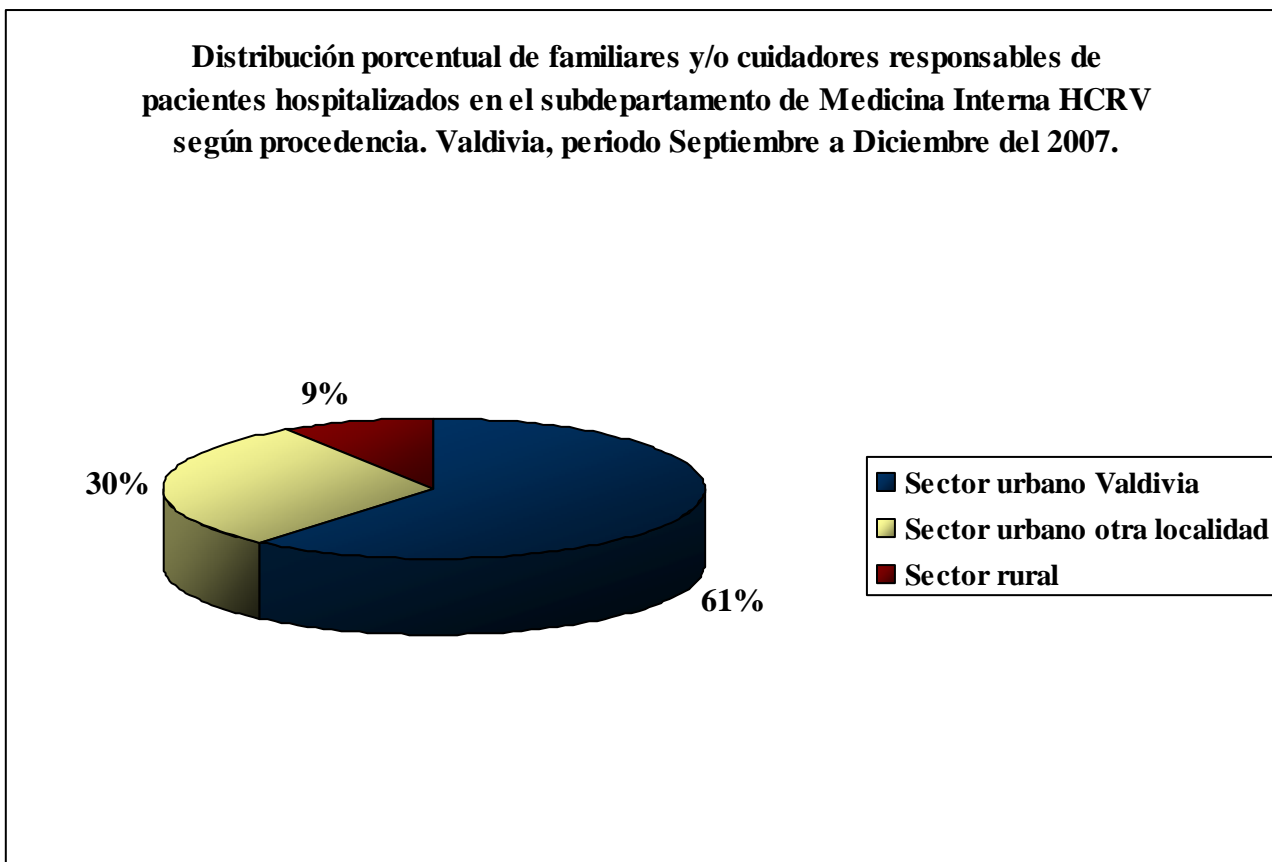
Gráfico N° 4.



Fuente: Cuestionario elaborado para Tesis: “Hospital Amigo: Valoración del familiar y/o cuidador responsable y su integración en la atención del adulto hospitalizado durante el horario de visitas en el Subdepartamento de Medicina Interna del Hospital Clínico Regional Valdivia, en el período Septiembre a Diciembre del año 2007.”

Del total de familiares y/o cuidadores responsables que participaron en el estudio, un 42% son dueñas de casa, seguido por un 33% correspondiente a trabajadores de jornada completa y un 17% de los familiares no trabaja. En el grupo minoritario se encuentran estudiantes y trabajadores de media jornada con un 4% cada uno, y no existen familiares y/o cuidadores con trabajo esporádico. El que la mayoría de los participantes sean dueñas de casa implica que puedan disponer mejor de su tiempo para visitar al paciente hospitalizado durante el horario de visitas, situación similar sucede con quienes no trabajan por motivos como cesantía y jubilación. Por otro lado, los familiares con trabajo de jornada completa se ven limitados para visitar y permanecer junto al paciente hospitalizado por la restricción de sus horarios.

Gráfico N°5.

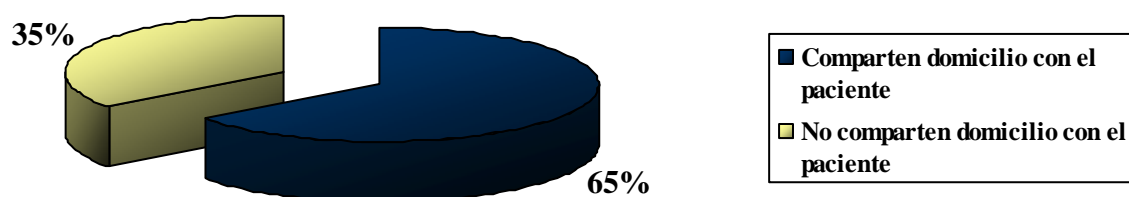


Fuente: Cuestionario elaborado para Tesis: “Hospital Amigo: Valoración del familiar y/o cuidador responsable y su integración en la atención del adulto hospitalizado durante el horario de visitas en el Subdepartamento de Medicina Interna del Hospital Clínico Regional Valdivia, en el período Septiembre a Diciembre del año 2007.”

De los 54 familiares y/o cuidadores responsables participantes de este estudio, un 61% vive en la ciudad de Valdivia, un 30% vive en otra localidad urbana y un 9% pertenece al sector rural. El vivir en Valdivia (61%) facilita la accesibilidad de los familiares y/o cuidadores responsables al hospital, pudiendo transformar esta ventaja en una oportunidad para integrarse favorablemente al cuidado del paciente hospitalizado. Además, como les es más fácil acceder al hospital diariamente puede realizarse un trabajo de integración progresivo y planificado con ellos. Por otra parte, a las personas que viven en otra localidad o en sector rural les dificulta visitar con mayor frecuencia al paciente hospitalizado, lo que no impide que participen activamente en el cuidado de éste mientras permanecen a su lado.

Gráfico N° 6.

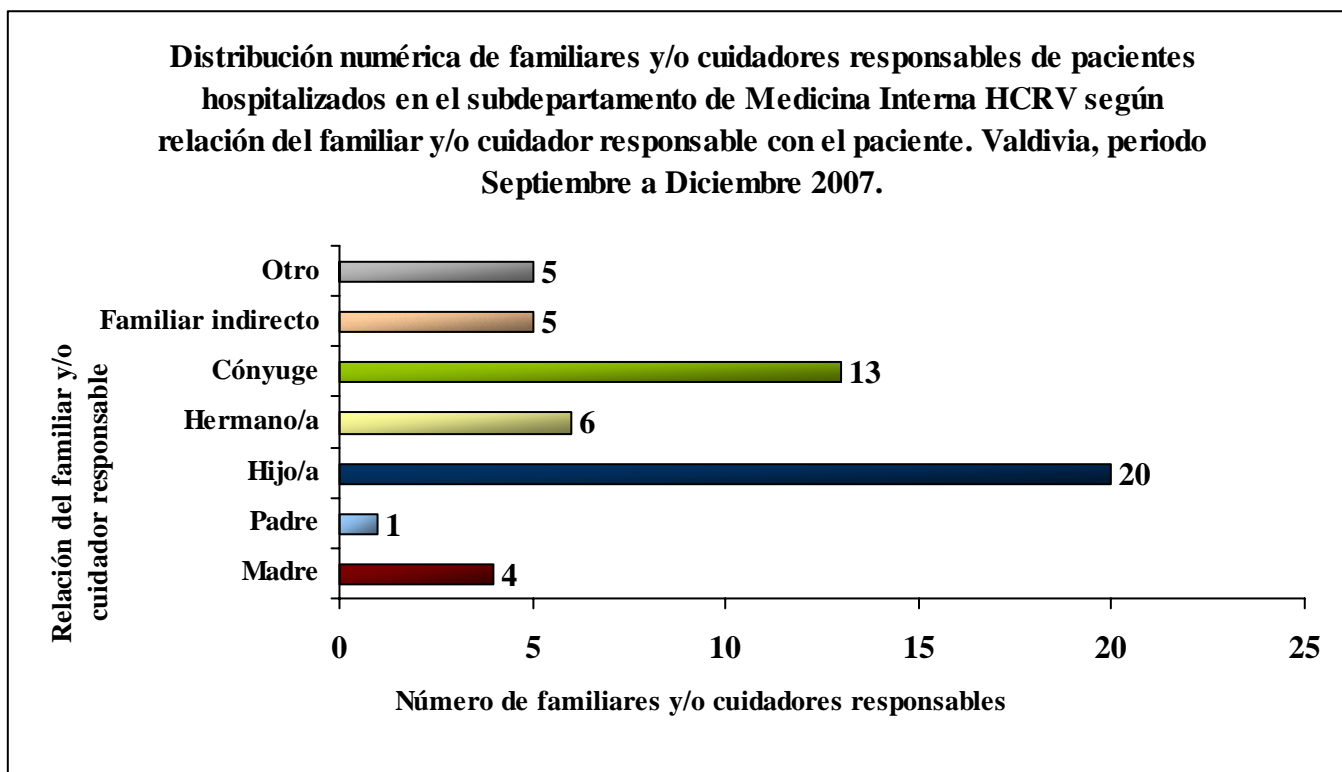
Distribución porcentual de familiares y/o cuidadores responsables de pacientes hospitalizados en el subdepartamento de Medicina Interna HCRV según cohabitabilidad. Valdivia, periodo Septiembre a Diciembre del 2007.



Fuente: Cuestionario elaborado para Tesis: “Hospital Amigo: Valoración del familiar y/o cuidador responsable y su integración en la atención del adulto hospitalizado durante el horario de visitas en el Subdepartamento de Medicina Interna del Hospital Clínico Regional Valdivia, en el período Septiembre a Diciembre del año 2007.”

Del total de los familiares y/o cuidadores responsables que participaron en el estudio, un 65% habitan en el mismo espacio físico del paciente y un 33% no comparte vivienda con éste. Impacta que más del 50% de los familiares y/o cuidadores responsables de los pacientes hospitalizados en este subdepartamento convive con el enfermo siendo un aspecto positivo y una gran oportunidad para fomentar su integración en el cuidado de éste durante la hospitalización, asegurando así la continuidad de los cuidados en el hogar. Además al convivir diariamente con ellos, los familiares y/o cuidadores responsables conocen las necesidades físicas y psicológicas del paciente, lo cual puede guiar las acciones para la satisfacción de éstas.

Gráfico N° 7.

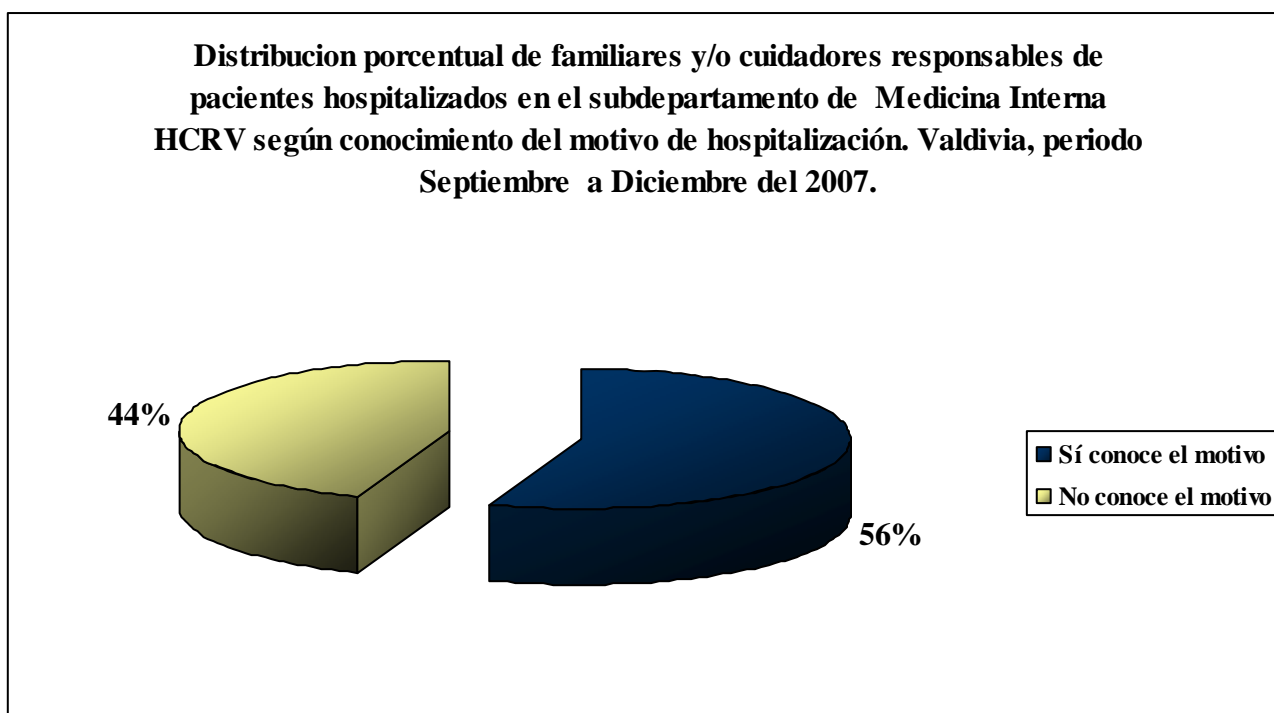


Fuente: Cuestionario elaborado para Tesis: “Hospital Amigo: Valoración del familiar y/o cuidador responsable y su integración en la atención del adulto hospitalizado durante el horario de visitas en el Subdepartamento de Medicina Interna del Hospital Clínico Regional Valdivia, en el período Septiembre a Diciembre del año 2007.”

De los 54 familiares y/o cuidadores responsables participantes del estudio, 20 son hijos correspondiendo al grupo mayoritario, lo cual está dado por el mayor número de pacientes adultos mayores hospitalizados en este subdepartamento siendo los hijos los responsables de las diligencias hospitalarias y de velar por sus necesidades de cuidado. El segundo grupo mayoritario corresponde a los cónyuges con 13 personas seguido por 6 personas que son hermanos de los pacientes. Por último, existen en menor número familiares indirectos, madres, padres y otros como amigos que se responsabilizan del paciente durante su permanencia en el hospital.

Conocimiento que poseen los familiares y/o cuidadores responsables sobre el paciente hospitalizado y la extensión del horario de visitas en el Subdepartamento de Medicina Interna, HCRV.

Gráfico N° 8.

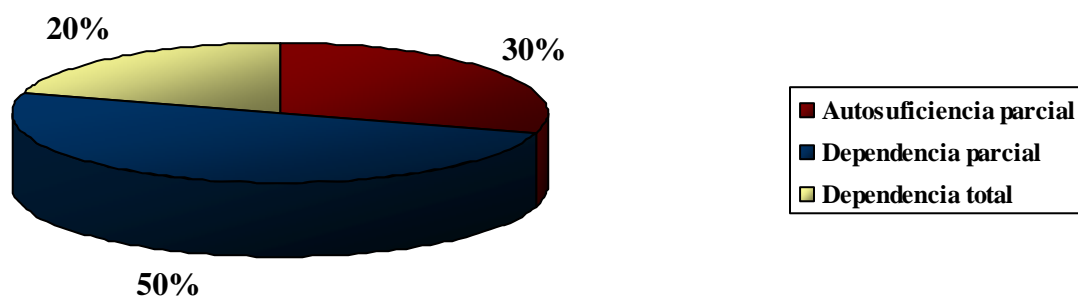


Fuente: Cuestionario elaborado para Tesis: “Hospital Amigo: Valoración del familiar y/o cuidador responsable y su integración en la atención del adulto hospitalizado durante el horario de visitas en el Subdepartamento de Medicina Interna del Hospital Clínico Regional Valdivia, en el período Septiembre a Diciembre del año 2007.”

Según los resultados obtenidos a través del cuestionario, un 56% de los familiares y/o cuidadores responsables conoce el motivo de hospitalización del paciente ya que su respuesta concuerda con el diagnóstico médico registrado en la hoja de Enfermería, y cabe destacar que un 44% no conoce el motivo por el cual está hospitalizado el paciente. Si consideramos que el conocimiento del diagnóstico médico demuestra la integración del familiar y/o cuidador responsable durante la hospitalización del paciente ya que está pendiente de la situación actual de éste, es importante destacar el gran número de personas que desconocen el motivo de ingreso y estadía del paciente en el hospital lo que puede estar dado por diversas causas derivadas de la entrega y recepción de información.

Gráfico N° 9.

Distribución porcentual de pacientes hospitalizados en el subdepartamento de Medicina Interna HCRV según dependencia de cuidados universales. Valdivia, periodo Septiembre a Diciembre del 2007.

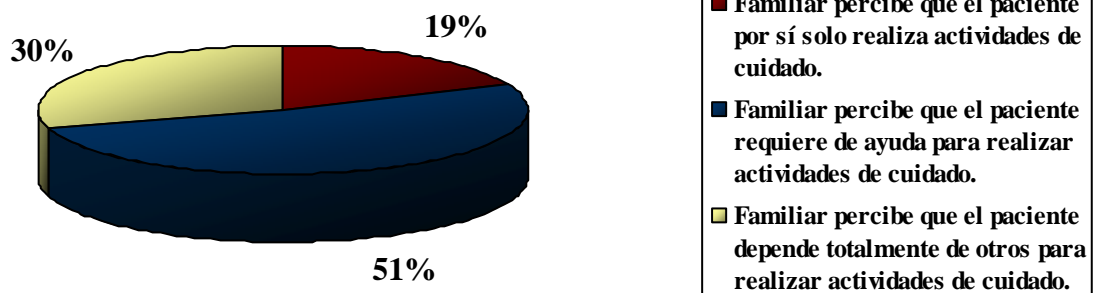


Fuente: Cuestionario elaborado para Tesis: “Hospital Amigo: Valoración del familiar y/o cuidador responsable y su integración en la atención del adulto hospitalizado durante el horario de visitas en el Subdepartamento de Medicina Interna del Hospital Clínico Regional Valdivia, en el período Septiembre a Diciembre del año 2007.”

De acuerdo al instrumento de categorización de usuarios aplicado en este subdepartamento sobre grado de dependencia en cuidados universales (prácticas de confort, alimentación y eliminación), el 50% de los pacientes de los familiares y/o cuidadores responsables que participaron en el estudio presentan dependencia parcial, el 30% son autosuficientes parciales y el 20 % presentan dependencia total, reflejando la necesidad de que sus necesidades sean satisfechas. Esto demanda mayor atención por parte del personal del subdepartamento, el cual se torna insuficiente para cubrir las necesidades de los pacientes dependientes tanto parcial como total que en su conjunto suman un 70%. Por lo tanto, el horario de visitas diario es una instancia para que los familiares y/o cuidadores responsables, además de brindar apoyo emocional y compañía, puedan integrarse en el cuidado del adulto hospitalizado, reconocer sus necesidades, aprender a satisfacerlas y así cubrir la demanda de cuidados.

Gráfico N° 10.

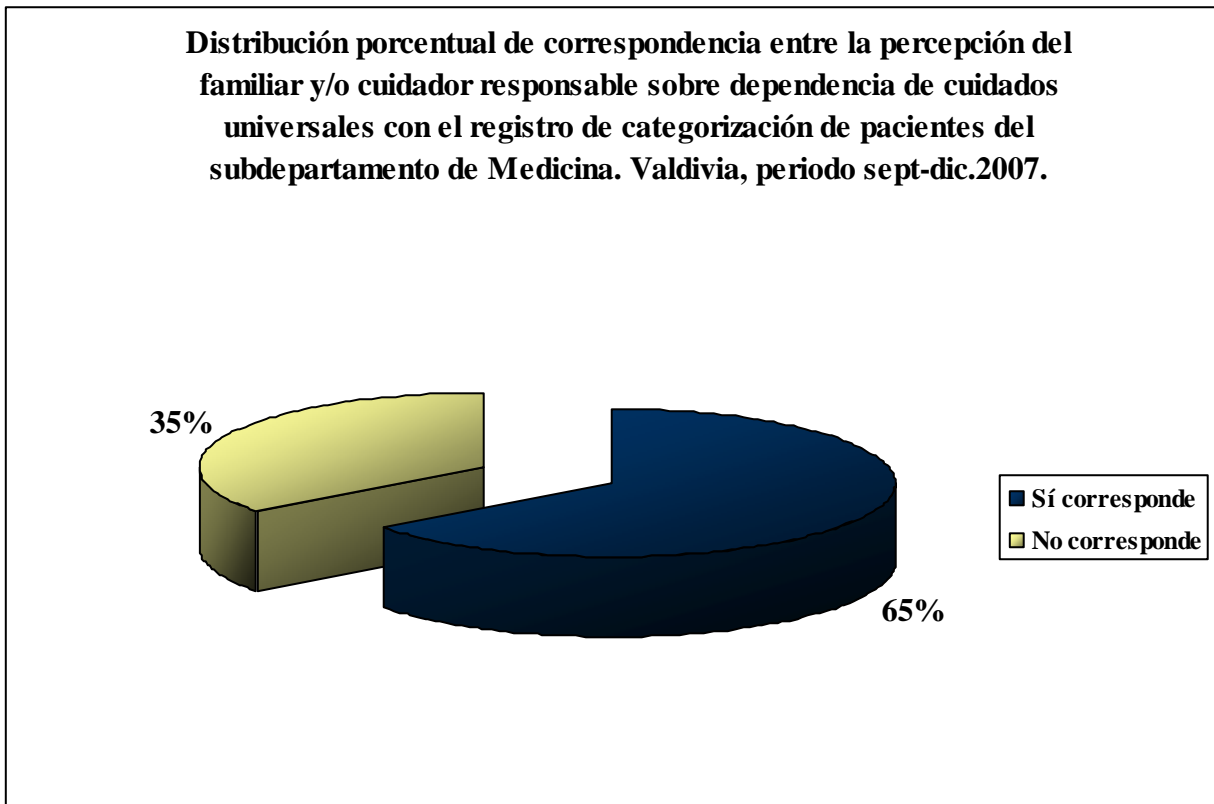
Distribución porcentual de percepción de familiares y/o cuidadores responsables sobre la dependencia en aseo, confort, alimentación y eliminación de los pacientes hospitalizados en Medicina Interna HCRV. Valdivia, Sept. a Diciembre 2007.



Fuente: Cuestionario elaborado para Tesis: "Hospital Amigo: Valoración del familiar y/o cuidador responsable y su integración en la atención del adulto hospitalizado durante el horario de visitas en el Subdepartamento de Medicina Interna del Hospital Clínico Regional Valdivia, en el período Septiembre a Diciembre del año 2007."

De acuerdo a la percepción de los familiares y/o cuidadores responsables sobre el grado de dependencia en cuidados universales (prácticas de confort, alimentación y eliminación), el 51% de los pacientes hospitalizados requieren de ayuda para satisfacer sus necesidades, el 30% depende totalmente de otros y el 19% puede satisfacerlas por sí solo. Según estos resultados, el 81% de los adultos hospitalizados es percibido con un cierto grado de dependencia por parte de los familiares y/o cuidadores responsables en la satisfacción de necesidades básicas, lo cual excede un 11% más a la cantidad real de pacientes categorizados como dependientes según el gráfico anterior. Así mismo, se observa una discordancia entre la percepción de los familiares y/o cuidadores, quienes dicen que un 19% de los pacientes pueden satisfacer sus necesidades por sí solos contra el 30% arrojado por el instrumento de categorización de pacientes en el subdepartamento de Medicina Interna. A pesar de esto, la mayoría de los participantes en el estudio valoran el grado de dependencia de los pacientes, lo cual es fundamental para integrarse en el cuidado del adulto durante el horario de visitas.

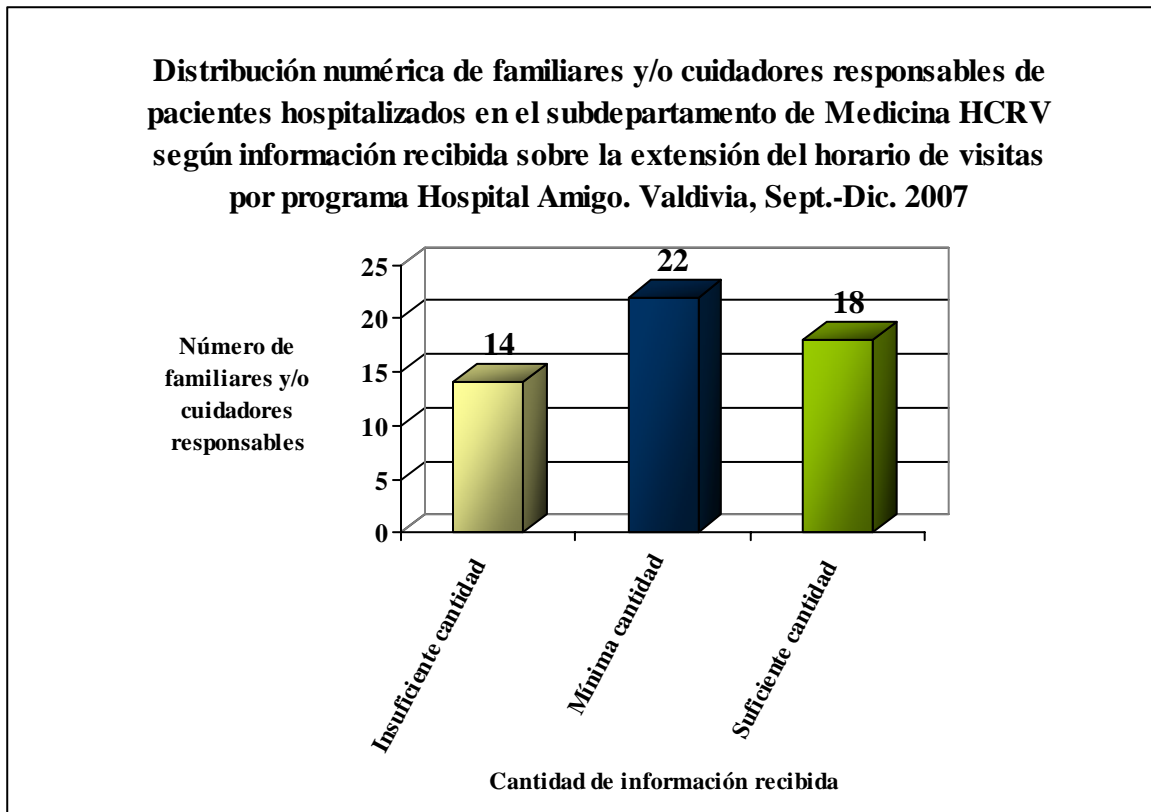
Gráfico N° 11.



Fuente: Cuestionario elaborado para Tesis: “Hospital Amigo: Valoración del familiar y/o cuidador responsable y su integración en la atención del adulto hospitalizado durante el horario de visitas en el Subdepartamento de Medicina Interna del Hospital Clínico Regional Valdivia, en el período Septiembre a Diciembre del año 2007.”

Al contrastar las respuestas de los familiares y/o cuidadores responsables sobre su percepción de dependencia de los pacientes con su respectivo registro de categorización de cuidados universales, se obtuvo que el 65% de los participantes concuerdan con esta categorización, mientras que el 35% no concuerda, es decir, desconocen el nivel de autonomía que tiene el paciente para realizar actividades de aseo y confort, alimentación y eliminación. Los familiares y/o cuidadores responsables, al conocer las actividades en las cuales el adulto hospitalizado requiere de ayuda, poseen la base para participar en la atención del paciente de acuerdo a su grado de dependencia y así colaborar en actividades de cuidado apropiadas a su condición, disminuyendo la carga laboral del personal, quienes pueden centrar sus esfuerzos en los pacientes de mayor complejidad.

Gráfico N° 12.

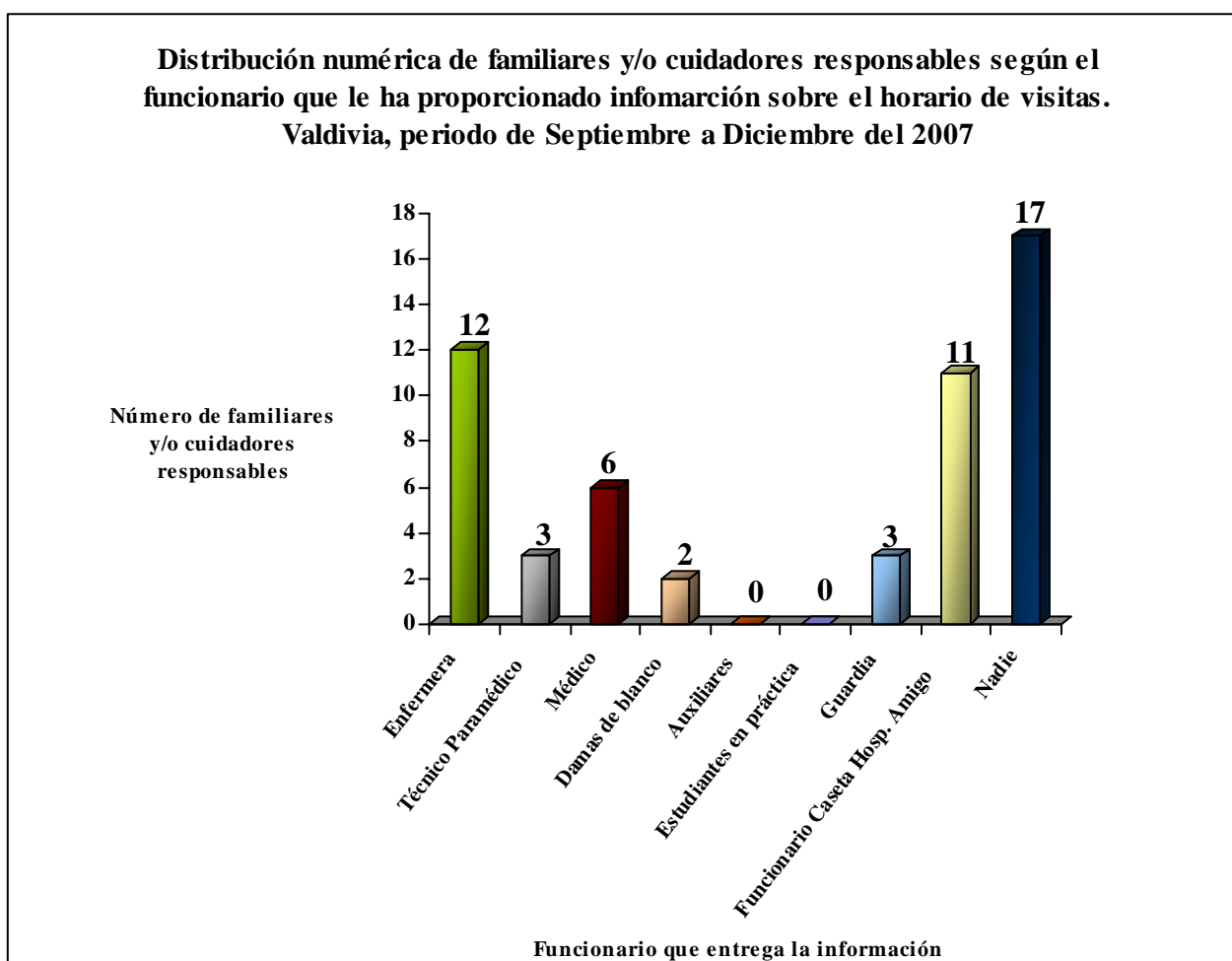


Fuente: Cuestionario elaborado para Tesis: “Hospital Amigo: Valoración del familiar y/o cuidador responsable y su integración en la atención del adulto hospitalizado durante el horario de visitas en el Subdepartamento de Medicina Interna del Hospital Clínico Regional Valdivia, en el período Septiembre a Diciembre del año 2007.”

Al referirse a la información sobre la extensión del horario de visitas por programa Hospital Amigo que han recibido los familiares y/o cuidadores responsables en relación al horario, cantidad de personas que pueden ingresar por paciente, actividades de colaboración, respeto de privacidad, no ingreso de niños y respeto de las indicaciones sobre alimentación y reposo de los pacientes, se puede observar que 14 de 54 personas han recibido insuficiente cantidad de información, ya que refieren que se les ha informado sobre dos o menos de los aspectos mencionados. Veintidós participantes han recibido una mínima cantidad de información, conociendo sólo hasta tres o cuatro aspectos. Sólo 18 de los familiares y/o cuidadores responsables dicen haber recibido suficiente información, debido a que se les ha informado sobre cinco o seis aspectos. Al analizar el gráfico, son 36 de un total de 54 las personas que no han recibido suficiente información en relación al horario de visitas, sobre todo en lo que respecta a las actividades de colaboración en la atención del paciente hospitalizado que pueden realizar, lo cual puede ser un factor influyente en la participación del familiar y/o cuidador responsable durante la hospitalización. Es importante referirse al gran número de pacientes que se encuentran hospitalizados en este Subdepartamento, lo cual limita

que el personal se detenga en cada uno de los familiares a orientar en las actividades de cuidado.

Gráfico N° 13.

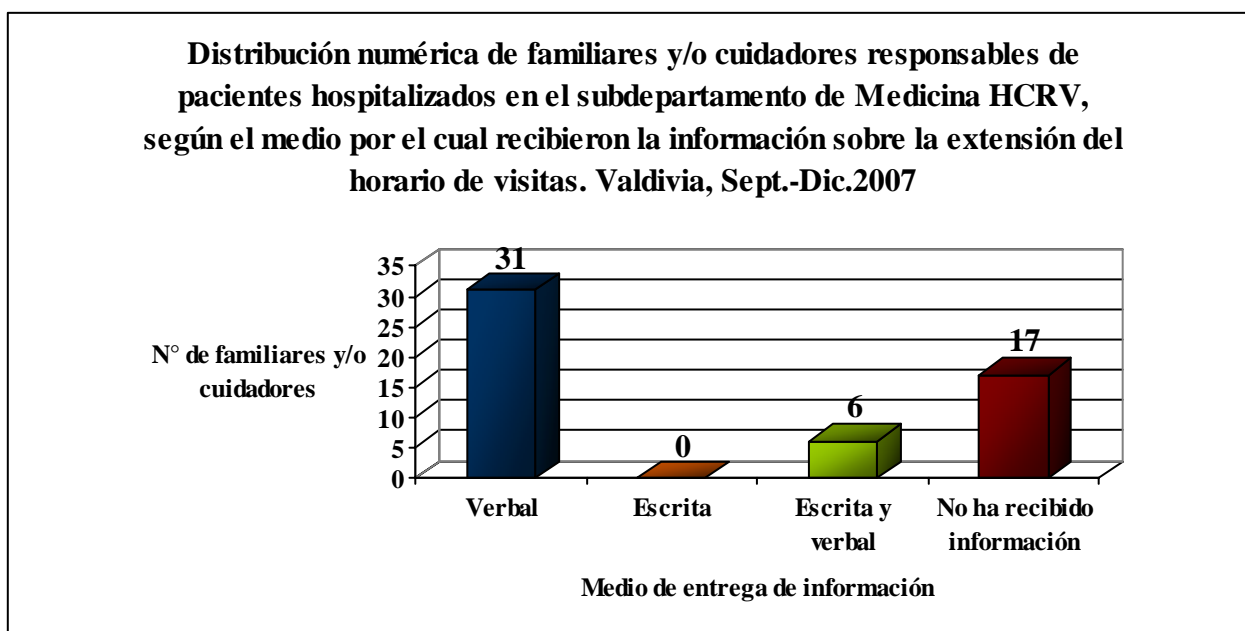


Fuente: Cuestionario elaborado para Tesis: “Hospital Amigo: Valoración del familiar y/o cuidador responsable y su integración en la atención del adulto hospitalizado durante el horario de visitas en el Subdepartamento de Medicina Interna del Hospital Clínico Regional Valdivia, en el período Septiembre a Diciembre del año 2007.”

De los 54 participantes del estudio, 12 consideran que el funcionario que les ha proporcionado la información que conocen sobre el horario de visitas ha sido una enfermera del subdepartamento, 11 consideran que ha sido el administrativo de la caseta Hospital Amigo, 6 opinaron que el médico tratante les ha brindado esta información, 3 se refieren al técnico paramédico y al guardia, 2 a las damas de blanco y 17 personas declaran no haber recibido información, aspecto que influye negativamente a su integración en la atención. De los

funcionarios del subdepartamento, destaca la labor que cumple la enfermera al proporcionar la información adecuada para favorecer la integración de la familia al cuidado del paciente hospitalizado. A pesar de que una cantidad considerable de participantes destacaba al funcionario de la caseta hospital amigo como la persona que mayor información le ha otorgado, según los familiares, el contenido de ésta se enfoca exclusivamente al horario de inicio y término de la visita, no refiriéndose a uno de los objetivos principales del programa que hace alusión a fomentar la integración del familiar y/o red de apoyo social inmediato al cuidado del adulto hospitalizado, así como a otras indicaciones de importancia para el visitante.

Gráfico N° 14.

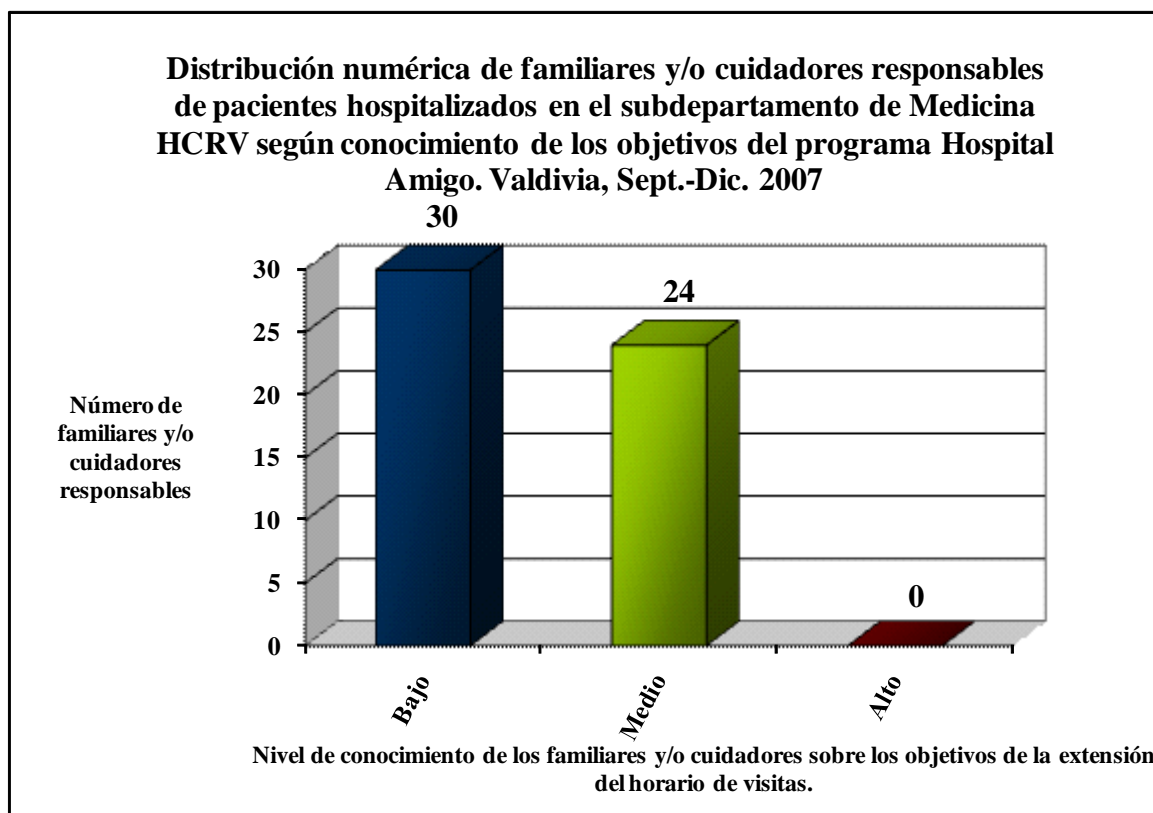


Fuente: Cuestionario elaborado para Tesis: “Hospital Amigo: Valoración del familiar y/o cuidador responsable y su integración en la atención del adulto hospitalizado durante el horario de visitas en el Subdepartamento de Medicina Interna del Hospital Clínico Regional Valdivia, en el período Septiembre a Diciembre del año 2007.”

Del total de familiares y/o cuidadores responsables de pacientes hospitalizados en el subdepartamento de Medicina, 31 recibieron la información de forma verbal por parte de la persona que la proporcionó, seis refirieron haberla recibido de manera escrita y verbal, y 17 no han recibido información. Cabe destacar que sólo seis personas recibieron información escrita y verbal, a pesar de que existe un folleto informativo para las visitas disponible en las casetas Hospital Amigo, siendo esto negativo ya que los familiares requieren de un apoyo escrito (hojas con información, folletos, trípticos) para recordar y retener mejor la información. Por último, existe un número importante de personas que no han recibido información, lo que

perjudica el cumplimiento de indicaciones por parte de las visitas, generando alteraciones en la rutina de trabajo del subdepartamento.

Gráfico N° 15.



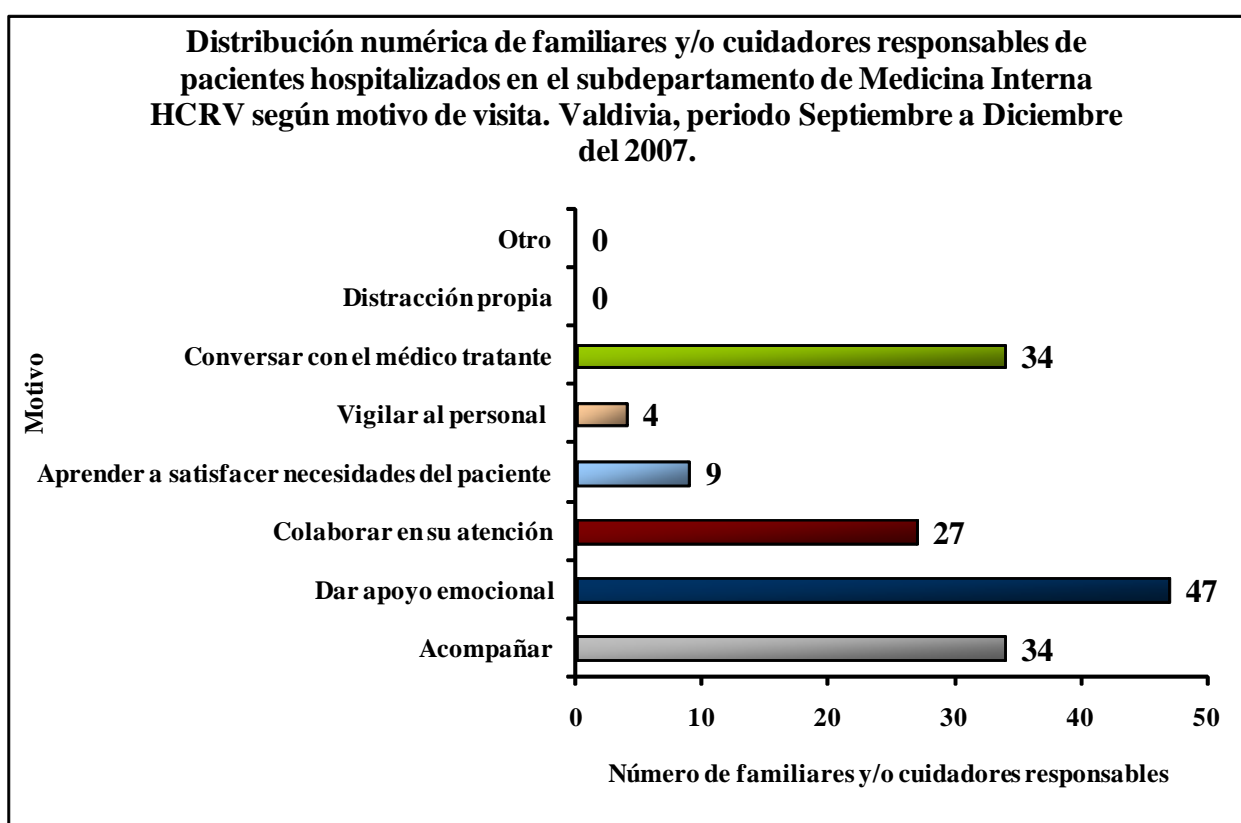
Fuente: Cuestionario elaborado para Tesis: "Hospital Amigo: Valoración del familiar y/o cuidador responsable y su integración en la atención del adulto hospitalizado durante el horario de visitas en el Subdepartamento de Medicina Interna del Hospital Clínico Regional Valdivia, en el período Septiembre a Diciembre del año 2007."

De acuerdo al nivel de conocimientos de los objetivos de la extensión del horario de visitas por programa Hospital Amigo que presentan los familiares y/o cuidadores responsables que participaron en el estudio, 30 de ellos presentan un bajo nivel de conocimientos, al no conocer ningún objetivo; 24 familiares tienen un nivel medio, al conocer uno a dos de los cuatro objetivos de la extensión horaria, y no existe ningún familiar que conozca mínimo tres o todos los objetivos. La mayoría de los familiares no conocen la finalidad de este nuevo horario de visitas, lo que hace que no se utilice el tiempo de manera eficiente para el cual se amplió, transformándose esta nueva modalidad en algo negativo tanto para el paciente como para el equipo de salud. Impresiona que ninguno de los familiares participantes de la investigación refiera conocer tres o todos los objetivos, lo cual se puede explicar por la falta de información a la población en general sobre la apertura de los hospitales a la comunidad al

extender los horarios de visitas, y la importancia de su participación en la recuperación del paciente.

Integración del familiar y/o cuidador responsable en el cuidado del adulto hospitalizado durante el horario de visita en el Subdepartamento de Medicina Interna del Hospital Clínico Regional Valdivia (HCRV).

Gráfico N° 16.

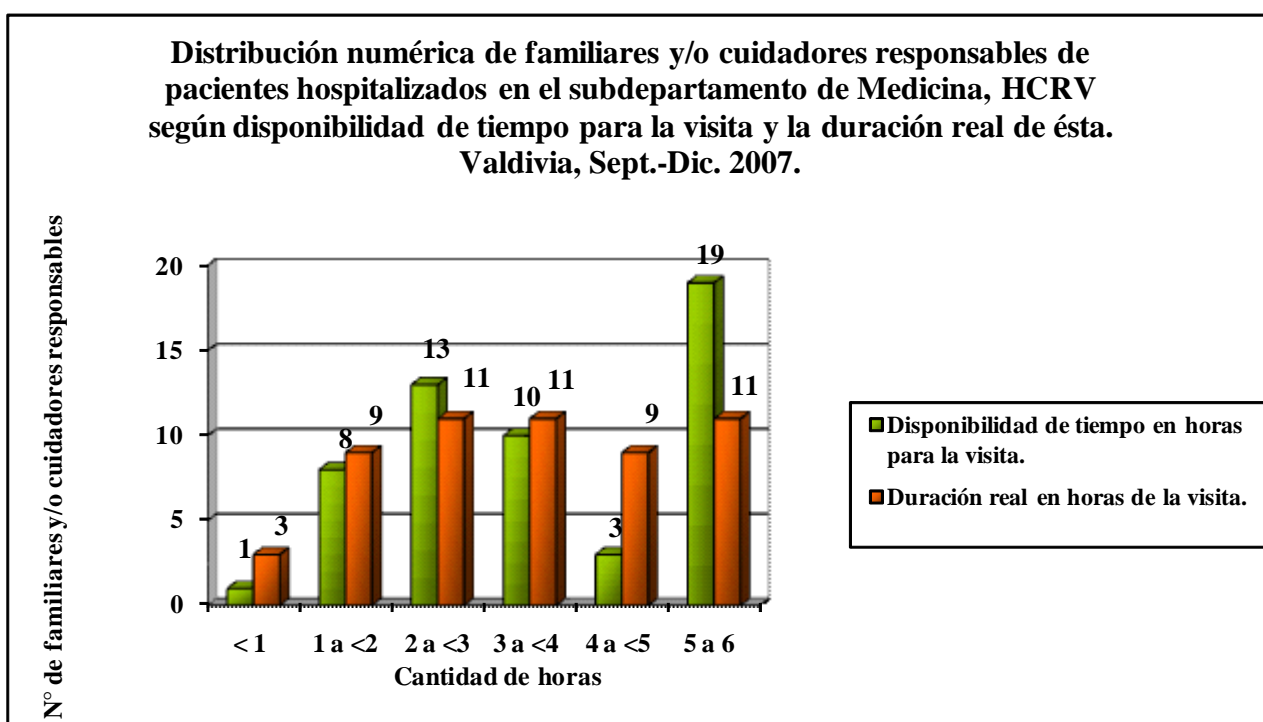


Fuente: Cuestionario elaborado para Tesis: “Hospital Amigo: Valoración del familiar y/o cuidador responsable y su integración en la atención del adulto hospitalizado durante el horario de visitas en el Subdepartamento de Medicina Interna del Hospital Clínico Regional Valdivia, en el período Septiembre a Diciembre del año 2007.”

De la elección de un máximo de tres motivos de visita al paciente hospitalizado de un listado de ocho, el principal objetivo que los familiares y/o cuidadores responsables tienen al acudir a la visita es el dar apoyo emocional con 47 personas que se refieren a éste; los segundos dos motivos son el acompañar y conversar con el médico tratante, con 34 participantes cada uno; el tercer motivo es el de colaborar en la atención del paciente, con 27 personas; sólo 9 acuden con el objetivo de aprender a satisfacer las necesidades del paciente y

cuatro expresan que uno de sus motivos es vigilar al personal para asegurar una atención de calidad. Si bien es importante satisfacer las necesidades psicológicas del paciente durante la hospitalización, también lo es integrarse en el cuidado del paciente a través de la satisfacción de las necesidades básicas de éste (alimentación, aseo y confort, eliminación, entre otras) ya que así el familiar puede aprender la manera más adecuada de cuidar al paciente, lo cual influye positivamente en la recuperación de éste y fomenta la continuidad de los cuidados en el hogar. Así mismo, permite la colaboración mutua con el equipo de salud, pasando el familiar de ser un ente pasivo a un participante activo en la atención.

Gráfico N° 17.

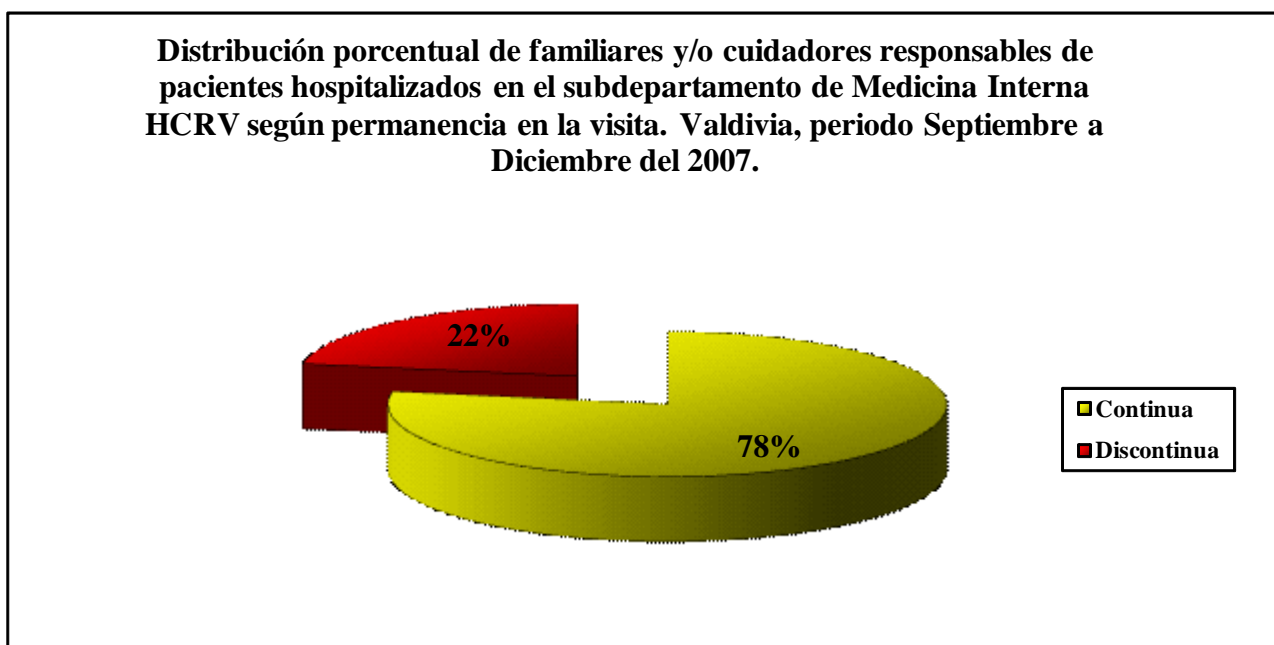


Fuente: Cuestionario elaborado para Tesis: “Hospital Amigo: Valoración del familiar y/o cuidador responsable y su integración en la atención del adulto hospitalizado durante el horario de visitas en el Subdepartamento de Medicina Interna del Hospital Clínico Regional Valdivia, en el período Septiembre a Diciembre del año 2007.”

Según la cantidad de horas dispuestas por los familiares responsables y /o cuidadores para visitar al paciente diariamente, uno de ellos disponía de menos de una hora y 19 expresaron disponer de cinco a seis horas diarias para visitar al paciente. De acuerdo a la duración real de la visita de los familiares y/o cuidadores responsables, tres permanecieron menos de una hora y sólo 11 permanecieron casi todo o todo el horario de visitas, es decir de 5 a 6 horas, considerando que 19 disponían de esta cantidad de horas para permanecer en compañía del paciente. En algunos casos, los familiares se turnaban para visitar al paciente,

por lo cual el familiar responsable no estaba presente durante todo el horario de visita. Según lo que se observó durante la aplicación del instrumento de recolección de datos en el subdepartamento, se puede mencionar que eran pocos los familiares que realmente aprovechaban la cantidad de horas de visita para proporcionar mayor bienestar al paciente, participando en actividades de cuidado básico como alimentación, aseo y confort, eliminación y además de distracción, organizándose y distribuyendo las tareas entre los integrantes de la familia. Contrario a esto, eran muchos los que no mostraban interés en colaborar, y junto al no cumplimiento de las indicaciones en relación al horario de visitas, obstaculizaban el trabajo del equipo de salud.

Gráfico N° 18.

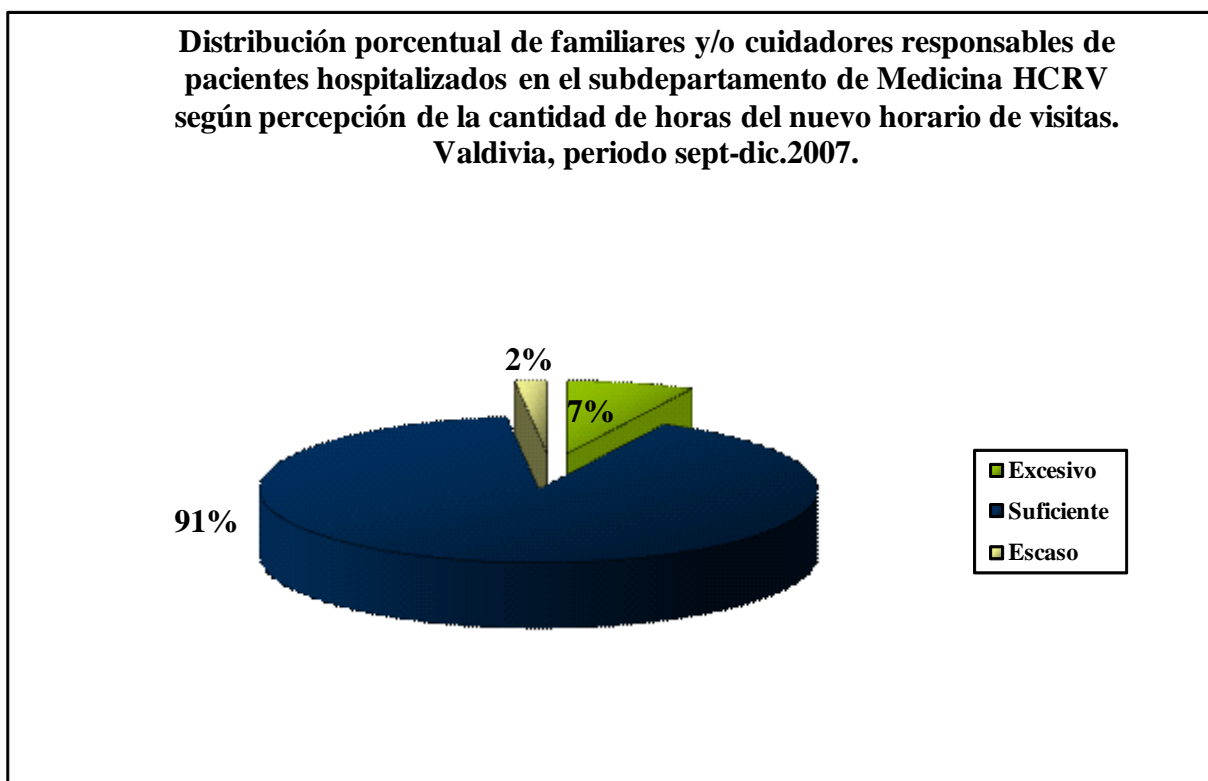


Fuente: Cuestionario elaborado para Tesis: “Hospital Amigo: Valoración del familiar y/o cuidador responsable y su integración en la atención del adulto hospitalizado durante el horario de visitas en el Subdepartamento de Medicina Interna del Hospital Clínico Regional Valdivia, en el período Septiembre a Diciembre del año 2007.”

Del total de familiares y/o cuidadores responsables que participaron en el estudio, el 78% permanecieron de forma continua con el paciente durante la duración de su visita, y el 22% de los participantes permanecieron de forma discontinua junto al enfermo. Al ser la visita continua permite que se aproveche mejor el tiempo para la integración en actividades de cuidado y de aprendizaje para tal efecto, además de estar pendiente de las necesidades que surgen del paciente y que ellos pueden satisfacer. Por otra parte, la discontinuidad se presentaba por diferentes causas, entre las que se puede mencionar que el familiar acudía sólo en los horarios de comida para asistir al paciente o por cambio de turno entre los familiares y

cercanos para visitarlo. Así mismo, se podía deber a los horarios de trabajo del familiar responsable y por necesidades propias del visitante.

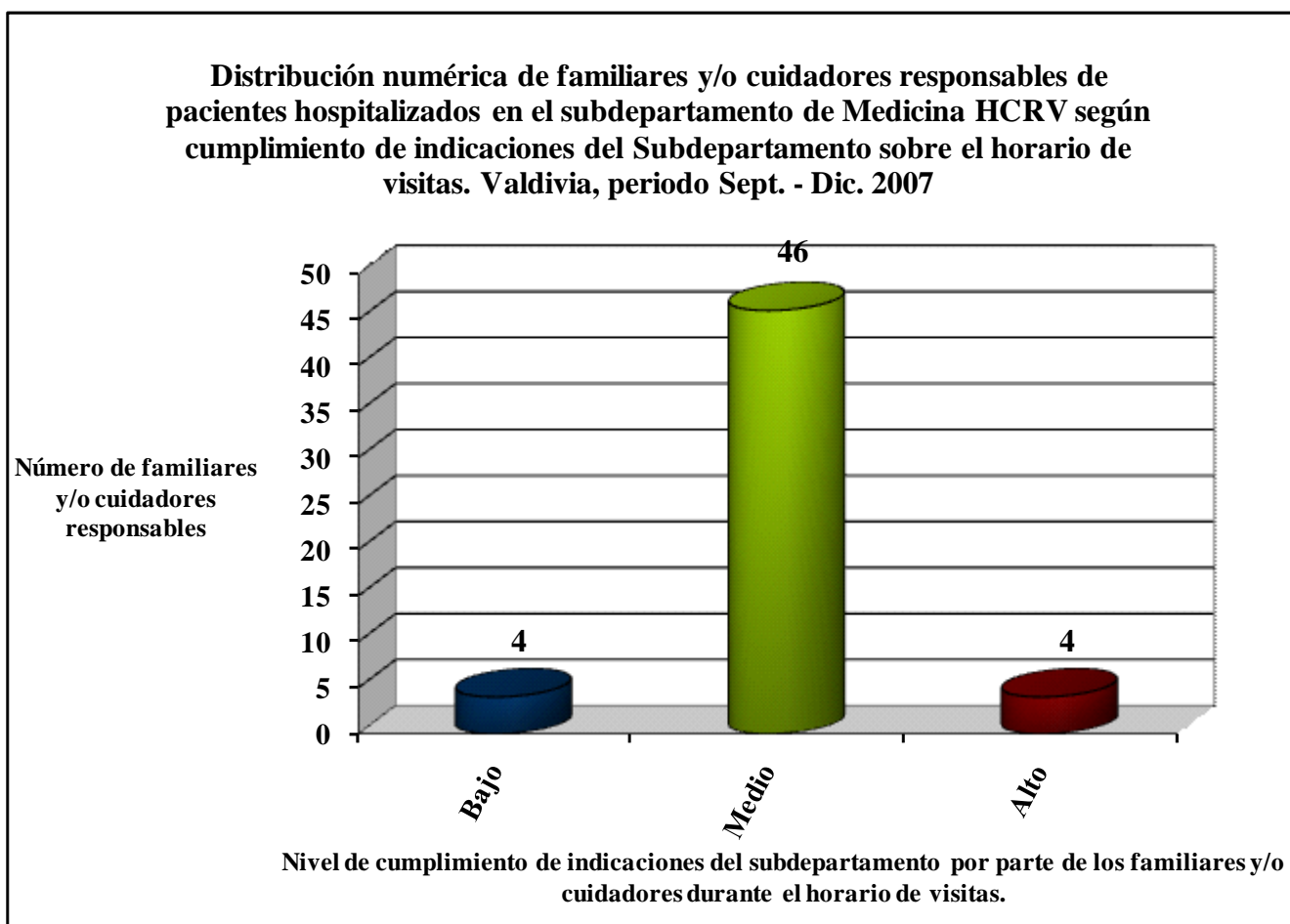
Gráfico N° 19.



Fuente: Cuestionario elaborado para Tesis: "Hospital Amigo: Valoración del familiar y/o cuidador responsable y su integración en la atención del adulto hospitalizado durante el horario de visitas en el Subdepartamento de Medicina Interna del Hospital Clínico Regional Valdivia, en el período Septiembre a Diciembre del año 2007."

De los 54 familiares y/o cuidadores responsables, el 91% considera que el nuevo horario de visitas es suficiente, el 7% lo considera excesivo y el 2% expresa que las seis horas de visitas es escaso. A pesar de que casi el 100% de los participantes del estudio perciben que el horario es suficiente, no todos lo utilizan con los objetivos para el cual se amplió, en especial el que hace referencia a la integración de la red de apoyo social más cercana al cuidado del paciente, ni tampoco permanecieron durante todo el horario de visita junto al paciente por razones como horarios de trabajo u otras responsabilidades individuales de cada familiar y/o cuidador responsable. Cabe destacar que las personas que encuentran este nuevo horario excesivo (aunque sólo representan el 7%) se refieren a un punto importante como lo es la incomodidad que provoca la presencia de mucha gente dentro de las salas, invadiendo la privacidad, tranquilidad y descanso de los pacientes.

Gráfico N° 20.

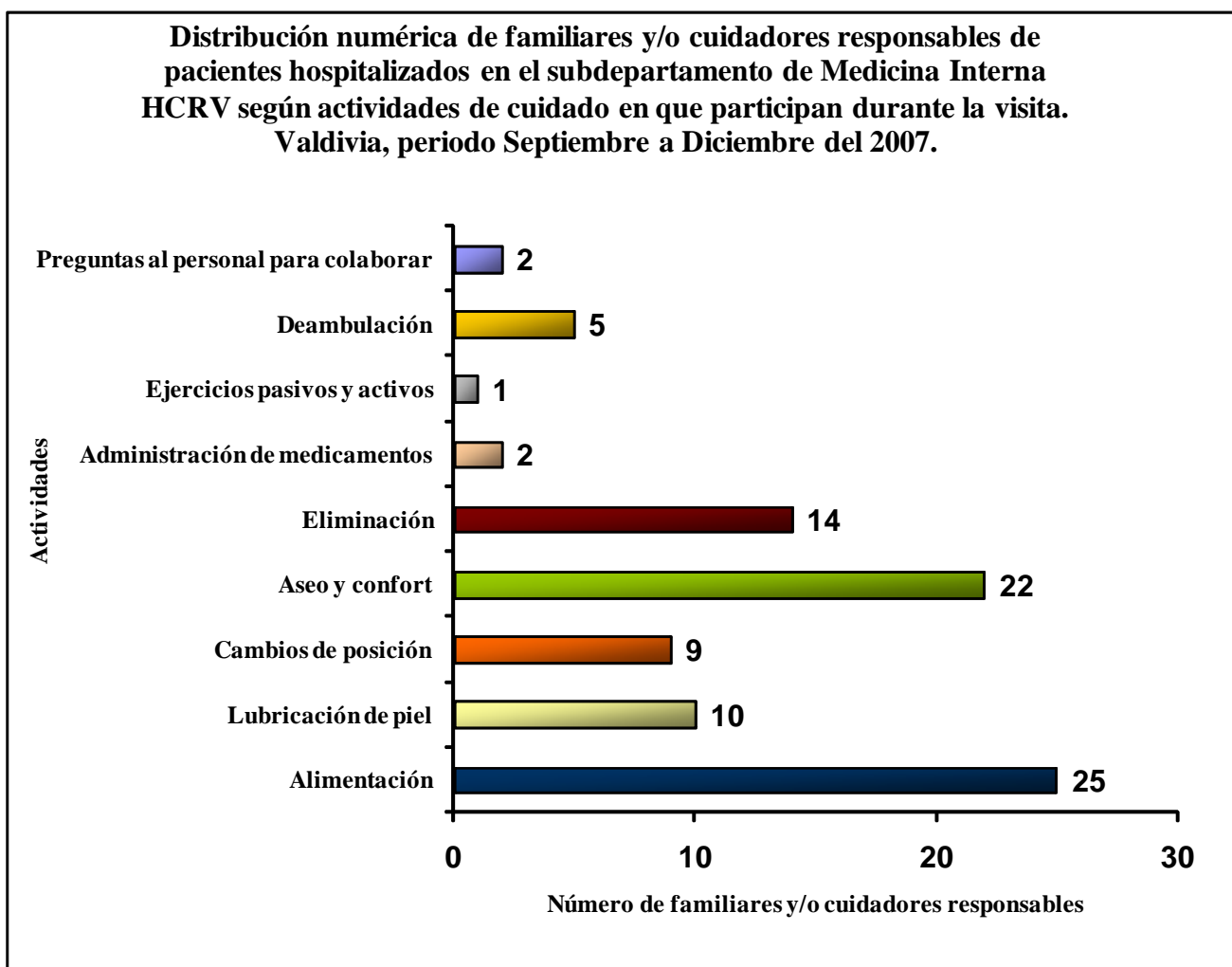


Fuente: Cuestionario elaborado para Tesis: "Hospital Amigo: Valoración del familiar y/o cuidador responsable y su integración en la atención del adulto hospitalizado durante el horario de visitas en el Subdepartamento de Medicina Interna del Hospital Clínico Regional Valdivia, en el período Septiembre a Diciembre del año 2007."

De los 54 familiares y/o cuidadores responsables, cuatro presentan un bajo cumplimiento de indicaciones, es decir, sólo respetaron de una a tres normas del horario de visita; 46 participantes tienen un cumplimiento medio al respetar de cuatro a seis indicaciones; sólo cuatro personas presentan un alto cumplimiento de indicaciones, es decir, respetaron de siete a ocho normas durante la visita al paciente hospitalizado. Cabe señalar que ninguno de los familiares sometidos a observación realizó el lavado de manos antes y después de estar con el paciente. La minoría de ellos se retiraba por voluntad propia de la sala cuando se iba a realizar algún procedimiento o se requería respetar la privacidad de algún paciente, dificultando las labores del personal quienes en reiteradas ocasiones debían solicitar que se retiraran de la sala. A pesar de que la mayoría de los familiares entrevistados conocían la información relacionada con el horario de entrada y salida, la cantidad de personas que pueden

permanecer con el paciente y la prohibición del ingreso de niños, muchos no cumplían con estas indicaciones. Se observó que incluso por cada paciente entraban hasta cinco personas, lo cual es un obstáculo para el descanso de los pacientes y el trabajo del personal. Además, los familiares responsables ingresaban niños a la sala mientras no había nadie observándolos, lo cual representa una irresponsabilidad por parte de éstos al no cumplir con las normas establecidas. Al terminar el horario de visita, muchos familiares no abandonaban el subdepartamento hasta que llegaba el guardia y les solicitaba que se retiren. Esta situación de incumplimiento con las normas se acrecentaba los fines de semana, ya que existía un menor control por parte del personal de seguridad, ya que existe un solo guardia que debe estar pendiente de todo el edificio en el cual se encuentran otros servicios aparte del subdepartamento de Medicina, por lo tanto, es insuficiente el sistema de control destinado para el nuevo horario de visitas.

Gráfico N° 21.



Fuente: Cuestionario elaborado para Tesis: "Hospital Amigo: Valoraci3n del familiar y/o cuidador responsable y su integraci3n en la atenci3n del adulto hospitalizado durante el horario de visitas en el Subdepartamento de Medicina Interna del Hospital Cl3nico Regional Valdivia, en el per3odo Septiembre a Diciembre del a3o 2007."

Seg3n la cantidad y tipo de actividades de cuidado realizadas por los familiares y/o cuidadores responsables, observadas durante el horario de visitas, se puede mencionar que las actividades en donde existe mayor participaci3n es en la alimentaci3n, aseo y confort del adulto hospitalizado, con 25 y 22 personas respectivamente. En eliminaci3n se puede se3alar que 14 personas asistieron al paciente; en lubricaci3n de piel participaron diez personas; nueve familiares realizaron cambios de posici3n y en deambulaci3n colaboraron s3lo cinco personas de un total de 54 cuidadores. Cabe destacar el reducido n3mero de familiares que se integran en la atenci3n del adulto hospitalizado ya que en ninguna de las actividades antes mencionadas participan m3s del 50% de los cuidadores, lo que se puede explicar por la falta de informaci3n

y de conocimiento de los objetivos de la extensión del horario de visitas, además de la poca iniciativa de varios familiares en colaborar en el cuidado del paciente, lo que se observó durante la etapa de recolección de datos en el subdepartamento. Además impresiona el bajo número de participantes en las actividades de administración de medicamentos bajo supervisión, asistencia en ejercicios pasivos y activos, y preguntar constantemente sobre actividades de colaboración en la atención, lo cual es fundamental para que el personal guíe al familiar y/o cuidador responsable en el tipo de actividades que pueden colaborar y el modo de ejecutarlas correctamente, sin dejar de lado la importancia de satisfacer las necesidades psicológicas del paciente.

Tabla N° 1.

Distribución numérica y porcentual de familiares y/o cuidadores responsables que participan en el cuidado del paciente hospitalizado de acuerdo al grado de dependencia de cuidados universales durante el horario de visitas en el subdepartamento de Medicina, HCRV. Valdivia, periodo Septiembre a Diciembre 2007.

Participación	Dependencia de Cuidados Universales							
	Autosuficiencia parcial		Dependencia parcial		Dependencia total		Total	
	Cantidad	Porcentaje	Cantidad	Porcentaje	Cantidad	Porcentaje	Cantidad	Porcentaje
Ninguna	13	81%	12	44%	1	9%	26	48%
Insuficiente	2	13%	9	33%	5	45%	16	30%
Mínima	0	0%	4	15%	5	45%	9	17%
Suficiente	1	6%	2	7%	0	0%	3	6%
Total	16	100%	27	100%	11	100%	54	100%

Fuente: Cuestionario elaborado para Tesis: "Hospital Amigo: Valoración del familiar y/o cuidador responsable y su integración en la atención del adulto hospitalizado durante el horario de visitas en el Subdepartamento de Medicina Interna del Hospital Clínico Regional Valdivia, en el período Septiembre a Diciembre del año 2007."

Según el grado de dependencia de los pacientes hospitalizados, de 16 pacientes con autosuficiencia parcial 13 familiares (81%) no participaron en actividades de cuidado, dos (13%) tuvieron insuficiente participación al realizar de una a tres actividades y sólo un familiar (6%) tuvo suficiente participación al colaborar en más de seis actividades de un total de nueve. De 27 pacientes dependientes parciales, 12 familiares (44%) no participaron en la atención, nueve (33%) presentaron insuficiente participación, cuatro (15%) tuvieron una mínima participación al realizar cuatro a cinco actividades y sólo dos de los familiares (7%) presentaron suficiente participación en el cuidado de los pacientes. De 11 pacientes con dependencia total uno de los familiares (9%) no tuvo participación, cinco (45%) presentaron insuficiente participación y cinco (45%) tuvieron mínima participación. No hubo familiares

con suficiente participación en el cuidado de los pacientes con dependencia total de cuidados universales.

El mayor porcentaje de pacientes hospitalizados en Medicina corresponden a pacientes con dependencia parcial, por lo cual los familiares durante el horario de visitas tienen la posibilidad de integrarse en el cuidado a través de la colaboración en actividades de alimentación, aseo y confort, eliminación, además de brindarles el apoyo emocional y distracción necesarios. Sin embargo, se puede observar que pocos son los familiares que hacen esto, ya que sólo 7% de ellos participa de manera suficiente y el 44% no participa, los demás realizan sólo algunas actividades que generalmente son la alimentación y aseo, lo cual no es suficiente por la gran demanda de atención que presentan estos pacientes. Situación similar ocurre con los pacientes dependientes totales, de los cuales no hay familiares con una participación suficiente.

En general, de los 54 familiares y/o cuidadores responsables del paciente el 48% no participan en el cuidado, un 30% presenta insuficiente participación, el 17% tiene una participación mínima y sólo el 6% de los familiares colabora lo suficiente en la atención de los pacientes, lo cual se aleja bastante de lo que se espera de los familiares durante el horario de visitas.

Tabla N° 2.

Distribución numérica de familiares y/o cuidadores responsables de pacientes hospitalizados en Medicina, HCRV que cumplen indicaciones del subdepartamento durante la visita de acuerdo a cantidad de información recibida sobre la extensión del horario de visitas. Valdivia, periodo Septiembre a Diciembre 2007.

Cantidad de información	Nivel de cumplimiento de indicaciones del subdepartamento en el horario de visitas			
	Bajo	Medio	Alto	Total
Insuficiente	1	13	0	14
Mínima necesaria	2	19	1	22
Suficiente	1	14	3	18
Total	4	46	4	54

Fuente: Cuestionario elaborado para Tesis: "Hospital Amigo: Valoración del familiar y/o cuidador responsable y su integración en la atención del adulto hospitalizado durante el horario de visitas en el Subdepartamento de Medicina Interna del Hospital Clínico Regional Valdivia, en el período Septiembre a Diciembre del año 2007."

Del total de familiares y/o cuidadores responsables participantes del estudio, 14 recibieron insuficiente información sobre la extensión del horario de visitas de los cuales ninguno tiene un nivel alto de cumplimiento de las indicaciones, 13 tienen un nivel medio y una persona tiene nivel bajo; de los 22 familiares que recibieron mínima cantidad de información necesaria, una persona tiene un nivel alto de cumplimiento de indicaciones sobre el horario de visitas, 19 tienen un nivel medio y dos participantes tienen un nivel bajo. De las 18 personas que recibieron suficiente información, se pudo observar que tres tienen un alto nivel de cumplimiento de indicaciones, 14 presentan un nivel medio y una persona presenta un nivel bajo. Es justificable que ninguna de las personas que recibieron insuficiente información presente un nivel alto de cumplimiento de estas indicaciones, pero se esperaría que el mayor número de familiares posean un nivel bajo de conocimientos y no un nivel medio como se demuestra. Lo mismo ocurre con quienes tienen una cantidad suficiente de información, de las cuales el grupo mayoritario tiene un cumplimiento medio. No sucede así con los que poseen una mínima cantidad de información, quienes en su mayoría tienen un cumplimiento medio de indicaciones. Impacta que de las 18 personas que refieren haber recibido una cantidad suficiente de información, sólo tres presentan un nivel alto de cumplimiento de indicaciones, por lo tanto, se podría inferir que el cumplimiento de éstas no depende totalmente del conocimiento de la información, sino que de otros factores internos y/o externos.

10. DISCUSIÓN

Este estudio incluyó a un total de 54 familiares y/o cuidadores responsables de pacientes adultos hospitalizados en el subdepartamento de Medicina Interna del HCRV, lo que representa el 76% del universo de familiares de los 71 pacientes hospitalizados en el subdepartamento.

A través de la determinación del perfil sociodemográfico, el conocimiento del cuidador sobre el paciente y la extensión del horario de visitas, además de la descripción de su integración en la atención, se pretendió valorar al familiar y/o cuidador responsable y su integración en el cuidado del adulto hospitalizado durante el nuevo horario de visitas instaurado por el programa Hospital Amigo.

En relación a las características sociodemográficas, los cuidadores son en su mayoría mujeres con un 67% y los hombres representan el 33% de la población (Gráfico N° 2). Al contrastar estos resultados con estudios referentes a cuidadores de adultos dependientes, se aprecia una similitud en los resultados. Zabalegui, Juandó, Sáenz, Ramírez, Pulpón, López, Jones, Izquierdo, Gual, González, Gallart, Díaz, Corrales, Cabrera & Bover (2004) señalan que en España el perfil del cuidador informal en cuanto a sexo corresponde preferentemente a mujeres, representando éstas el 84% de la población. De igual modo, Garrido, Luengo, Quintana, Valdebenito & Utreras (2005) en su estudio realizado en la Agrupación de Alzheimer de Concepción (Chile) identificaron a la mujer (83%) como el principal cuidador informal a cargo del paciente. A partir de esto se refleja la tendencia de la atribución social del rol de cuidar a la mujer cuando un integrante de la familia requiere de cuidados, incorporándolo como una más de sus funciones en la sociedad.

Al caracterizar a los participantes de este estudio de acuerdo a la edad, el promedio de ésta corresponde a 50 años, aproximándose a la edad promedio de 56 años obtenida en el estudio del perfil de los cuidadores informales de adultos por Zabalegui y col. (2004). La mayoría de los familiares de los pacientes hospitalizados en Medicina Interna tienen entre 45 y 54 años (24%), seguidos por el 22% que tiene entre 55 y 64 años de edad (Gráfico N° 1), lo que coincide con el estudio de la Agrupación de Alzheimer de Concepción, en donde el mayor porcentaje de los cuidadores (49%) pertenecen al rango de edad de 51 a 60 años. De esta manera, queda manifiesto que los familiares y/o cuidadores responsables corresponden a adulto medio y mayor.

De acuerdo a la escolaridad, 26 familiares poseen estudios de enseñanza básica y media incompletos, de éstos, 11 no finalizaron la enseñanza básica, 9 no completaron la enseñanza media y uno de ellos no recibió educación formal (Gráfico N°3). A pesar de que es un número importante de familiares sin estudios completos, no se considera como un factor que impida la participación de éstos en actividades de cuidado durante el horario de visitas, lo cual fue observado por las investigadoras durante el periodo de aplicación del instrumento, en donde personas que tenían un nivel bajo de escolaridad realizaban actividades de cuidado al paciente. Sin embargo, el equipo de salud debe considerar este aspecto para entregar información acorde a las características de la población usuaria para que la forma de entregar los cuidados sea la más adecuada para la situación del paciente.

Según la ocupación de los familiares y/o cuidadores responsables, la mayoría son dueñas de casa con un 42% (Gráfico N°4). Situación similar lo refleja el estudio de Zabalegui y col. (2004) donde la ocupación principal del cuidador informal correspondía a dueñas de casa con un 60%. Del mismo modo, lo afirma el estudio de Garrido y col. (2005), el cual señala que esta ocupación la presenta el 38% de la población, siendo la más frecuente entre los participantes. El que la mayoría de los familiares y/o cuidadores responsables sean dueñas de casa implica que pueden disponer mejor de su tiempo para visitar al paciente hospitalizado durante el horario de visitas, y por la motivación que tienen en general de realizar actividades para mantener un ambiente adecuado para su familia, es más probable que pesquisen y satisfagan algunas necesidades básicas de uno de sus integrantes durante la hospitalización, fomentando su bienestar.

De acuerdo a la relación de los familiares y/o cuidadores responsables con el paciente, 20 de ellos son hijos, correspondiendo al grupo mayoritario, seguido por el grupo de los cónyuges que son 13 (Gráfico N°7). Esta característica también se manifiesta en el estudio realizado a cuidadores de pacientes con Alzheimer por Vidal y col. (1998), que señaló que en Chile el 64% de estos cuidadores eran hijos ocupando el primer lugar dentro de la población, seguido por cónyuges y otras personas como amigos y vecinos. Considerando que el mayor número de pacientes hospitalizados en Medicina Interna son adultos mayores es esperable que los hijos, ya en edad adulta, sean quienes se responsabilicen de ellos durante la hospitalización y en muchos casos en el hogar.

Al referirse a la cohabitabilidad, un 65% de los cuidadores participantes habitan en el mismo espacio físico del paciente y un 33% no comparte vivienda con éste (Gráfico N°6). En el Programa de educación sanitaria al cuidador informal de Gestión Sanitaria de Mallorca (GESMA) se señala que la mayoría de los cuidadores informales comparten domicilio con el paciente dependiente de cuidados, lo cual es un aspecto positivo y una gran oportunidad para asegurar la continuidad de los cuidados en el hogar a través del fomento de su integración en el cuidado del paciente durante la hospitalización. Además al convivir diariamente con éste,

les facilita conocer sus necesidades básicas, lo cual permite guiar las acciones para la satisfacción de éstas.

Al caracterizar a los familiares participantes de acuerdo a la procedencia, se obtuvo que un 61% vive en la ciudad de Valdivia y un 39% vive en otra localidad urbana o rural (Gráfico N°5). Situación similar se describe en el estudio de Garrido y col. (2005) en la ciudad de Concepción, donde el 66% de los cuidadores vivían en la misma ciudad y el 28% en otras comunas cercanas. El vivir en la misma ciudad donde se encuentra hospitalizado el paciente facilita la accesibilidad de los familiares y/o cuidadores responsables al hospital lo cual permite realizar un trabajo de integración progresivo y planificado con ellos. Por el contrario, los familiares que viven en otra localidad se les dificulta visitar con mayor frecuencia al paciente hospitalizado, lo que no impide que participen activamente en el cuidado de éste cuando están con él.

Según el conocimiento del motivo de hospitalización del paciente, un 56% de los familiares y/o cuidadores responsables lo conocen y el 44% restante no saben el diagnóstico médico por el cual el paciente está hospitalizado (Gráfico N°8), lo cual constituye un número elevado de personas, lo que puede estar dado por diversas causas derivadas de la entrega y recepción de información, lo cual es una actividad principalmente de enfermería. Si consideramos las distintas etapas de la enfermedad descritas por Morrison (1999), una vez que el paciente ha asumido el papel de dependencia de los demás en su cuidado espera que éstos le proporcionen el apoyo emocional y los cuidados para la satisfacción de sus necesidades. Por lo tanto, se requiere que los familiares que asumen el rol de cuidador responsable tengan los conocimientos básicos, habilidades y medidas de afrontamiento adecuadas para poder prestar esa atención, comenzando por conocer el motivo de hospitalización del paciente y así situarse en su contexto. Sin embargo, no todas estas características están presentes en todos los cuidadores, por ende, es responsabilidad del equipo de salud valorar el nivel de conocimientos de éstos y entregar las herramientas necesarias para su integración eficaz, considerando a la familia como paciente en su conjunto y no sólo como el entorno social, tal como lo señala Potter & Perry (1996), ya que así se logrará una atención dirigida a la eficaz promoción de la salud individual y familiar.

En relación al grado de dependencia en cuidados universales (prácticas de confort, alimentación y eliminación), el 50% de los pacientes de los participantes en el estudio presentan dependencia parcial, el 20% dependencia total y el 30% son autosuficientes parciales, correspondiendo esto a la caracterización del perfil de usuarios del subdepartamento (Gráfico N°9). Las personas cuando se encuentran enfermas, tal como lo señalan Anderson, Anderson & Glanze (1994) pasan por un proceso de disminución de su funcionamiento en el aspecto social, físico, emocional e intelectual, afectando a su totalidad. Una de las manifestaciones de esta disminución del funcionamiento es la dependencia para realizar actividades básicas y satisfacer las necesidades humanas descritas por Inés de Astorquiza en

su Modelo de Enfermería. La problemática de que el 70% de los pacientes hospitalizados sean dependientes radica en que al ser un gran número produce alta demanda de cuidados básicos por parte del equipo de salud, por lo que el horario de visitas es una buena instancia para que los familiares y/o cuidadores responsables puedan integrarse en el cuidado del adulto hospitalizado, reconocer sus necesidades, aprender a satisfacerlas y así cubrir la demanda de cuidados.

Al valorar la percepción de los familiares responsables sobre la dependencia de cuidados universales del paciente se obtuvo que el 65% de ellos concuerdan con esta categorización, mientras que el 35% no detecta las actividades en las cuales el paciente requiere de ayuda y en las que puede colaborar de acuerdo a su condición, otorgándole bienestar (Gráfico N°11). A pesar de que el mayor número de los participantes reconoce el grado de dependencia del paciente, es importante destacar el gran porcentaje de cuidadores que desconocen el nivel de autonomía del paciente para realizar actividades de aseo y confort, alimentación y eliminación, lo cual es una limitante para su adecuada integración durante la hospitalización.

Al referirse a la información que han recibido los familiares participantes sobre la extensión del horario de visitas por programa Hospital Amigo, 36 de ellos no recibieron suficiente información en relación a las normas y actividades de colaboración que pueden realizar (Gráfico N°12). Considerando que existe una caseta encargada de coordinar las visitas a los pacientes en la cual debe entregárseles la información escrita y verbal necesaria para el adecuado cumplimiento de las normas y participación en el cuidado, impresiona que más de la mitad de los participantes no han recibido la suficiente información, lo que invita a buscar e implementar estrategias de adecuada entrega de información. El ambiente hospitalario es un lugar desconocido en el que, según Morrison (1999), los entornos terapéuticos otorgan orden y organización mediante la rutina de trabajo y un conjunto de normas establecidas. Para mantener este orden es necesario que la población usuaria conozca las normas de la organización relacionadas con las visitas al paciente donde, según Mc Closkey & Bulechek (2005), las actividades de enfermería deben enfocarse en dar a conocer de forma clara las normas del horario de visitas establecido, determinar las actividades en que el visitante puede colaborar con el equipo de salud para la atención del paciente, informar las distintas alternativas de obtención de información de su estado de salud y aclarar las dudas de los familiares.

De acuerdo al funcionario que ha proporcionado la información sobre el horario de visitas del subdepartamento de Medicina, el mayor número de los participantes considera que esa persona ha sido una enfermera del subdepartamento y la segunda mayoría ha señalado al funcionario de la caseta Hospital Amigo, aunque según los familiares la información verbal que en ésta se entrega incluye datos como el horario de visitas y la ubicación del subdepartamento. Cabe señalar que 17 cuidadores declararon no haber recibido información,

lo cual influye negativamente en su integración (Gráfico N°13). Al referirse al medio por el cual fue entregada la información, impresiona que sólo seis familiares la recibieron de manera escrita (Gráfico N°14) a pesar de que existe un folleto informativo, siendo esto un aspecto negativo ya que los familiares requieren de un apoyo para recordar y retener mejor la información. Esta situación demuestra una deficiencia en el método de entrega de información considerado en el programa Hospital Amigo, el cual debiera ser planificado y tratado con la importancia que merece, considerando las características de la población usuaria y las diversas formas existentes de entrega de información a la población en general (medios audiovisuales, escritos) y no solo a quienes ingresan al hospital, ya que así las personas tendrían los conocimientos generales desde antes de asumir el rol como familiar responsable del paciente y se les facilitaría el cumplimiento de los objetivos del programa.

Al considerar el nivel de conocimientos que presentan los familiares y/o cuidadores responsables sobre los objetivos de la extensión del horario de visitas por programa Hospital Amigo, se obtuvo que ninguno de los participantes conocen todos los objetivos (Gráfico N°15), lo que influye en que el tiempo destinado para la visita no se utilice para los fines que se amplió, transformándose esta nueva modalidad en algo negativo tanto para el paciente como para el equipo de salud, ya que se produce una aglomeración de personas que desconocen su rol como visitantes.

Al valorar los tres principales motivos que los familiares tenían para visitar al paciente hospitalizado se identificó que acuden con el principal objetivo de dar apoyo emocional, seguido por el de acompañar y conversar con el médico tratante. Motivos como el de colaborar en la atención y el de aprender a satisfacer las necesidades del paciente son considerados menos importantes por parte de los familiares (Gráfico N°16), lo que confirma una tendencia de mantenerse ajeno a actividades que por la restricción del antiguo horario de visitas no tenían la oportunidad de realizar, por lo tanto, no representaban su motivación principal. Es por esto que, frente a este cambio, los familiares con la ayuda del equipo de salud deben ir adaptándose a las nuevas oportunidades que brinda la extensión horaria, junto con tener el interés de participar. Según Potter & Perry (1996) debe ser considerada la capacidad de la familia para ayudar a la satisfacción de las necesidades psicológicas del paciente que le permitan lograr una salud óptima. Pero así como estos autores consideran importante la influencia de la familia en el aspecto psicológico, debiera considerarse igualmente su participación en la satisfacción de las necesidades físicas del paciente, lo que de algún modo también influirá en su bienestar integral. Así lo demostró el estudio de Flórez (2001) en que pacientes que recibieron cuidados básicos por parte de sus familiares presentaron un alto grado de comodidad y adaptación al medio hospitalario, presentando sentimientos de tranquilidad y alivio, mejorando su estado general.

Según la cantidad de horas dispuestas por los familiares y /o cuidadores responsables para visitar al paciente diariamente, el grupo mayoritario expresó disponer de cinco a seis

horas diarias, pero no todos estuvieron realmente esta cantidad de tiempo (Gráfico N° 17). Por otra parte, la mayoría de los participantes del estudio permanecieron de forma continua con el paciente durante la visita (Gráfico N°18), lo cual es un factor positivo para la integración del familiar y para que los integrantes del equipo de salud programen actividades de apoyo dirigidas al paciente y a la familia.

En relación a la percepción de la población en estudio sobre la cantidad de horas del nuevo horario de visitas, casi la totalidad de los participantes (91%) coinciden en que éste es suficiente, ya que disponen de un horario flexible y prolongado para acompañar al paciente y brindarle apoyo emocional (Gráfico N°19). Aguilera (1994), señala que los sentimientos de ansiedad y temor que surgen frente a la crisis no normativa de la hospitalización se relacionan con el alejamiento del entorno familiar y del hogar, quedando al cuidado de personas desconocidas. En este sentido, al considerar que la mayoría de los familiares perciben este nuevo horario como suficiente, la presencia de éstos debiera cumplir un rol significativo permitiendo la mejor adaptación del paciente en la hospitalización, por lo que la cantidad de horas que permanecen junto a éste debiera ser utilizada con los objetivos para los cuales se extendió el horario de visitas. Cabe destacar que sólo un 7% lo considera excesivo debido a la incomodidad e invasión de la privacidad, tranquilidad y descanso de los pacientes provocado por la cantidad de personas en el interior de las salas, lo cual es importante destacar considerando el tipo de patologías de los pacientes hospitalizados en Medicina (cardiovasculares, respiratorias, digestivas, entre otras) que requieren de un ambiente tranquilo, apto para la pronta recuperación.

Al caracterizar a los familiares según el nivel de cumplimiento de indicaciones en relación al horario de visitas en el subdepartamento de Medicina, el grupo mayoritario presenta un cumplimiento medio al respetar de cuatro a seis normas de un total de ocho durante la visita al paciente hospitalizado (Gráfico N°20), lo que provoca gran desorden y alteración de la rutina de trabajo de los funcionarios. A pesar de que un gran número de familiares conocen la mayoría de estas normas, se observó que principalmente hay incumplimiento respecto a indicaciones como el lavado de manos antes y después de estar con el paciente, retirarse de la sala durante procedimientos, permanencia de dos personas por paciente y no ingreso de niños, acentuándose todo esto los fines de semana debido al menor control existente en el subdepartamento. Cabe mencionar que en el edificio donde se ubican Medicina y otros subdepartamentos existe sólo un guardia encargado de velar por el orden y el cumplimiento de las normas, por lo que se observa que el sistema de control se torna insuficiente para satisfacer las demandas del subdepartamento. Además, el que los familiares no cumplan las indicaciones muestra un desinterés de éstos, ya que éstas se encuentran visibles en afiches y dípticos en Medicina, por lo que se infiere que la causa del incumplimiento no es la falta de información, sino la falta de respeto y desmotivación de los familiares, y la necesidad de supervisión y acompañamiento del personal hasta que se encuentren capacitados e informados. Pero no sólo en este subdepartamento se ha dado esta situación, también lo han vivido otras unidades del hospital por diferentes causas, lo que ha

llevado a buscar soluciones según las condiciones existentes. Santander (1998) en su investigación sobre el Programa de participación materna en el cuidado del lactante hospitalizado en el HCRV que contemplaba la extensión del horario de visitas, detectó que uno de los principales problemas identificados por los funcionarios era el incumplimiento de las normas de la unidad por algunas madres, siendo una de las sugerencias para mejorar esta situación el implementar actividades de educación.

De acuerdo a las actividades de cuidado en que más participaban los familiares durante el horario de visitas se encuentra en primer lugar la alimentación y aseo y confort, seguido por eliminación y lubricación de piel. Una mínima cantidad de familiares participó en actividades de cambios de posición, deambulacion, ejercicios pasivos y administración de medicamentos (Gráfico N°21). Es preciso señalar que en ninguna de las actividades antes mencionadas participaron más del 50% de los cuidadores, lo que se puede explicar por la falta de información y de conocimiento de los objetivos de la extensión del horario de visitas, además del desinterés de varios familiares en colaborar en el cuidado del paciente. El equipo de salud debe fomentar la participación familiar en el cuidado del paciente ya que la familia es un factor contribuyente a la mantención de su bienestar. Potter & Perry (1996) señalan que debe ser considerada la capacidad de las familias para ayudar a que el paciente logre la satisfacción de sus necesidades psicológicas y una salud óptima. Así mismo, Brunner & Suddarth (2002), identificaron que una de las principales funciones de la familia es la de proveer recursos físicos y emocionales para mantener la salud de sus integrantes, además de constituir un sistema de apoyo en periodos de crisis como lo es la enfermedad. De este modo, las acciones de cuidado que realicen los familiares contribuirán a restablecer y mantener el equilibrio entre su dimensión física y psicosocial, además de asegurar que los familiares tendrán las capacidades para continuar los cuidados en el hogar.

Así lo reafirma Flórez (2000) a través de su estudio que determinó que pacientes que recibieron cuidados por parte de sus familiares en la hospitalización presentaron un alto grado de comodidad favoreciendo su mejor adaptación, permitiendo que los familiares asuman un papel activo como visitantes y a la vez aprendan y adquieran conocimientos y habilidades para continuar los cuidados en el hogar, además de disminuir la carga laboral de los funcionarios. La trascendencia de la integración de la familia en el cuidado del paciente también se refleja en los resultados que se han obtenido en la Unidad de Cuidado Cooperativo en el Centro Médico de la Universidad de Nueva York, en la cual se capacitó a los familiares para que aprendan actividades de cuidado promoviendo su rol activo en la hospitalización obteniendo como resultados la disminución en costos, días de hospitalización y rehospitalización, así como la disminución de caídas, errores en la administración de medicamentos y aumento de la satisfacción usuaria. Al considerar estas experiencias se demuestra que a través de una planificada integración del familiar en la atención del paciente se obtienen resultados positivos tanto para los pacientes y familiares como para la institución, por lo que los cuidadores constituyen un agente de autocuidado, el que según la Teoría del déficit de autocuidado Dorothea Orem es quien proporciona el cuidado al adulto dependiente brindándole bienestar.

Es por esto que la acción de enfermería debe estar orientada a identificar la demanda de autocuidado de los pacientes y guiar, enseñar y apoyar a los familiares a desarrollar su labor a través de programas educativos durante el horario de visitas.

Los pacientes hospitalizados en Medicina Interna se caracterizan por ser en su gran mayoría dependientes parciales de cuidados universales, por lo cual se requiere que el familiar no sea sólo visitante, sino que se integre en el cuidado del paciente tal como lo hacen los familiares calificados como acompañantes según la investigación realizada por Mangini, Silva, Monti & Spiri (2007) en Brasil.

Al valorar la participación de los familiares en el cuidado de acuerdo al grado de dependencia de los pacientes hospitalizados en Medicina, del grupo de 27 pacientes con dependencia parcial el mayor número de familiares responsables (44%) no participó en actividades de cuidado y sólo un 7% tuvo participación suficiente. Situación similar ocurre con los familiares de los pacientes con dependencia total, cuya participación es mínima e insuficiente en relación a las necesidades de los pacientes, destacando que ninguno de ellos participó de manera suficiente durante el horario de visitas. Todo esto demuestra que los familiares visitantes de este subdepartamento se caracterizan por tener un rol pasivo, ya que el 48% del total de los cuidadores incluidos en el estudio no participan en el cuidado y sólo un 6% de ellos realizaron suficientes actividades de colaboración en la atención (Tabla N°1), por lo tanto hasta el momento en Medicina no se está cumpliendo en su totalidad con uno de los principales objetivos del programa Hospital Amigo referente al fomento de la integración del familiar y/o red de apoyo social inmediato al cuidado del adulto hospitalizado, aunque se sabe que la integración a cabalidad de los visitantes en la atención de pacientes hospitalizados es un proceso de continua evolución en el cual deben tomarse las medidas adecuadas para lograr el objetivo final, y podría decirse que este subdepartamento se encuentra en las primeras etapas de ese proceso debido al poco tiempo que llevan con esta modalidad de horarios de visitas.

El estudio de Barrera, Moraga, Escobar & Antilef (2007) que se refiere a la progresión de la participación de familiares en la hospitalización de niños, refleja las ideas anteriormente señaladas, pero para que esta evolución pueda desarrollarse deben presentarse las condiciones necesarias que permitan la integración. Mc Closkey & Bulechek (2005) establecen la importancia de identificar la aceptación del papel de cuidador por parte de la persona responsable del paciente así como de determinar el grado de dependencia que éste tiene del familiar, el cual debe responsabilizarse del cuidado, por medio de la educación por parte del equipo de salud en cuanto a la atención que debe brindar y la forma de hacerlo.

Refiriéndose al cumplimiento de indicaciones por los familiares de acuerdo a la cantidad de información recibida sobre la extensión del horario de visitas, de los 18 familiares que refieren haber recibido suficiente información la mayor parte presentó un cumplimiento

medio de indicaciones y sólo tres de ellos demostraron un alto nivel de cumplimiento. El grupo mayoritario (22 familiares) recibió una mínima cantidad de información, de los cuales el mayor número se ubica en el nivel medio de cumplimiento, tal como ocurre con los 14 familiares que recibieron insuficiente información, de quienes sólo uno tiene un bajo cumplimiento (Tabla N°2). Si se relaciona el cumplimiento de indicaciones sólo con la cantidad de información que manejan los familiares se esperaría que quienes la recibieron de forma insuficiente presenten en su mayoría un bajo nivel de cumplimiento, así como quienes recibieron la mínima cantidad de información necesaria tengan principalmente un nivel medio de cumplimiento. Así también se esperaría que las personas que recibieron suficiente cantidad de información tuviesen mayoritariamente un alto nivel de cumplimiento de indicaciones. Sin embargo, se puede inferir que esta relación no se presenta cabalmente debido a que podrían existir otros factores que influyen en la puesta en práctica de la información conocida, como lo pueden ser la educación, desconocimiento de la implicancia y beneficios de las indicaciones, desinterés, entre otras, por lo tanto, el nivel de cumplimiento no depende totalmente del conocimiento de las indicaciones del subdepartamento.

De este modo el equipo de salud debe intervenir en aquellos factores que puede modificar para obtener resultados favorables. Mc Closkey & Bulechek (2005) señalan en relación a la facilitación de las visitas al paciente hospitalizado que las actividades de enfermería deben orientarse a dar a conocer de forma clara las normas incluidas en el horario de visitas, planificar y evaluar las actividades en que el visitante puede colaborar con el personal en la atención del paciente además de identificar y buscar solución a los problemas que puedan surgir durante el horario de visitas. En consecuencia, las intervenciones deben adecuarse a las características individuales del familiar para que, además de lograr un alto nivel de conocimiento de las indicaciones, éstas se pongan en práctica y así no afecten a la rutina de trabajo de los funcionarios y el entorno terapéutico de los pacientes en el subdepartamento de Medicina.

11. CONCLUSIONES

Determinar el perfil sociodemográfico de los familiares y/o cuidadores responsables de los adultos hospitalizados en el subdepartamento de Medicina Interna del Hospital Clínico Regional Valdivia permite tener presente las características que se deben considerar al momento de implementar medidas y actividades de intervención para favorecer la adecuada incorporación de los familiares a los establecimientos de salud, en el marco de la extensión del horario de visitas por el programa Hospital Amigo.

El primer paso para una integración eficaz de la familia durante la hospitalización y que favorezca la adaptación y el bienestar del paciente frente a esta crisis no normativa lo constituye el conocimiento de los familiares sobre aspectos básicos del paciente y de la institución de salud en la que se encuentra. A través de este estudio se determinó que existe gran cantidad de familiares responsables que no conocen el motivo de hospitalización del paciente lo que puede afectar el actuar del cuidador responsable, ya que éste para poder satisfacer adecuadamente las necesidades del paciente debe tener los conocimientos básicos, habilidades y medidas de afrontamiento frente a la hospitalización. Por otro lado, se determinó que a pesar de que la mayoría de los familiares y/o cuidadores responsables reconocen el grado de dependencia de cuidados universales de los pacientes en prácticas de aseo, confort, alimentación y eliminación, existe un gran número de ellos que no reconoce las áreas en que el adulto hospitalizado requiere de ayuda, siendo una limitante para la adecuada integración puesto que al desconocer las necesidades del paciente los familiares no orientan sus acciones a la satisfacción de éstas.

Así mismo, se demostró que gran parte de los visitantes ha recibido una cantidad mínima de información y no la suficiente sobre aspectos de la extensión del horario de visitas tales como horarios, normas, actividades en las que puede colaborar y restricción de personas al ingreso, lo cual ha sido proporcionado principalmente, según los familiares, por una enfermera del subdepartamento y el funcionario de la caseta hospital amigo, siendo la forma verbal el principal medio de entrega de información, lo que provoca que exista mayor probabilidad de que las personas no la recuerden sobre todo considerando su estado emocional por la crisis que están viviendo. Por otra parte, ninguno de los familiares y/o cuidadores responsables tienen conocimiento de la totalidad de los objetivos para los cuales se extendió el horario de visitas, determinando que el tiempo destinado para visitar al paciente no se utilice correctamente lo que, sumado al desconocimiento de las indicaciones del subdepartamento, provoca dificultades para el equipo de salud y los pacientes debido a la aglomeración de personas que desconocen su rol y responsabilidades como visitantes, no integrándose en el cuidado del paciente lo cual es uno de los principales objetivos de la extensión del horario de

visitas. Esto indica que se deben fortalecer los medios de difusión de este programa, tarea que recae principalmente en los profesionales de enfermería quienes son los responsables de velar por la calidad de la atención que se brinda en el subdepartamento de Medicina.

El mayor número de familiares incluidos en el estudio presentaron un cumplimiento medio de indicaciones en relación al horario de visitas, al respetar de cuatro a seis normas de un total de ocho durante su estadía en el subdepartamento. Sin embargo, este cumplimiento no depende absolutamente de la cantidad de información recibida debido a que, al relacionar ambos aspectos, de quienes recibieron suficiente información una mínima cantidad tuvo un alto nivel de cumplimiento, y quienes recibieron una mínima cantidad de información presentaron en su mayoría un nivel de cumplimiento medio de indicaciones, sino que existen otros factores que influyen en el comportamiento de las personas tales como la educación, desinterés, entre otras, por lo tanto, el equipo de salud debe intervenir en aquellos factores que son modificables. Todo esto se acentúa en los momentos que existe menor control en el subdepartamento por ausencia del guardia del edificio. Esto implica una mayor participación de los funcionarios del subdepartamento al comprometerse e involucrarse más en las supervisión y asesoría de los visitantes para que estos no sean sólo visitas sino que agentes terapéuticos que colaboren en la recuperación y bienestar del adulto hospitalizado.

Los familiares y/o cuidadores responsables de pacientes hospitalizados en Medicina que acuden a la visita, manifiestan tener como principales motivos el dar apoyo emocional, seguido por el de acompañar y conversar con el médico tratante. Colaborar en la atención y aprender a satisfacer las necesidades del paciente son motivos considerados menos importantes por parte de los familiares. Por el poco tiempo destinado en el antiguo horario de visitas, las personas tenían menos oportunidades de realizar actividades de cuidado en beneficio del paciente, lo que en la actualidad es diferente ya que disponen de seis horas para colaborar en la atención, por lo que deberían cambiar las prioridades de los familiares al visitar al paciente. La mayoría de los participantes permaneció de forma continua junto al paciente gran parte del tiempo permitido (seis horas), lo cual es un factor positivo para la integración, ya que el equipo de salud puede programar actividades educativas y de participación en conjunto con los familiares, lo cual generará beneficios no sólo durante la hospitalización, sino que también se asegurarán los cuidados en el hogar.

La mayoría de los pacientes en Medicina Interna dependen parcial o totalmente de otros para satisfacer sus necesidades básicas, por lo que el familiar responsable tiene la oportunidad de colaborar en su atención durante el horario de visitas y así transformarse en un familiar participante y no un simple visitante. Pese a esto, se observó que ninguno de los cuidadores tuvo una participación suficiente en la satisfacción de necesidades del paciente de acuerdo al grado de dependencia que presentan, lo que demuestra que no se está cumpliendo en su totalidad con el objetivo del programa Hospital Amigo referente a la integración de la red social de apoyo inmediata al cuidado del adulto hospitalizado, asumiendo la mayoría de

los familiares un rol pasivo durante el horario de visitas, lo que impulsa a pensar que se debe revisar desde enfermería cómo se está entregando o difundiendo la información.

La pequeña proporción de familiares que participó en la atención del paciente durante el horario de visitas lo hizo principalmente en actividades de alimentación, aseo y confort, seguido de eliminación y lubricación de piel. Que un bajo número de cuidadores se integren en el cuidado es consecuencia de que, por una parte, los familiares responsables desconocen los objetivos para los cuales se amplió el horario de visitas y los beneficios de su participación en la atención y, por otro lado, el integrarse en el cuidado del paciente hospitalizado no es una de las principales motivaciones que incitan a los familiares a visitarlo, lo que constituye una oportunidad para capacitar a los familiares e integrarlos al cuidado de los pacientes, objetivo implícito en el programa. Por otra parte, es una instancia que proporcionaría seguridad y tranquilidad a la familia al saber que éste se encuentra en buenas condiciones ya que sus necesidades fueron satisfechas por ellos mismos, y así se contribuirá en definitiva a lograr la adecuada adaptación tanto de la familia como del paciente frente a la crisis no normativa que constituye la hospitalización.

Este estudio, al valorar al familiar y/o cuidador responsable y su integración en el cuidado del paciente adulto hospitalizado, permite obtener información preliminar que formará parte de una base sólida para definir y aplicar nuevas estrategias que conduzcan a la readecuación, organización y optimización de los recursos existentes en el subdepartamento con el fin de planificar y ejecutar programas de intervención y soporte a la familia, y de esta forma integrarlos al cuidado del paciente con conocimientos y destrezas que le permitan influir positivamente en la mantención y recuperación de su estado de salud. Además, estos resultados constituyen una mirada objetiva de la realidad de Medicina Interna frente a este cambio, los cuales pueden ser utilizados por el equipo de salud de este subdepartamento para mostrar a la comunidad hospitalaria la forma en que esta iniciativa se está desarrollando en este lugar con sus aspectos positivos y negativos, lo cual se puede transformar en una instancia para adoptar posibles soluciones, modos de afrontamiento, cambios requeridos, capacitaciones al personal y programas de educación al usuario externo considerando el perfil de los familiares visitantes, financiados a través de proyectos, lo cual debe ser evaluado constantemente a fin de conocer el impacto de las decisiones tomadas por el equipo.

Además, al describir la integración de los familiares al cuidado del paciente hospitalizado en Medicina Interna a pocos meses de implementada la medida, y posteriormente las estrategias utilizadas para mejorar las situaciones problemáticas, este subdepartamento puede transformarse en un referente para otros subdepartamentos dentro del mismo hospital o a nivel nacional, quienes lo adoptarían como modelo para enfrentar sus propias dificultades al respecto. Para esto, se hace necesario difundir la información de la investigación por medio de publicaciones en revistas del ámbito sanitario de orden nacional e internacional, bases de datos en internet y divulgación dentro del mismo centro asistencial.

Así mismo, como se conocen aspectos referentes a la información que los usuarios manejan sobre el programa Hospital Amigo y su función como visitantes, puede surgir la necesidad de masificar la información a la población en general a través de medios audiovisuales (televisión, radio) y escritos (diarios, revistas), lo que facilitaría la adopción del rol de familiar participante durante el horario de visita en la hospitalización del paciente y así colaborarían con el cumplimiento de las metas del programa.

Igualmente, el tema tratado en este estudio reafirma la importancia del rol de la familia como agente terapéutico, suministrador de cuidados y apoyo emocional y espiritual en el contexto de enfermedad de uno de sus integrantes, lo cual debe ser considerado por el personal de Enfermería, quien debe aprovechar este recurso humano para la satisfacción de las necesidades biopsicosociales del individuo hospitalizado. Además, como es Enfermería la disciplina que se ocupa de las respuestas humanas frente a la enfermedad, es responsabilidad de sus profesionales conocer el impacto que genera en el paciente hospitalizado la participación de los integrantes de la familia, lo cual ha sido demostrado a través de diversos estudios relacionados con el tema. Este estudio representa un aporte a la carrera de Enfermería debido a que estos conocimientos deben ser considerados desde los inicios de la formación profesional para que los estudiantes, desde las primeras prácticas clínicas, centren su atención no sólo en el paciente sino que lo consideren junto a su familia como una sola unidad y así realicen intervenciones con un enfoque integral, ya que una vez profesionales tendrán que ser capaces de adaptarse a centros asistenciales con este sistema de visitas que es la tendencia en la actualidad.

Se trata en definitiva del desarrollo de investigación para la gestión, en la cual la/el enfermera/o cumple un rol fundamental debido a que se encuentra capacitada/o para gestionar el cuidado basado en las necesidades del usuario primando éstas sobre las de la institución, transformando las amenazas en oportunidades y las debilidades en fortalezas a través de una gestión eficaz, promoviendo el fortalecimiento del compromiso y trabajo en equipo para proporcionar una atención integral al paciente y su familia.

12. BIBLIOGRAFÍA

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS:

- (1) Aguilera, L. (1994). Citado por Morrison, M. (1999). *Fundamentos de Enfermería en Salud Mental*. (1era ed., pp. 263). Madrid, España: Harcourt Brace.
- (2) Anderson, K.; Anderson, L. & Glanze, W. (1994). Citado por Morrison, M. (1999). *Fundamentos de Enfermería en Salud Mental*. (1era ed., pp. 261). Madrid, España: Harcourt Brace.
- (3) Brunner & Suddarth (2002). *Enfermería Médicoquirúrgica*. (9° ed., pp.5, 99, 105-106, 189). México, D.F: McGraw- Hill Interamericana.
- (4) Burr, W.; Klein,S.; Burr, R.; Doxey, C.; Haeker, B.; Holman, T.; Martin, P.; McClure, R.; Parrish, S.; Stuart, D.; Taylor, A. & White, M. (1994). Citado por Brunner & Suddarth (2002). *Enfermería Médicoquirúrgica*. (9°ed., pp. 106). México, D.F: McGraw- Hill Interamericana.
- (5) Coordinación de Enfermería, Hospital Clínico Regional Valdivia. (2007). *Normativa de funcionamiento del acompañamiento al paciente hospitalizado*. Chile.
- (6) Garrido, A & Gómez, P. (2007). *Planificación estratégica de la Escuela de Enfermería en el Subdepartamento de Medicina Interna del Hospital Clínico Regional Valdivia*. (pp. 3, 5-6,11). Valdivia, Chile.
- (7) Hernandez, R.; Fernández, C. & Baptista, P. (2003.) *Metodología de la Investigación*. (3° ed., pp. 114-137). Madrid, España: Mc Graw Hill Interamericana.

- (8) Icart, M.; Fuentelsaz, C. & Pulpón, A. (2001). *Elaboración y presentación de un proyecto de investigación y una tesina*. (pp. 1-10, 35-36, 38-39, 61-71) Barcelona, España: Ediciones Universitarias de Barcelona.
- (9) Mc Closkey, J. & Bulechek, G. (2005). *Clasificación de Intervenciones de Enfermería*. (4° ed., pp. 168, 170, 174, 405, 426-427) Madrid, España: Harcourt.
- (10) Morrison, M. (1999). *Fundamentos de Enfermería en Salud Mental*. (1era ed., pp. 83, 124, 127, 129-132, 261-267). Madrid, España: Harcourt Brace.
- (11) Paganini, J. & Morales, H. (1992). *La garantía de la calidad. Acreditación para hospitales de América Latina y el Caribe*, Organización Panamericana de la Salud. (pp.16-17). Washington, D.C.
- (12) Potter, P. & Perry, A. (1996). *Fundamentos de Enfermería teoría y práctica*. (Edición en español, pp. 43-45, 431, 437). Madrid, España.
- (13) Rosas, C. (2001). *Modelo conceptual de Enfermería. Las necesidades humanas como base de la disciplina, estructurado por Inés Astorquiza Maldonado*. Material de estudio del Instituto de Enfermería, Universidad Austral de Chile, Valdivia.
- (14) Santander, G. (2001). Programa de participación materna en el cuidado del lactante hospitalizado. *Revista: Investigación y Educación en Enfermería. Universidad de Antioquía*, Vol. XIX (N°2), 52-58.
- (15) Subsecretaria de Redes Asistenciales, Ministerio de Salud. (2007). *Orientaciones metodológicas. Compromisos de Gestión 2007, Objetivo 5.4 Hospital Amigo*. (pp. 70-72). Chile.
- (16) Tomey, M. & Alligood, M. (1999). *Modelos y teorías en Enfermería*, (4ª edición, pp. 181-189). España: Harcourt Brece.
- (17) Wright & Leahy (1994). Citado por Brunner & Suddarth (2002). *Enfermería Médicoquirúrgica*. (9° ed., pp. 105-106). México, D.F: McGraw- Hill Interamericana.

REFERENCIAS ELECTRÓNICAS:

- (18) Barrera, F.; Moraga F.; Escobar, S. & Antilef, R. (2007). Participación de la madre y la familia en la atención del niño hospitalizado: Análisis histórico y visión de futuro. *Revista Chilena de Pediatría*, Vol.78 (Nº1), 85-94. Recuperado el 28 de Agosto del 2007. Disponible en:
http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0370-41062007000100012&script=sci_arttext
- (19) Flórez, M. (2000). Comodidad del paciente hospitalizado en un Servicio de Cirugía cuando se proveen medidas de comodidad que involucran a la familia. *Revista de Enfermería*. Recuperado el 01 de Septiembre del 2007.
Disponible en: http://encolombia.com/medicina/enfermeria/trabajos_originales.html
- (20) Garrido, M.; Luengo, E.; Quintana, R.; Valdebenito, P. & Utreras, M. (2005). *Calidad de De cuidadores informales. Agrupación Alzheimer Concepción*. Recuperado el 28 de Noviembre del 2007. Disponible en:
http://www.colegiomedico.cl/Portals/0/files/biblioteca/publicaciones/cuadernos/45_3.pdf
- (21) Gestión Sanitaria de Mallorca. *Programa de educación sanitaria al cuidador Informal*. Recuperado el 27 de Noviembre del 2007. Disponible en:
http://www.gesma.org/pdf/Enfermeria/Enfermeria_sociosanitaria/Educacion_sanitaria_al_Cuidador_Informal/Programa_de_Educacion_Sanitaria_al_Cuidador_Informal.pdf
- (22) Mangini, S.; Silva, L.; Monti, C. & Spiri, W. (2007). *Revista Latino-Americana de Enfermagem. Familiares visitantes y acompañantes de adultos y ancianos hospitalizados: análisis de la experiencia bajo la perspectiva del proceso de trabajo en Enfermería*, Vol.15 (Nº2). Recuperado el 27 de Agosto del 2007.
Disponible en: http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692007000200017&lng=em&nrm=iso&tlng=es
- (23) Ministerio de Salud de Chile. (2007). *Presupuesto 2007*. Recuperado el 30 de Mayo del 2007. Disponible en: www.minsal.cl
- (24) Real Academia Española. *Hospital*. Recuperado el 21 de Agosto del 2007. Disponible en: http://buscon.rae.es/draeI/SrvltConsulta?TIPO_BUS=3&LEMA=hospital

- (25) Rodríguez, V. (2002). *Guía breve para la preparación de un trabajo de investigación según el manual de estilo de publicaciones de la American Psychological Association (A.P.A.)*. Recuperado el 07 de Septiembre del 2007.
Disponible en: <http://biblioteca.sagrado.edu/guia-apa.htm>
- (26) Subdirección Administrativa. Instituto Nacional de Geriátría. *Relato de iniciativa destacable. Extensión horaria de visita a pacientes hospitalizados*. Recuperado el 01 de Junio del 2007. Disponible en:
<http://www.upch.edu.pe/TROPICALES/TARGA/geriatria.pdf>
- (27) Vidal, D. y col. (1998). Citado por Guzmán, J. & Huenchuan, S. (2005). *Políticas hacia las familias con adultos mayores: el desafío del derecho al cuidado en la edad avanzada*. Recuperado el 27 de Noviembre del 2007. Disponible en:
http://www.cepal.org/dds/noticias/paginas/2/21682/JGuzman_SHuenchuan.pdf
- (28) Zabalegui, A.; Juandó, C.; Sáenz, A.; Ramírez, A.; Pulpón, A.; López, L.; Jones, C.; Izquierdo, M.; Gual, P.; González, A.; Gallart, A.; Díaz, M., Corrales, E.; Cabrera, E. & Bover, A. (2004). *El cuidador informal de personas mayores de 65 años en España*. Recuperado el 27 de Noviembre del 2007. Disponible en:
http://www.scele.enfe.ua.es/web_scele/archivos/compl_cuidad_informal_ancianos.pdf

13. ANEXOS

13.1. ACTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO

ACTA DE CONSENTIMIENTO INFORMADO.

Se me ha solicitado participar voluntariamente en el estudio de tesis “Hospital Amigo: Valoración de la integración del familiar y/o cuidador responsable en la atención del adulto hospitalizado durante el horario de visitas en el Subdepartamento de Medicina Interna del Hospital Clínico Regional Valdivia, en el período Septiembre a Diciembre del año 2007”, que están desarrollando las Srtas. Astrid Garrido Campos y Pamela Gómez Casanova, egresadas de la carrera de Enfermería de la Universidad Austral de Chile.

Yo,, declaro que:

- Se me ha solicitado la participación en el estudio por cumplir con las características necesarias para su desarrollo.
- Se me ha informado de los objetivos del estudio y la importancia de mi participación en éste.
- He podido hacer consultas y he aclarado todas mis dudas referentes a este estudio.
- Decido participar voluntariamente en el estudio, proporcionando toda **la información** requerida, ya que se me ha asegurado que ésta **será estrictamente confidencial, anónima y utilizada sólo con fines del estudio.**

Por lo tanto,

DOY LIBREMENTE MI CONSENTIMIENTO PARA PARTICIPAR DE ESTE ESTUDIO.

Participante

Tesisistas

Fecha: _____

II. Información del paciente.

h. ¿Cuál es el motivo de hospitalización del paciente? (Enfermedad.)

.....

¿Concuerda con diagnóstico médico del paciente? Sí No.....

i. Frente a las siguientes actividades de cuidado personal, señale si el paciente puede realizarlas por sí solo, con ayuda o depende totalmente de otras personas para su ejecución:

Realizadas: Actividades	Por sí solo.	Requiere de ayuda para su realización.	Depende totalmente de otros para su realización.
<u>Aseo y confort:</u> -Baño en ducha o en cama. -Aseo genital. -Aseo bucal. -Cambio de ropa personal y/o pañales. -Cambios de posición, lubricación de piel, levantada y deambulación. -Arreglo personal (peinado, afeitado, corte de uñas).			
<u>Alimentación</u>			
<u>Eliminación</u>			
<u>Otras:</u>			

III. Extensión horario de visitas.

j. Señale la información que ha recibido durante la hospitalización del paciente en relación a los siguientes aspectos:

- 1) ¿Cuál es el horario de visitas en este Subdepartamento?
.....
- 2) ¿Cuántas personas pueden ingresar por paciente simultáneamente? personas.
- 3) ¿Pueden ingresar niños durante el horario de visitas en este Subdepartamento?
.....
- 4) ¿En qué actividades Usted puede colaborar en la atención del paciente?
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
- 5) ¿Qué debe hacer usted cuando ve que se realizará algún procedimiento en la sala que compromete la privacidad de los demás pacientes? (Aseo, asistencia al baño o uso de colectores, procedimientos médicos o de enfermería que requieran privacidad.)
.....
.....
.....
- 6) ¿Le han informado sobre el cumplimiento que deben tener las visitas frente a las indicaciones médicas de alimentación, reposo y aislamientos según corresponda?
.....

k. ¿Quién es la persona que mayor información le ha proporcionado sobre la extensión del horario de visitas?

- | | | | |
|----------------|----------------------------|------------|---|
| 1) Enfermera/o | 2) Técnico paramédico | 3) Médico | 4) Damas de blanco |
| 5) Auxiliares | 6) Estudiantes en práctica | 7) Guardia | 8) Funcionario de la Caseta de Hospital Amigo |
| 9) Nadie | | | |

l. ¿De qué forma recibió dicha información?

- 1) Verbal.
- 2) Escrita (hojas con información, folletos, trípticos)
- 3) Escrita y verbal.
- 4) No ha recibido información.

m. ¿Qué le motiva a Usted venir a visitar al paciente? Marque máximo 3 alternativas.

- 1) Acompañar.
- 2) Dar apoyo emocional.
- 3) Colaborar en su atención.
- 4) Aprender a satisfacer sus necesidades.
- 5) Vigilar al personal para asegurar atención de calidad.
- 6) Conversar con el médico tratante.
- 7) Para distracción propia.
- 8) Otro, ¿cuál?

n. ¿De cuánto tiempo, en horas dispone usted diariamente para acudir al hospital a visitar al paciente?

- 1) < a1 hora.
- 2) de 1 a < 2 horas.
- 3) de 2 a < 3 horas.
- 4) de 3 a < 4 horas.
- 5) de 4 a < 5 horas.
- 6) de 5 a 6 horas.

ñ. Usted considera que el nuevo horario de visitas es:

- 1) Excesivo.
- 2) Suficiente.
- 3) Escaso.

o. ¿Con que finalidad se amplió el horario de visitas de una a seis horas diarias?

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

IV. Integración del familiar responsable y/o cuidador en la atención del paciente durante el horario de visitas. (Sólo para investigador.)

p. Grado de dependencia del paciente en cuidados universales (prácticas de confort, alimentación y eliminación) de acuerdo a instrumento de categorización de usuarios aplicados diariamente en el Subdepartamento de Medicina Interna, HCRV.

- 1) Autosuficiencia parcial 2) Dependencia parcial 3) Dependencia total

q. El familiar responsable y/o cuidador cumple con las indicaciones impuestas por el Subdepartamento en cuanto a:

Sí/No

1) Lavado de manos antes y después de la atención al paciente.
2) Se retira de la sala cuando se realizan procedimientos (aseo, asistencia al baño o uso de colectores, procedimientos médicos o de enfermería, entrega de turno, ingresos) respetando la privacidad de los pacientes.
3) Ingresan sólo 2 personas por paciente y no niños.
4) Mantiene un trato respetuoso con el personal (sin agresiones de tipo verbal y/o físicas.)
5) Respeta indicaciones dadas por los funcionarios del equipo de salud (aislamientos, reposo, alimentación) de los pacientes.
6) Cumple con el horario de entrada y salida.
7) Mantiene orden de la unidad del paciente.
8) Avisa oportunamente situaciones que requieren manejo del personal.

1) 1 a 3: Bajo

2) 4 a 6: Medio

3) 7 a 8: Alto

Observaciones:

.....
.....
.....
.....
.....

r. Durante el tiempo de permanencia con el paciente, el familiar participa cuando corresponde en:

Sí/No

1) Alimentación.
2) Lubricación de piel.
3) Cambios de posición.
4) Aseo y confort.
5) Eliminación.
6) Administración de medicamentos bajo supervisión.
7) Ejercicios pasivos y activos.
8) Deambulación.
9) Pregunta constantemente al personal sobre actividades de colaboración en la atención.

1) 0: Ninguna

2) 1-3: Insuficiente

3) 4-5: Mínima

4) 6-9: Suficiente

Observaciones:

.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

s. El familiar responsable y/o cuidador permaneció con el paciente:

1) < a1 hora.

3) de 2 a < 3 horas.

5) de 4 a < 5 horas.

2) de 1 a < 2 horas.

4) de 3 a < 4 horas.

6) de 5 a 6 horas.

t. El tiempo que permaneció el familiar y/o cuidador responsable con el paciente fue:

1) Continuo.

2) Discontinuo.

13.3. TABLAS DE FRECUENCIA

Edad.

Edad en años	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
15-24	3	6%	6%
25-34	6	11%	17%
35-44	11	20%	37%
45-54	13	24%	61%
55-64	12	22%	83%
65 y +	9	17%	100%
Total	54	100%	

Sexo.

Sexo	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Femenino	36	67%	67%
Masculino	18	33%	100%
Total	54	100%	

Escolaridad.

Escolaridad	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Sin escolaridad	1	2%	2%
Básica incompleta	11	20%	22%
Básica completa	5	9%	31%
Media incompleta	9	17%	48%
Media completa	14	26%	74%
Educación Técnica	4	7%	81%
Educación Superior	10	19%	100%
Total	54	100%	

Ocupación.

Ocupación	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Estudiante	2	4%	4%
Dueña de Casa	23	43%	47%
Trabajo de Jornada Completa	18	33%	80%
Trabajo de Media Jornada	2	4%	84%
Trabajo Esporádico	0	0%	84%
No trabaja	9	17%	100%
Total	54	100%	

Procedencia.

Procedencia	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Sector urbano Valdivia	33	61%	61%
Sector urbano otra localidad	16	30%	91%
Sector rural	5	9%	100%
Total	54	100%	

Cohabitabilidad.

Cohabitabilidad	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Si	35	65%	65%
No	19	35%	100%
Total	54	100%	

Relación del familiar y/o cuidador responsable con el paciente.

Relación del familiar y/o cuidador responsable con el paciente	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Madre	4	7%	7%
Padre	1	2%	9%
Hijo/a	20	37%	46%
Hermano/a	6	11%	57%
Cónyuge	13	24%	81%
Familiar indirecto	5	9%	91%
Otro	5	9%	100%
Total	54	100%	

Conocimiento del motivo de hospitalización.

Conocimiento del motivo de hospitalización	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Sí	30	56%	56%
No	24	44%	100%
Total	54	100%	

Dependencia de cuidados universales.

Dependencia de cuidados universales	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Autosuficiencia parcial	16	30%	30%
Dependencia parcial	27	50%	80%
Dependencia total	11	20%	100%
Total	54	100%	

Percepción de dependencia en aseo y confort, alimentación y eliminación.

Percepción de dependencia en aseo y confort, alimentación y eliminación.	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Por sí solo	10	19%	19%
Requiere de ayuda	28	52%	70%
Depende totalmente de otros para la realización de la actividad	16	30%	100%
Total	54	100%	

Información sobre la extensión del horario de visitas por Programa Hospital Amigo.

Información sobre la extensión del horario de visitas por Programa Hospital Amigo	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Insuficiente cantidad de información	14	26%	26%
Mínima cantidad de información necesaria	22	41%	67%
Suficiente cantidad de información	18	33%	100%
Total	54	100%	

Funcionario del subdepartamento de Medicina Interna que entrega la información.

Funcionario del subdepartamento de Medicina Interna que entrega la información	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Enfermera/o	12	22%	22%
Técnico paramédico	3	6%	28%
Médico	6	11%	39%
Damas de blanco	2	4%	43%
Auxiliares	0	0%	43%
Estudiantes en práctica	0	0%	43%
Guardia	3	6%	48%
Funcionario de la Caseta Hospital Amigo	11	20%	69%
Nadie	17	31%	100%
Total	54	100%	

Medio de entrega de información.

Medio de entrega de información	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Verbal	31	57%	57%
Escrita	0	0%	57%
Escrita y Verbal	6	11%	69%
No ha recibido información	17	31%	100%
Total	54	100%	

Motivo de visita.

Motivo de visita	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Acompañar	34	22%	22%
Dar Apoyo emocional	47	30%	52%
Colaborar en su atención	27	17%	70%
Aprender a satisfacer sus necesidades	9	6%	75%
Vigilar al personal para asegurar atención de calidad	4	3%	78%
Conversar con el médico tratante	34	22%	100%
Para distracción propia	0	0%	100%
Otro objetivo	0	0%	100%
Total	155	100%	

* Los 54 familiares y/o cuidadores responsables participantes del estudio podían elegir máximo tres de las alternativas anteriormente tabuladas.

Disponibilidad de tiempo para la visita.

Disponibilidad de tiempo para la visita	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
< a1 hora.	1	2%	2%
de 1 a < 2 horas.	8	15%	17%
de 2 a < 3 horas.	13	24%	41%
de 3 a < 4 horas.	10	19%	59%
de 4 a < 5 horas.	3	6%	65%
de 5 a 6 horas.	19	35%	100%
Total	54	100%	

Percepción de la cantidad de horas del nuevo horario de visitas.

Percepción de la cantidad de horas del nuevo horario de visitas	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Excesivo	4	7%	7%
Suficiente	49	91%	98%
Escaso	1	2%	100%
Total	54	100%	

Conocimiento de los objetivos del Programa Hospital Amigo.

Conocimiento de los objetivos del Programa Hospital Amigo	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Bajo	30	56%	56%
Medio	24	44%	100%
Alto	0	0%	100%
Total	54	100%	

Cumplimiento de indicaciones del subdepartamento sobre el horario de visitas.

Cumplimiento de indicaciones del subdepartamento sobre el horario de visitas	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Bajo	4	7%	7%
Medio	46	85%	93%
Alto	4	7%	100%
Total	54	100%	

Participación en el cuidado: tipo de actividades.

Participación en el cuidado	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Alimentación	25	28%	28%
Lubricación de piel	10	11%	39%
Cambios de Posición	9	10%	49%
Aseo y confort	22	24%	73%
Eliminación	14	16%	89%
Administración de medicamentos bajo supervisión	2	2%	91%
Ejercicios pasivos y activos	1	1%	92%
Deambulación	5	6%	98%
Pregunta constantemente al personal sobre actividades de colaboración en la atención	2	2%	100%
Total	90	100%	

* Los 54 familiares y/o cuidadores responsables participantes del estudio podían participar en más de una de las actividades anteriormente tabuladas.

Participación en el cuidado: cantidad de actividades.

Cantidad de actividades de cuidado	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Ninguna	26	48%	48%
Insuficiente	16	30%	78%
Mínima	9	17%	94%
Suficiente	3	6%	100%
Total	54	100%	

Duración de la visita.

Duración de la visita	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
< a 1 hora	3	6%	6%
de 1 a < 2 horas	9	17%	22%
de 2 a < 3 horas	11	20%	43%
de 3 a < 4 horas	11	20%	63%
de 4 a < 5 horas	9	17%	80%
de 5 a 6 horas	11	20%	100%
Total	54	100%	

Permanencia de la visita.

Permanencia de la visita	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Continua	42	78%	78%
Discontinua	12	22%	100%
Total	54	100%	

Correspondencia entre la percepción del familiar y/o cuidador responsable sobre dependencia en aseo y confort, alimentación y eliminación del paciente hospitalizado con el registro de categorización de dependencia de cuidados.

Correspondencia	Frecuencia	Porcentaje	Porcentaje acumulado
Sí	35	65%	65%
No	19	35%	100%
Total	54	100%	