

**UNIVERSIDAD DE VALPARAÍSO  
FACULTAD DE MEDICINA  
ESCUELA DE PSICOLOGÍA**

**SEMINARIO DE TÍTULO PSICOLOGÍA CLÍNICA**

**APROXIMACIÓN A LA EXPERIENCIA USUARIA DEL PROGRAMA “HOSPITAL  
AMIGO”**

**PROFESORA SUPERVISORA**

**CLAUDIA CALDERÓN FLÁNDEZ**

**POR**

**LORETO BUSTOS BUSTOS**

**PAMELA CAVIERES ARAYA**

**NATALY CISTERNAS ARAYA**

**TERESA CORRIAL AYALA**

**VALPARAÍSO, 6 DE ENERO DEL 2014**

## ÍNDICE

<b>RESUMEN</b>	4
<b>ANTECEDENTES</b>	5
<b>PROBLEMA</b>	8
<b>3.1.- Acercamiento al Campo</b>	8
<b>3.1.1.- Fase N° 1: Entrevistas</b>	9
<b>3.1.2.- Fase N° 2: Notas de Campo</b>	16
<b>OBJETIVOS</b>	22
<b>4.1.- Objetivo General</b>	22
<b>4.2.- Objetivos Específicos</b>	22
<b>RELEVANCIA</b>	23
<b>MARCO TEÓRICO</b>	25
<b>6.1.- Introducción</b>	25
<b>6.2.- Nuevas miradas en Salud</b>	26
<b>6.3.- Programa “Hospital Amigo”</b>	27
<b>6.3.1.- Evaluación del programa “Hospital Amigo”</b>	29
<b>6.4.- Apoyo Social</b>	30
<b>6.5.- Apoyo Adulto Mayor</b>	31
<b>6.6.- Hospital Geriátrico “La Paz de la Tarde”</b>	33
<b>6.7.- Etnografía</b>	35
<b>MARCO METODOLÓGICO</b>	38
<b>7.1.- Muestra</b>	40
<b>7.2.- Técnicas</b>	41
<b>7.2.1.- Observación No Participante</b>	41
<b>7.2.2.- Entrevista “ etnográfica”</b>	42
<b>7.3.- Procedimiento</b>	43
<b>RESULTADOS</b>	49
<b>8.1.- Sentirse en Casa</b>	49
<b>8.2.- Confianza- Cercanía</b>	55
<b>8.3.- Colaboración-Integración</b>	61
<b>8.4.- Convivencia -Diversidad</b>	65
<b>8.5.- Sensación de Protección</b>	70
<b>DISCUSIÓN</b>	74

<b>CONCLUSIONES</b>	83
<b>REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS</b>	87
<b>ANEXOS</b>	90

## RESUMEN

La presente investigación titulada “Aproximación a la experiencia usuaria del programa “Hospital Amigo””, se encuentra fundamentada desde los lineamientos teóricos que caracterizan la metodología cualitativa.

Es importante mencionar además que esta investigación posee una inspiración etnográfica desde donde las investigadoras se acercan al campo para, en una primera instancia formular el problema de investigación y posteriormente recolectar los datos.

El objetivo central de esta investigación es “Describir, analizar y comprender desde una mirada cualitativa la experiencia de los usuarios del programa “Hospital amigo”” mediante el análisis de cinco categorías que permitirán a las investigadoras acercarse a la experiencia usuaria del programa “Hospital Amigo”, respondiendo así a la pregunta de investigación **¿Cómo los usuarios del programa describen y significan la experiencia de participar del programa Hospital Amigo y qué aspectos relevantes caracterizan esta experiencia?**.

## ANTECEDENTES

Dentro de las complejidades que implica la presencia de una enfermedad en la vida, los procesos de Hospitalización son sin duda fuente de grandes cambios para la red social que acompaña a un paciente; generando importantes modificaciones tanto individual como familiar.

El hogar debe ser abruptamente abandonado por parte del paciente, lo que genera una modificación en la dinámica relacional de los miembros de aquella familia, teniendo que adaptarse a esta nueva realidad, generando planificaciones en torno a este espacio transitorio y ajeno al cual su ser querido ha sido trasladado (Minuchin A., 2004).

La gran cantidad de hospitalizaciones requiere sin duda preocupación por parte de los sistemas que regulan los espacios de salud en el país, a través de medidas que regularicen este proceso durante el cual las redes más cercanas al pacientes deben movilizar sus recursos, con el fin de afrontar de la manera más satisfactoria posible la hospitalización de su pariente o amigo. Es debido a aquello que las políticas públicas en salud generan normativas que van enfocadas a facilitar y regular este proceso.

Un ejemplo de política pública, que durante el año 2007 se implementa en Chile, es el Programa "Hospital Amigo", el cual es puesto en práctica durante el primer Gobierno de Michelle Bachelet, con la finalidad de convertir el espacio hospitalario en un lugar más acogedor y con un trato más humanitario, integrando a la familia y comunidad al sistema sanitario. Este objetivo se enmarca en una serie de medidas que buscan mejorar la calidad de la estadía en el recinto de los familiares del paciente hospitalizado, con el objetivo de propiciar una mejor recuperación durante el proceso de hospitalización.

Esta política se basa en la concepción de que la familia es la principal y más importante fuente de apoyo, sobre todo para quienes presentan mayor dependencia. Según Carmen Barros y Mónica Muñoz (2003) "en el contexto nacional, ha observado que la mayoría de las personas consideran que la familia, en particular los hijos y el cónyuge, son las relaciones más importante a diferencia de la que se mantiene con los amigos; indicando

incluso que no habría ninguna otra fuente de soporte que pueda reemplazar el apoyo brindado por la familia”

El apoyo que brindan es de tipo social, funcional, económico o material, y además apoyo emocional de forma continuada. Por otro lado, el apoyo brindado en circunstancias de enfermedad y afección por la familia, es fundamental y resulta beneficioso ya que permite una recuperación favorable al estar acompañada por esta (Gracia et al., 1995).

La teoría del apoyo social y psicológico de la salud constituye el marco sobre el cual se entiende el rol que cumple la familia en su relación con la salud, por una parte permite entender cómo el grupo familiar desempeña una función en el bienestar físico y mental de sus integrantes, y por otra parte cómo las características del contexto social se ponen de manifiesto en el hogar.

En este entendimiento por lo tanto, la familia constituye la primera red de apoyo social que posee el individuo a través de toda su vida. Por ello se reconoce que esta instancia ejerce función protectora ante las tensiones que genera la vida cotidiana y las adversidades que se viven en la misma (Vega O, et.al, 2009).

A través de las políticas públicas implementadas en la última década se ha buscado integrar al sistema hospitalario a esta importante red de apoyo que constituye la familia y la comunidad, con el fin de involucrar a las personas significativas en el proceso de salud enfermedad. A partir de esta nueva perspectiva en la cual se abren las puertas al espacio hospitalario, se hace necesario resguardar el bienestar de las personas que ahora se hacen parte de los cuidados de su familiar dentro del hospital, buscando un buen funcionamiento del sistema en donde los cuidadores puedan percibir un servicio que les otorga comodidad y satisfacción, implementando iniciativas que pongan en práctica una salud comprometida, acogedora y participativa que logre satisfacer las necesidades y expectativas de la población (Minsal, 2011).

En relación a esto, los fundamentos del programa “Hospital Amigo” están focalizados principalmente en la satisfacción usuaria, la que cobra relevancia a partir de la ley de Derechos y Deberes del usuario. Esta ley es promulgada el año 2012 y tiene por objetivo dar un marco legal que se encargue de regularizar los deberes y derechos vinculados a

la atención en los sistemas de salud. Esta normativa incluye aspectos referidos a la información, al trato digno y respetuoso y al uso del lenguaje apropiado. El programa por ende, busca satisfacer de mejor manera a los usuarios del sistema Hospitalario, entendiéndose estos como el paciente mismo y sus acompañantes o cuidadores principales (<http://www.leychile.cl>).

La evaluación de la política pública antes mencionada, tiene como objetivo básicamente responder a estándares de calidad previamente estipulados, a través de escalas y cuestionarios. Lo que en base a una metodología cuantitativa, genera resultados que aprueban o no el cumplimiento de los requisitos del programa (Minsal, 2013).

Esta manera de evaluar el programa parece poco coherente con el sentido principal de la Política Pública; de entregar un servicio amable y acogedor a los usuarios de las instituciones hospitalarias. Si bien el foco principal del programa son las personas, la forma en que la evaluación se realiza invisibilizaría de cierta manera algunos ámbitos de la experiencia propiamente humana de adaptarse a circunstancias de dificultad, como lo es el enfrentar un proceso de enfermedad dentro de un marco regulatorio como lo es el “Hospital Amigo”.

Surge ante este escenario la necesidad de utilizar herramientas que permitan visualizar con profundidad una esfera del programa “Hospital amigo” que la evaluación ha mantenido invisibilizada debido a las características propias de la metodología cuantitativa utilizada; para ello se recurre a la metodología cualitativa, la cual a través de técnicas que resalten la descripción densa de la experiencia, acerquen la investigación al mundo de los significados propios de los actores principales, lo que tiene directa relación con el compromiso etnográfico utilizado en el curso de este proyecto. Complementando de esta manera la mirada más objetiva de la evaluación del programa, la cual no alcanza a ahondar en una descripción más profunda y densa de la realidad que vivencian las familias y redes sociales de los paciente hospitalizados, con el fin de visibilizar aquellos terrenos de la experiencia usuaria que la metodología utilizada en la evaluación del programa no permiten reconocer con la profundidad que ésta necesita y merece.

## PROBLEMA

### 3.1.- Acercamiento al campo

*“Una forma de trabajo intelectual que no se regodea en artilugios retóricos ni en el último grito del autor francés de moda, sino que descansa en la propia experiencia...” (Guber R., 2001)*

La política pública “Hospital Amigo”, que incorpora dentro de sus objetivos de trabajo la satisfacción usuaria, ha concebido la evaluación del programa como un proceso más bien técnico, centrado principalmente en aspectos relacionados con el cumplimiento de estándares de calidad, de estructura física, objetivos temporales previamente coordinados, apropiada utilización de los recursos, etc. Este tipo de evaluación realizada, pareciera centrarse en gran medida en las estrategias generadas por parte del programa para cumplir con requisitos estructurales y funcionales bien definidos, por lo que resultaría interesante complementarla con otros aspectos relativos a la dimensión de la experiencia usuaria, los cuales estarían más bien ligados a aspectos particulares de la vivencia de cada persona participante del programa.

Si bien el aspecto subjetivo no resulta medible con facilidad desde el ámbito más cuantificable, surge la mirada comprensiva de las ciencias sociales como una forma de acceder a este ámbito difícil de abordar. La inspiración etnográfica que guió la presente investigación, permitió acercarse a la experiencia con el objetivo de intentar visualizar como esta es significada por los usuarios, desde sus propias visiones y distinciones de lo que a diario viven.

Tomando como objeto de estudio la experiencia que deriva de la implementación del “Hospital Amigo”, las investigadoras iniciaron una fase de exploración de campo a fin de problematizar las dimensiones de esta experiencia desde la significación de los actores relevantes. Se realizaron visitas en terreno a centros hospitalarios en los cuales el programa “Hospital Amigo” se encuentre implementado. Además se realizaron entrevistas a informantes que tienen una participación relevante en el programa, para comprender así como este se implementa y funciona.

A través de este acercamiento en terreno se logró enriquecer la información previamente recolectada, ya que desde la exploración emerge la esencia de las particularidades de las

prácticas cotidianas. La finalidad de esta búsqueda se enmarca en el propósito intencionado de recoger desde los actores la problematización que encausó esta investigación.

Es importante mencionar que este acercamiento al terreno, constituye un paso fundamental en el proceso de problematización de la presente investigación. Es aquí, en el campo mismo, desde donde surge el problema de investigación y no desde una mirada teórica y alejada de las vivencias de los involucrados.

Por otro lado este proceso de acercamiento al campo será dividido y presentado mediante dos fases, las cuales constituyen un material relevante para el proceso de problematización.

### **3.1.1.- Fase N° 1: Entrevistas**

El primer acercamiento al campo fue la búsqueda de información clave sobre el programa “Hospital Amigo”, el cual se realizó en un importante hospital público de la región. A partir de la información entregada por esta institución, el proceso de búsqueda se dirigió a conocer las bases que fundamentan el origen de esta política. La información encontrada no satisface completamente todas las dudas con que las investigadoras se acercan en esta primera instancia, por lo que el proceso derivó hacia la búsqueda de nuevos datos que complementen la información recabada.

Para esto se realizó un primer contacto con un informante que cumple un rol más bien técnico dentro de la implementación regional del programa (Informante N°1), el cual podría dilucidar las interrogantes acerca de las bases de esta política pública y su manera de ser implementada y evaluada. El segundo entrevistado (Informante N°2) pertenece a un hospital de la región que ha logrado la implementación del programa. Este informante, debido al su rol participativo en el programa “Hospital Amigo” logra vivenciar de manera más cercana la ejecución del mismo, lo que podría ser de utilidad para recabar información relevante para la investigación, aportando con una mirada diferente a la entregada por el primer entrevistado.

Una de las temáticas principales a abordar en las entrevistas dice relación con la fundamentación teórica del “Hospital amigo”, junto con despejar aquellas dudas que

representan ciertas áreas no muy claras acerca del programa. Resultó además relevante incluir preguntas que logran reflejar la opinión y puntos de vista particulares de cada entrevistado, ya que es posible la especulación sobre la existencia de distintas visiones de acuerdo a los roles que cumple cada informante. (Ver Anexo N°1)

### **Informante N° 1**

El primer informante, que cumple un rol más bien técnico, señaló constantemente que su labor consiste en efectuar las ordenanzas que se le dan desde el Ministerio central, para luego ejecutarlas en cada hospital. Él destaca la importancia de cumplir los puntos que se plantean en el programa y de llegar en algún momento a protocolizar lo más posible todo lo que tenga relación con las propuestas del programa “Hospital Amigo”, de manera tal que la comunidad tenga claridad acerca de los derechos y obligaciones con las que cuentan al participar a este programa. Esto queda explicitado en la siguiente cita.

*“...igual de todas maneras en este proceso seguimos estandarizando cosas, o sea por ejemplo, protocolos de alimentación, protocolos de horarios de visitas, ojalá todo esté lo más estandarizado posible...” (Informante N°1, Página 3, Párrafo 1, Línea 18) (Ver Anexo N°2)*

A medida que continúa la entrevista, llama la atención a las investigadoras que el foco principal de la evaluación del programa se centre en la correcta implementación de la estrategia, la que consiste principalmente en el cumplimiento de las 10 medidas previamente estipuladas de acuerdo a los lineamientos ministeriales. Y de acuerdo a las posibilidades de cada hospital. Esto queda explicitado al momento en que se pregunta al entrevistado los aspectos del programa que debieran ser evaluados, a lo que él responde:

*“...Entrevistador N°1: desde su criterio, ¿cuáles cree usted debieran ser los aspectos que debiera evaluar el programa? la estrategia, la mantención de las medidas en pocas palabras. Yo creo que hay que arremeterse un poco a eso... lo que tenemos que orientar es que el trabajo se cumpla efectivamente...” (Informante N°1, Página 4, Párrafo 7, Línea 1) (Ver Anexo N°2)*

En la cita anterior, se logra inferir que lo que se está poniendo en juego es la objetividad, la validación. A través de la evaluación se busca un “testigo externo e independiente” que permita revelar más allá de toda duda razonable, las cualidades del programa.

La cita precedente explicita claramente en qué se basan las evaluaciones que se realizan, las cuales apuntan al cumplimiento de estándares, los cuales deben mantenerse en el tiempo. Se lograría visualizar una evaluación enmarcada básicamente en el cumplimiento o no de los ítems propuestos para evaluar, sin embargo resultaría interesante adentrarse en los terrenos subjetivos de la experiencia de quienes participan del programa, a través de herramientas que según sus características comprensivas, permitan relevar la voz de los reales protagonistas de este proceso.

Otra idea relevante guarda relación con la importancia expresada acerca de la satisfacción usuaria, la cual constantemente es mencionada por el entrevistado, como un factor fundamental dentro del Programa.

*“... sí, o sea la estrategia Hospital Amigo se basa en poder tener mejor satisfacción a los usuarios...” (Informante N°1, Página 4, Párrafo 3, Línea 1) (Ver Anexo N°2)*

En otro momento de la entrevista, el informante plantea lo siguiente:

*“... la implementación del programa es un paso sustancial respecto a la satisfacción usuaria...” (Informante N°1, Página 4, Párrafo 9, Línea 1) (Ver Anexo N°2)*

En ambas citas el informante refiere que la estrategia apunta a mejorar la satisfacción usuaria, sin embargo, a través de la implementación y de las evaluaciones que se están realizando al programa “Hospital Amigo”, no se observa una forma de medir esta satisfacción usuaria que logre visualizar otros elementos que podrían resultar esenciales para alcanzarla. Desde otro punto de vista, sería relevante comprender, cómo los sujetos significan la satisfacción usuaria y cómo podría mantenerse a través del tiempo.

Posteriormente el informante clave expresa la creencia de que la población efectivamente se siente satisfecha por la implementación de este programa.

*“...de todas maneras la comunidad agradece mucho tener los espacios para poder acompañar a su, al paciente...” (Informante N°1, Página 5, Párrafo 9, Línea 2)(Ver Anexo N°2)*

*“... casi todo el mundo está aprovechando esta oportunidad, y eso también se aprecia mucho...” (Informante N°1, Página 6, Párrafo 1, Línea 1) (Ver Anexo N°2)*

En estas citas, el informante apunta a un aspecto que cobra relevancia para las investigadoras en su proceso de problematización, el cual dice relación con la satisfacción usuaria.

Al no existir una evaluación que dé cuenta de la opinión de los usuarios y de cómo ellos vivencian el programa “Hospital Amigo”, queda la sensación a través de la entrevista, que existiría un ámbito, que si bien da luces de su presencia, aún no se logra revelar a través de las evaluaciones que realiza el programa. Sería necesario otro tipo de aproximación para comprender este elemento que aún no se logra asir con las herramientas ya desplegadas por parte del programa.

Durante las reuniones reflexivas, momento en el cual se analiza la información previamente recolectada, resultan llamativas las afirmaciones anteriormente planteadas debido a que refleja una cierta contradicción acerca de lo que en la práctica se evalúa y lo que se dice fundamental como objetivos del programa, es decir la satisfacción usuaria. Este aspecto que el entrevistado menciona constantemente, demuestra la creencia en la existencia de una dimensión relacionada con la experiencia usuaria y la satisfacción de esta.

Sin embargo esta dimensión tiene algo de críptica y de implícita. Al parecer los mecanismos utilizados para indagar en este fenómeno de la satisfacción usuaria no logran acceder a esta. Es importante mencionar que el entrevistado cumple un rol en el cual no le es posible acercarse a la realidad cotidiana del programa, ejerciendo un papel en donde los instrumentos estandarizados de medición son las herramientas más disponibles para lograr visualizar esta dimensión.

A lo largo de las reuniones reflexivas se plantea además, la posibilidad de que en la posterior entrevista, surja nuevamente esta idea relacionada con la satisfacción usuaria, lo que sería interesante para el proceso de problematización. Esto debido a que el trabajo en terreno que realiza el informante N°2, podría aportar a la investigación datos novedosos, ya que este conoce la implementación del programa de una manera más cercana y participativa, lo que le permitiría visualizar desde las prácticas esta dimensión poco definida.

## **Informante N° 2**

La entrevista con el segundo informante clave, se realiza en un hospital alejado de Valparaíso donde este realiza sus labores. Es relevante mencionar que el lugar donde se produce esta entrevista cuenta con elementos particulares que aportan al proceso de problematización, puesto que se realiza en un lugar en donde el programa se encuentra implementado, por lo que la información recolectada no sólo surgirá de la entrevista realizada, sino que además de la observación que trae consigo el estar en este espacio.

Al llegar al lugar, se siente un entorno apacible, tranquilo y de mucha armonía. Con grandes áreas verdes y gente paseando por el lugar o en las salas viendo televisión. Se da comienzo a la entrevista y es el informante quien comienza a comentar sobre la información que maneja, tratando la temática desde una mirada más general. Comienza a hablar sobre políticas públicas de forma amplia, destacando los cambios que se han llevado a cabo en el último tiempo con respecto a la concepción que se tiene de salud en el país, de los derechos con los que los pacientes cuentan al momento de hacer uso de los diversos sistemas de salud y cómo estos derechos han ido tomando relevancia y han pasado a formar parte de una ley firmemente estipulada.

*“... este programa del Hospital amigo, venía previo a la Ley, ya había una lógica desde el ministerio de incorporar a la familia en los tratamientos de los usuarios...” (Informante N° 2, Página 1, Párrafo 5, Línea 1) (Ver Anexo N° 3)*

El informante entrega datos con respecto a su experiencia en el hospital donde trabaja y con el programa en particular. Recalca lo interesante que ha sido y lo productivo que ha resultado para ellos como institución la implementación de este programa, ya que se

ajusta a las perspectivas que ellos manejan de familia y sobre todo a la importancia de ésta en el proceso de enfermedad junto al paciente. Con respecto a lo anterior la informante explicita:

*"...para nosotros ha sido súper bueno, positivo, porque como les digo este es un hospital particular, que la persona se viene a rehabilitar, entonces requiere del apoyo familiar, requiere de la motivación de los familiares..." (Informante N° 2, Página 6, Párrafo 3, Línea 9) (Ver Anexo N° 3)*

Cuando se le pregunta al informante acerca de la evaluación del programa, da a entender que está orientada a corroborar el correcto funcionamiento técnico. De cierta forma se expresa la sensación de que todo lo abordado en la evaluación se encuentra demasiado estructurado, se podría inferir que habría ciertos aspectos invisibilizados mediante la forma de evaluar:

*"... hay un ámbito dentro de la acreditación que se llama dignidad de la persona del paciente y se entrecruza el tema del acompañamiento, el consentimiento informado, los derechos de los usuarios [...] todo se mide a través de indicadores y verificadores concretos..." (Informante N° 2, Página 9, Párrafo 1, Línea 2) (Ver Anexo N° 3)*

A pesar de lo anteriormente dicho, se logra apreciar en el discurso un interés por considerar un ámbito relacionado con la experiencia individual de los usuarios que va más allá de los indicadores concretos de medición, lo que se refleja en la siguiente cita:

*"...quizá sería interesante también incorporar metodologías cualitativas para ver realmente como esto fue para el usuario, tener el acompañamiento o no..." (Informante N° 2, Página 9, Párrafo 1, Línea 39) (Ver Anexo N° 3)*

Habría una necesidad de conocer cómo significan los usuarios la implementación de este programa y su experiencia en él, la cual hasta el momento parece ser un ámbito al que la evaluación técnica y estandarizada no ha logrado adentrarse con la profundidad que requiere. Esta cita resulta fundamental para el proceso de problematización y para el curso que sigue esta investigación, puesto que se hace mención a la importancia de la

incorporación de una metodología comprensiva que permita visualizar otros ámbitos de la experiencia usuaria.

Al finalizar la sesión el informante propone un recorrido por el recinto, con el fin de conocer las instalaciones y verificar empíricamente la existencia del llamado “rincón amigo”, y cómo funciona en la práctica la implementación de la política antes mencionada. El Hospital cuenta con espacios grandes de áreas verdes, y las salas se encuentran dispersas alrededor de todo este lugar. Al caminar por un pasillo de cemento se llega a la sala de Hospitalización de mujeres. En esta sala de dimensiones relativamente pequeñas se encuentran mesas y artefactos como T.V y microondas. Las pacientes adultas mayores están en el lugar realizando sus actividades habituales.

El informante comenta sobre el espacio, muestra la ubicación del “rincón amigo” compuesto por un hervidor de agua y un microondas. Al lado de estos implementos se encuentra un pendón donde se exponen los beneficios y derechos que otorga la política pública. Posteriormente se realiza una visita a la sala de hombres, lugar no muy espacioso en donde se encuentran los adultos mayores de género masculino.

El entrevistado señala en un rincón de la habitación la presencia de un bergere destinado a los familiares de los pacientes, además de un microondas y un hervidor de agua. También se destaca la presencia de un buzón de reclamos y sugerencias. Posteriormente el recorrido acaba y el informante se dirige a realizar sus actividades profesionales habituales.

La entrevista entrega una visión más cercana a la realidad cotidiana que se vive en un Hospital que cuenta con el programa “Hospital Amigo”. Por otro lado se extrae a través del diálogo con el informante la imperiosa necesidad de incorporar metodologías cualitativas durante el proceso de evaluación del programa, las cuales sean capaces de aportar una visión distinta sobre las vivencias de los usuarios.

La información recabada en ambas entrevistas entrega al equipo más claridad acerca de los procedimientos que protocolizan la política pública. Sin embargo queda en el ambiente, una constante sensación de que hay ciertos aspectos que no se clarifican todo lo necesario, principalmente lo que refiere a los ámbitos de la experiencia usuaria. Se

explicita la creencia por parte de los entrevistados de la existencia de estos ámbitos, sin embargo se aborda exclusivamente desde la mirada cuantitativa, desde la cual no se logra ahondar completamente la experiencia subjetiva.

Se ponen en diálogo ambas entrevistas, con la finalidad de encontrar puntos en común entre estas y a la vez encontrar las principales diferencias entre sus puntos de vistas, rescatando también los roles que cada uno cumple en la implementación del programa (Ver Anexo N° 4).

Finalmente se concluye que existiría entre los profesionales entrevistados la creencia de que el programa “Hospital Amigo” resultaría beneficioso para el bienestar de la familia, reconociendo los derechos de los pacientes. Sin embargo, esta percepción tiene algo de críptico, de no dicho, de implícito, de contenidos latentes que pueden ser visibilizados a través de una metodología cualitativa, la cual permita acercarse a la experiencia cotidiana del programa, vivenciada y significada por sus propios actores.

### **3.1.2.- Fase N°2: Notas de Campo**

Habiendo finalizado una etapa de entrevistas, se decide continuar con la fase de acercamiento al campo de investigación, esta vez a través de observaciones in situ, que vienen a enriquecer el compromiso etnográfico de la investigación. Esto con la finalidad de aportar con observaciones acerca de las prácticas habituales y rutinarias de los familiares y pacientes en los hospitales, como espacio desde donde emergen de modo espontáneo dimensiones culturales y simbólicas de la experiencia.

A través de reuniones reflexivas, se definen posibles ámbitos de la experiencia relevantes a observar en terreno, que dicen relación con los objetivos del programa y con lo previamente analizado. Los ámbitos seleccionados son, “el sentirse en casa”, “confianza-cercanía” y “colaboración-integración”.

Luego de recopilar y organizar la información recabada de las entrevistas realizadas, surgen tres dimensiones como punto en común de ambas entrevistas. Estas dimensiones tienen como finalidad aportar en la búsqueda de información futura, como aspectos guías

que permitan orientar la exploración hacia la comprensión de la experiencia usuaria del programa “Hospital Amigo”. Estas corresponden a:

- El “Sentirse en Casa” hace referencia con la experiencia de los usuarios en el espacio físico del establecimiento, vale decir el hospital es considerado como un espacio de encuentro, comodidad y satisfacción de necesidades tanto físicas como emocionales. Es interesante dentro de este ámbito identificar cualidades que sean percibidas o significadas por el usuario como acogedoras y que provean de un ambiente que permita a las personas mantener un espacio más familiar y doméstico.
- La dimensión relacionada con “la Confianza y Cercanía” se infiere de las prácticas de interacción que sostienen de modo más menos habitual los usuarios con los funcionarios del hospital. Esta dimensión tiene que ver con cómo los acompañantes de los pacientes interactúan con el personal clínico del recinto, es decir, la disposición de los participantes en este encuentro.
- La “Colaboración-Integración” hace referencia al sentido de utilidad que sostienen los usuarios al momento de hacerse parte de los cuidados y del proceso curativo de su familiar. Esto se relaciona con la experiencia de ser invitado a participar en la rehabilitación del paciente hospitalizado y cómo desde la institución se les otorga el espacio para aprender y colaborar y como son reconocidos sus esfuerzos y aprendizaje en el contexto del cuidado de la persona hospitalizada.

Estas dimensiones descritas anteriormente son definidas desde la información recabada en las entrevistas que previamente se realizaron. El próximo acercamiento al campo, podría enriquecer dichas dimensiones, volviéndose descripciones densas que permitan entender de una manera más acabada las vivencias de los usuarios del programa “Hospital Amigo”. Es importante además considerar que de la futura aproximación al campo pueden surgir nuevas dimensiones que complementen el trabajo de las investigadoras.

Ya finalizada esta primera fase de investigación, se da inicio a la fase de problematización, en la cual las investigadoras se acercan a terreno, en donde se tiene como finalidad el enriquecer las dimensiones anteriormente propuestas y visualizarlas in

situ. Es así como se comienza esta fase en un hospital cercano a la región, ubicado en una zona rural.

Al momento de llegar las investigadoras se distribuyen en los diversos espacios del establecimiento designados como lugares de observación, el pasillo cercano al baño del “Hospital Amigo”; en donde se reúnen familiares y pacientes; y una de las salas de estar para las mujeres hospitalizadas y sus familiares. Estos lugares parecen ser claves para observar cómo los principales protagonistas del lugar se desenvuelven en torno a estos espacios que el hospital les ha brindado para compartir. El programa “Hospital Amigo” facilita estos espacios para la comodidad, tranquilidad y tránsito de los usuarios, por ende resultan pertinentes para ser designados como lugares de observación.

En cuanto al espacio físico, se puede visualizar un espacio cómodo y bastante grato para los usuarios del lugar, lo que vendría a cobrar sentido en la dimensión que hace referencia al “sentirse en casa”. Pareciera ser que las relaciones que son significativas para los pacientes se continúan manteniendo al interior de esta estancia, en donde pueden compartir cómodamente en familia y sin interrupciones. Además se destaca la comodidad que el lugar ofrece, asemejándose en ocasiones al propio hogar.

*“... la señora se dirige a su familiar [...] y comienzan a charlar por un buen rato [...] todo esto realizado con mucha comodidad y naturalidad, como si se encontraran en un espacio similar a sus propios hogares...”, “... entre las personas de la sala, hay un adulto, el cual pareciera ser un familiar de los pacientes, se encuentra sentado cerca de dos señoras que conversan amablemente, su postura corporal refleja comodidad y distensión, mientras a su alrededor el personal médico continúa con su rutina habitual, sin afectar la conversación entre pacientes y familiares ...”*

*(Nota de campo N°1, Página 2, Párrafo 2, Línea 1) (Ver Anexo N°5)*

En el lugar se logra apreciar una comunicación fluida y amable entre funcionarios y usuarios del hospital, en donde las personas logran sentir tranquilidad al momento de acercarse a los funcionarios, dejando entrever una relación que no se caracteriza por la formalidad de una relación tradicional de enfermero-paciente. Esta relación se asemejaría más a una relación de amistad, en donde existe la confianza de parte de ambos para

dialogar entorno a las preocupaciones del cuidador. Esta descripción guardaría relación con la dimensión denominada “confianza y cercanía”.

*“... una de las mujeres del grupo se acerca a un enfermero a preguntarle acerca de los remedios que debe tomar. Llama la atención la tranquilidad con que la mujer se acerca a iniciar la conversación con éste y la buena disposición del enfermero. Pareciera una relación muy amigable, no tan solo una relación enfermero-paciente...” (Nota de campo N°1, Página 1, Párrafo 4, Línea 1) (Ver Anexo N°5)*

Desde los funcionarios también se logra apreciar una disposición amable y acogedora hacia los pacientes del lugar, existiría un trato cercano entre los actores, se observa la sensación de contención y amabilidad por parte de los funcionarios de la institución, destacando la comodidad con la que los pacientes y sus familiares acuden a éstos para por ejemplo, calmar inquietudes o simplemente dar un afectuoso saludo de buenas tardes. Existiría una posible disposición recíproca entre los usuarios y funcionarios que podría influir en esta dimensión de confianza- cercanía.

*“... el personal se pasea de un lado a otro y también se dirigen a atender a pacientes de una manera muy atenta. La enfermera pregunta cómo se siente a una de las señoras...” (Nota de campo N°3, Página 6, Párrafo 5, Línea 1) (Ver Anexo N°5)*

En cuanto a la dimensión “Colaboración- Integración” se logra apreciar durante las observaciones un constante interés de parte de los familiares por participar en los procesos de salud de sus parientes, buscando instancias para acceder a información sobre el tratamiento y acompañando a los pacientes en sus recorridos por el hospital, llevando sus implementos y movilizándose en las sillas de ruedas.

*“...Otro hombre lleva a una señora en la silla, al lado va caminando una mujer joven que carga las muletas. Los tres conversan sobre el frío que hace aquella tarde...”(Nota de campo N°2, Página 4, Párrafo 7, Línea 1) (Ver Anexo N°5)*

*“...Cerca del kiosco un hombre mayor lleva a una mujer en silla de ruedas, al parecer es su pareja. La enfermera indica hacia dónde deben dirigirse y le pregunta al hombre si se*

*va a quedar en el lugar...” Nota de campo N°2, Página 5, Párrafo 2, Línea 1) (Ver Anexo N°5)*

Las observaciones rescatan el buen trato entre funcionarios, pacientes y familiares. Todo ocurre en un ambiente tranquilo y amable, sin mayores presiones. Los pacientes y familiares transitan en un espacio que presenta características de comodidad, amabilidad y contención, abriendo un punto de encuentro para la integración y participación de los usuarios en labores que antes eran exclusivas de los funcionarios

A medida que el equipo profundizó en el funcionamiento e implementación del programa “Hospital Amigo”, a través de entrevistas y notas de campo, se hizo posible extraer desde lo observado una descripción más amplia y enriquecida, en donde la curiosidad propia del abordaje cualitativo y etnográfico logra explorar y analizar la información, desde el terreno en el cual las prácticas surgen.

A raíz de la información recolectada se logró extraer datos relevantes sobre el funcionamiento del programa, sin embargo fue necesario llegar a esclarecer de forma más profunda las interrogantes que se presentan sobre la experiencia de los usuarios dentro del programa, además de la observación in situ de su implementación.

Surgió por ende en las investigadoras el interés por una dimensión más subjetiva y privada relacionada con la experiencia de los usuarios del programa. Esta dimensión incluye elementos de las entrevistas y observaciones ya realizadas en las cuales las investigadoras ya se han apropiado de ciertos dominios de análisis. Sin embargo para construir esta nueva perspectiva fue necesaria una aproximación a la descripción que hacen los familiares y/o acompañantes del paciente sobre la experiencia en este paso por el sistema hospitalario, utilizando los servicios otorgados por el programa “Hospital Amigo”.

Este tránsito que las personas realizan por el sistema sanitario podría contener relatos sobre cómo ellos significan esta experiencia particular de hospitalización, teniendo en consideración que la subjetividad de la experiencia aportará al entendimiento más acabado de una realidad individual, en donde más que la búsqueda de generalizaciones

se intentó rescatar los elementos particulares que son parte de la participación del programa.

Es necesario considerar que los aspectos evaluativos del programa “Hospital Amigo” se basan en indicadores estandarizados que profundizan los ámbitos objetivos y posibles de cuantificar, por lo que la mirada de las ciencias sociales podría aportar desde su propia forma de comprender el fenómeno, enriqueciendo las descripciones desde la mirada subjetiva y particular de la experiencia. Es por esto, que la presente investigación tuvo como guía a la base una mirada cualitativa con inspiración etnográfica, que permitió aproximarse de una manera comprensiva y reflexiva a la experiencia de los usuarios que día a día son parte de este nuevo escenario, y así responder a la pregunta:

**¿Cómo los usuarios del programa describen y significan la experiencia de participar del programa “Hospital Amigo” y qué aspectos relevantes caracterizan esta experiencia?**

## **OBJETIVOS**

### **4.1 Objetivo General**

- Describir, analizar y comprender desde una mirada cualitativa la experiencia de los usuarios del programa "Hospital amigo".

### **4.2 Objetivos Específicos**

- Comprender la experiencia usuaria del programa "Hospital Amigo" desde las categorías previas: Sentirse en Casa, Confianza-Cercanía, Colaboración- Integración.
- Comprender la experiencia usuaria dentro del programa "Hospital amigo" desde posibles nuevas categorías que surjan del análisis de los datos.
- Instalar la reflexión en torno a la mirada evaluativa del programa "Hospital Amigo", a través de la aproximación a la dimensión subjetiva de la experiencia usuaria.

## RELEVANCIA

El programa “Hospital Amigo” es implementado en Chile con el objetivo principal de acercar los establecimientos de salud pública a sus usuarios, es decir, a la familia y a la comunidad en general, por lo que para las investigadoras ésta particular experiencia es la que resulta interesante de entender y comprender, entendiendo además que es un ámbito que desde la evaluación del programa no se ha podido dar cuenta.

Es por esto que mediante la presente investigación se intenta relevar esta experiencia, con la finalidad de dar visibilidad a aquella perspectiva que teóricamente recoge el programa, pero que hasta ahora ha sido difícil de asir desde la evaluación objetiva y estandarizada que ya se realiza. Existe el esfuerzo, por parte de las investigadoras, de comprender esta dimensión subjetiva de la política pública a estudiar.

Es importante mencionar además cómo cada persona o sistema social afronta las diversas circunstancias cotidianas desde la propia forma particular de enfrentar el mundo y de construir la realidad, por lo que el entender esta experiencia resulta difícil desde los lineamientos que ofrecen las ciencias objetivas cuantificables. Para esto, surge la mirada comprensiva de las ciencias sociales como una herramienta que permite entender y aprehender este terreno difícil de abordar, ya que da la oportunidad a las investigadoras de introducirse en la experiencia tal cual es vivenciada y significada por quienes participan del programa, desde sus propias y particulares distinciones y visiones de lo que allí experimentan.

Es por esto, que la presente investigación resulta una complementariedad a los procesos cuantificables que ya se realizan en torno a este programa, contribuyendo con aspectos particulares de la vivencia de quienes han participado del programa “Hospital Amigo”.

Al develar esta experiencia usuaria, hasta ahora relegada del contexto evaluativo del programa, surgirá información relevante que en menor o mayor medida otorgará la posibilidad en los organismos evaluadores de considerar la importancia de la vivencia subjetiva en las significaciones particulares en torno a este programa.

Es por esto, que esta experiencia debe ser tomada en cuenta y revisada para luego reflexionar en torno a ella y a su importancia, para así posteriormente dirigir la implementación del programa en relación a las propias preocupaciones y necesidades de

las familias y grupos sociales que día a día viven el programa, y que finalmente son los identificados como usuarios y principales beneficiados del programa.

## MARCO TEÓRICO

A continuación se presentaran los tópicos que se utilizarán como referencia para la presente investigación. En una primera instancia se expondrán algunos elementos relacionados con los cambios en los modelos de salud, y como esto influye en la generación de políticas públicas sanitarias, que regulen el proceso de salud-enfermedad, como lo es el programa “Hospital Amigo”.

Más adelante se discutirán algunos principios teóricos que se relacionan con los lineamientos a la base de esta reforma sanitaria, como lo es la teoría del apoyo social. Por otro lado resulta fundamental mencionar la forma de evaluar que caracteriza al programa la cual se basa en procedimientos estandarizados y objetivos, por lo que surge la necesidad de incorporar metodologías cualitativas que logren dar cuenta de la subjetividad de la experiencia usuaria.

### 6.1.- Introducción

Los cambios en la forma de ver la salud en la actualidad han pretendido incluir otros aspectos que van más allá de lo exclusivamente biologicista, tomando ámbitos como la influencia social, la cultura, las creencias, etc. Con el fin de generar una mirada más holística de la forma de entender los procesos de salud-enfermedad del ser humano.

Es así como surgen políticas públicas de salud, que intentan incorporar aquella mirada, como lo es por ejemplo en Chile el programa “Hospital Amigo”, el cual entre sus lineamientos busca convertir el espacio hospitalario en un lugar más amable y acogedor, para los acompañantes de los pacientes hospitalizados.

El apoyo social, es una de las teorías que podría estar a la base de estas políticas públicas, ya que señala la importancia de la presencia de las personas significativas y redes sociales en los distintos momentos de la vida de un individuo, la que se hace fundamental en momentos de mayor crisis. Un fragmento de la población que es favorecido con esta política es el de adulto mayor, ya que varias de sus medidas están destinadas a ellos (Vega O, et.al, 2009).

En el caso de la presente investigación las investigadoras se situaran en el hospital Geriátrico de Rehabilitación “La Paz de La Tarde”, el cual por sus características de

servicio e infraestructura, abren las puertas a un acercamiento etnográfico que permitiría comprender los fenómenos sociales a partir de la propia perspectiva de los involucrados.

## **6.2.- Nuevas miradas en Salud**

Un ámbito de la vida que trae grandes cambios a nivel personal, familiar y social es sin duda la enfermedad, la cual genera variaciones en el sistema familiar que rodea al paciente e impone una nueva forma de enfrentar y experimentar la realidad cotidiana, la cual se modifica de forma aún más potente en el momento en que el paciente debe permanecer hospitalizado, vivenciando las particularidades del sistema sanitario, generando distintas relaciones con los funcionarios y debiendo trasladar de forma simbólica pero también física la vida familiar a la residencia hospitalaria.

En las distintas sociedades la salud es uno de los componentes esenciales dentro del bienestar social e individual de las personas, tanto así que es un derecho humano y es también un derecho fundamental en la Constitución Política de Chile, ya que éste asume una garantía en la que el estado se adjudica la capacidad de proporcionar a la población una atención en salud libre e igualitaria para todos (Durán & Narbona, 2009)

Según la OMS (1946) la salud comprende un estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedad. Por ende está compuesta no solamente por el organismo biológico, sino que también contempla aspectos sociales, culturales y contextuales que están ejerciendo constantemente influencias en el organismo. Uno de estos es el medio ambiente, tanto simbólico como social, donde ciertos contaminantes, estresores sociales y condiciones psicológicas van contribuyendo constantemente al desarrollo de la salud. Además de esto, el sistema sanitario, podrá también afectar de cierta manera la salud tanto positiva como negativamente. Se podría asumir, que un trato amable por parte del personal de un centro de salud o una comunicación fluida entre funcionarios y usuarios podría hacer menos estresante el paso por el sistema sanitario y por ende producir bienestar en el paciente (Vega A. et.al, 2009).

Tradicionalmente el sistema sanitario imperante en Chile ha sido el modelo biomédico curativo, el que se basa en una mirada experimental y centrada en una relación que se

sustenta en el rol de experto por parte del médico, produciéndose asimetría en el trato entre quien dirige y entrega el conocimiento por sobre un usuario pasivo que recibe los cuidados.

El modelo biomédico, fundado en lo experimental, empírico y analítico, se encuentra centrado principalmente en procesos biológicos. Dicho modelo ha sido fuertemente criticado, por lo que nace en respuesta a los planteamientos reduccionistas tradicionales el modelo biopsicosocial, que considera la integralidad de las situaciones de salud enfermedad de los pacientes y sus familias, fundamentándose en la mirada sistémica como prisma central para entender y comprender la realidad humana. Proponiendo además un enfoque capaz de incluir las distintas visiones del ser humano, integrando perspectivas comprensivas y reflexivas en torno a la experiencia del enfermar (Poblete. M & Valenzuela. S, 2007).

Teniendo en consideración esta nueva forma de entender al ser humano y la salud en particular, es que surge la necesidad de una comprensión más amplia de los fenómenos que allí ocurren. Es así como la mirada cualitativa de las ciencias sociales aporta en el estudio de los procesos vivenciales de los sujetos, y a medida que los modelos de salud van evolucionando, y las ciencias sociales incorporan su mirada reflexiva, se va produciendo una nueva forma de enfrentar los procesos de salud-enfermedad, donde las relaciones humanas y la forma en que éstas se producen, cobran mayor relevancia desde esta mirada más comprensiva (Depaux. R et.al, 2008).

Los conocimientos clínicos sustentan la hipótesis en la cual las familias influyen en la salud de sus integrantes, contemplando al paciente como un todo integrado, en dónde los factores contextuales y relacionales influyen de forma fundamental en el sujeto y su entorno próximo (Depaux. R et.al, 2008).

### **6.3.- Programa “Hospital Amigo”**

El programa “Hospital Amigo” surge el año 2007, año en el que se levanta un importante compromiso que más allá de entregar salud de calidad implica que ésta sea entregada de manera cercana y acogedora, a través de prácticas que sean centradas en el usuario, su

familia y la comunidad. La intención del programa se centra en la satisfacción usuaria y tiene como foco central la entrega de un trato digno y amable (Ver anexo N° 6).

Salunet (s.f.) indica que “Hospital Amigo” es un programa que busca la apertura de los establecimientos de salud a la familia y a la comunidad, a través de permitir el libre acceso de las familias a las dependencias hospitalarias cuando uno de sus miembros se encuentra hospitalizado, para contribuir así a su mejor y más pronta recuperación.

A nivel concreto, este programa conlleva el objetivo de mejorar el trato entre funcionarios y usuarios, generándose relaciones más cercanas y fluidas. De esta manera se develan las necesidades de los acompañantes y se busca la satisfacción de estas. Es así que se requiere que los espacios que tradicionalmente eran regidos por relaciones verticales y formales modifiquen su manera de relacionarse con la familia y la comunidad, transformando sus prácticas en la línea de convertir los espacios sanitarios en lugares más acogedores y amigables (Minsal, 2007).

Las medidas operativas implican aumentar la cantidad de horas de visitas a pacientes hospitalizados a un mínimo de seis, lo que es fundamental para los pacientes que permanecen por un periodo largo de tiempo, ya que el acompañamiento podrá ser de mayor duración generándose así un apoyo integral al paciente hospitalizado. Por otro lado el programa facilita la permanencia durante la noche dentro de las instituciones, principalmente en pediatría, mejorando así la calidad de la estadía de hospitalización de los niños, disminuyendo la angustia tanto de padres como de los pacientes (Minsal, 2007).

El programa busca construir una perspectiva de lo humano que dirige su mirada a fortalecer las relaciones. Es así como surgen medidas como el acompañamiento durante los partos, en donde el padre o persona significativa acompaña a la futura madre en este momento fundamental, conjugando aspectos relevantes de los derechos de las personas a vivir su experiencia reproductiva y resguardando costumbres y creencias tradicionales. (Minsal, 2007).

Otras de las medidas son el acompañamiento diurno y nocturno para adultos mayores, generándose así mayor seguridad y contención, lo que se vuelve relevante considerando que con la edad surgen una serie de condiciones que muchas veces incluye la

hospitalización por extensos periodos, tiempo en que el apoyo familiar es de suma importancia para la recuperación (Minsal, 2007).

La alimentación asistida es otra medida promulgada por el programa, esta depende de las necesidades de cada paciente y su nivel de dependencia, la que busca que el familiar o acompañante puede participar activamente de los procesos de recuperación y tratamiento de su pariente (Minsal, 2007).

El programa considera también un sistema de acogida e información a la familia, fundamental para quienes ingresen por primera vez. Es relevante que allí se esclarezcan plazos, avances y progresos de una manera en que la persona no sienta confusiones al respecto y pueda operar junto con los profesionales con la mayor eficiencia dentro de las responsabilidades que le correspondan (Minsal, 2007).

Todas estas medidas, tiene como objetivo que el usuario se sienta más cómodo y acogido por el sistema de salud, agilizando a la vez los procesos de recuperación y alta médica (Minsal, 2007).

### **6.3.1.- Evaluación del Programa Hospital Amigo**

Es fundamental mencionar que para que estas medidas sean llevadas a cabo, el programa cuenta con procedimientos estandarizados de evaluación que valoran cómo se implementa en cada institución en particular (Ver Anexo N°7).

Uno de los puntos relevantes y centrales dentro de la mencionada relación hospital–usuario, al momento de realizar la evaluación, es la entrega y el manejo de la información, lo que constituye una línea central y de alto impacto en la satisfacción usuaria, ya que cumpliría con el objetivo de entregar una atención acogedora y amable a las personas que concurren a los establecimientos de la red pública de salud.

Es por ello que este ámbito ha sido relevante desde el Ministerio de Salud para ser evaluado. Por lo que se ha requerido que cada hospital diseñe, implemente y evalúe un sistema de información al usuario que considere todos los procesos clínicos de atención, urgencia, pabellones y hospitalización. Este plan de trabajo debiera ser coherente con los

objetivos que se plantea el hospital, las metas, quienes serán los responsables de llevarlo a cabo, mediante qué tipo de metodología esto se ejecutará, los recursos necesarios, cómo se evaluará este plan y la realización de un cronograma de actividades que permita orientar la manera en que éste se realice.

Posteriormente, al momento de evaluar este sistema de información al usuario y el proyecto de trabajo, los medios de verificación consistirán básicamente en el cumplimiento de todos los puntos y metas que la institución haya planteado como relevantes de cumplir (Ver Anexo N°7).

Es necesario que los hospitales que ya han sido certificados como Hospital amigo, presenten un informe de mantención de las medidas, según las orientaciones técnicas que el programa presenta. A su vez los establecimientos que no han logrado la certificación elaborarán un Plan de trabajo y cronograma con la finalidad de avanzar en el cumplimiento de las medidas, para así obtener finalmente la certificación (Ver Anexo N°7).

#### **6.4.- Apoyo social**

Con respecto a la teoría social, es Durkheim quien comienza en primera instancia a describir de qué manera el ambiente influye en los individuos. A partir de los estudios sobre el Suicidio, Durkheim señala cómo es que diversos factores detonan reacciones y comportamientos en los seres humanos.

Por otro lado, Caplan (1974), destaca la importancia que tienen las relaciones humanas para el bienestar de las personas, y los recursos que son propiciados mediante este proceso de socialización. Estas relaciones son mantenidas debido a que resultan un apoyo emocional importante que fomentan una constante búsqueda de otros contactos sociales.

En relación a aquello se han generado diversos estudios que abordan el apoyo social y los distintos tipos de efectos que éste podría generar en los individuos. Uno de estos estudios tiene relación con la influencia del apoyo social en la salud, en donde se ha

demostrado que una vinculación positiva entre la percepción de apoyo social, la salud y el ajuste psicosocial, fomentaría una mejor recuperación (Gracia E., 1995).

El apoyo social permite además al individuo lograr una mayor predictibilidad, estabilidad y control en sus procesos, reforzando la autoestima y favoreciendo la construcción de una percepción más positiva de su ambiente. Además, la presencia de apoyo social promueve el autocuidado de los recursos personales y sociales del paciente, propiciando la integración social y los sentimientos de autoeficacia. Por otro lado ayuda en la interpretación de eventos amenazantes fomentando sentimientos de seguridad (Barra, 2004).

El apoyo social sería un componente básico en relación al optimismo, donde el nivel de satisfacción que los individuos podrían llegar a experimentar depende del nivel de apoyo percibido por parte de las personas significativas, generándose una mayor cantidad de emociones positivas cuando el apoyo está presente. La red de apoyo funcionaría por ende como un pilar fundamental dentro del bienestar de los sujetos, lo que podría resultar aún más relevante durante procesos de crisis vitales, como lo es el procesos de salud-enfermedad (Marrero R. & Carballeira M., 2010).

Por otro lado, existen una serie de elementos a resaltar descritos por Shumaker y Brownell, citado en Marrero R. & Carballeira M., 2010. Los que hacen referencia a las funciones del apoyo social que se presentan como sustentadoras del bienestar físico en relación a la salud.

Estas funciones del apoyo social se relacionan con la disminución del estrés, lo que ayuda a promover un mejor estado de salud. Además se fomentaría la autoidentidad, elementos como la autoestima y satisfacción de ciertas necesidades emocionales. Las funciones del apoyo social reductoras del estrés, se relacionan con el rol que podrían cumplir ante situaciones estresantes, como lo es por ejemplo un proceso de enfermedad.

### **6.5.- Apoyo adulto mayor**

La tercera edad se caracteriza por un conjunto de cambios a los cuales resulta necesario adaptarse. Se producen modificaciones a nivel de salud, alteraciones de rol, y una progresiva adaptación ante la muerte de familiares y amigos. Resulta importante

considerar además los diversos cambios que ocurren a nivel de red de apoyo, ya sea en la configuración y/o las propias características de las mismas. Es así como se produce una verdadera transformación en la red social de las personas: finaliza la crianza de los hijos, se abandonan progresivamente las relaciones de trabajo, parientes y amigos van falleciendo, entre otros (García et al., 1995; Gracia E., 1997)

García et al. (1995) y Gracia E. (1997) señalan que, si bien en la tercera edad se produce una reducción en el tamaño de la red del adulto mayor, se ha demostrado que no necesariamente el apoyo social tiende a disminuir. Por ejemplo, en su gran mayoría los contactos sociales que se pierden al abandonar el trabajo se sustituyen por un grupo nuevo de amigos, con los cuales se entra en contacto mediante organizaciones y asociaciones a las que se pertenece. Por su parte, Baró (1985) destaca esta reducción de contactos sociales, recalcando que, producto de esto, es la calidad de las relaciones que aún se mantienen las que adquieren súbitamente mayor importancia para los adultos mayores.

Ramos y Salinas (2010) definen el apoyo social en el adulto mayor como “atención y diálogo necesarios para mantener una vida de continuidad personal a partir de un grado mínimo de seguridad y confianza sobre el medio en que se vive”. Ante esto, se considera relevante la intervención psicosocial, como una forma de empoderar este apoyo.

Según Montero (2004) la intervención psicosocial se debe centrar en el acompañamiento que se hace a los sujetos sociales en su proceso de comprensión y transformación de sus realidades, en sus condiciones de vida en concreto y dentro del marco de sus derechos humanos, sociales y ciudadanos.

A medida que la edad de las personas va incrementando, se registra también un incremento del apoyo derivado de los sistemas informales. De hecho la mayoría de los adultos mayores recurre a estos servicios en busca de ayuda, más que a los profesionales o sistemas formales. La familia, los amigos y los vecinos son los componentes principales de estos sistemas informales de apoyo, ya que por un lado proporcionan sustento emocional y por otro otorgan cuidados físicos que se relacionan con los estados de bienestar en salud (CEPAL, 2003)

## **6.6.- Hospital Geriátrico “La Paz de la Tarde”**

El Hospital geriátrico “La Paz de la Tarde” es un ejemplo dentro de los hospitales de la zona que ha implementado el programa “Hospital Amigo. Esta implementación se basa en las características particulares de este hospital, el cual atiende una población específica de adultos mayores en rehabilitación. Este hospital se encuentra en la ciudad de Limache, ubicada en la provincia de Quillota, V región, aproximadamente a 42 kms. de Valparaíso.

Este establecimiento deriva del “Retiro de Ancianos La Paz de la Tarde” que existía en Viña del Mar. Su inicio data de principios de la década de los años 30 y tiene una estrecha relación con el Dr. Gustavo Fricke y las Religiosas de la congregación “San Vicente de Paul”.

Esta institución, nacida con un sentido inicial benéfico para atender, fundamentalmente la indigencia, atendió a personas sin distinción de edad, pero fue polarizando su atención al sector de mayor edad.

Hoy el trabajo está destinado preponderantemente a los adultos mayores de la V región. Desde una transformación de un espacio de acogida a los más necesitados a un lugar en que el adulto mayor se recupere, mantenga y/u optimice sus capacidades funcionales para la obtención de una vida más digna y de mejor calidad. Además se ha transformado en un organismo generador de programas y de atención de salud para la población adulto mayor a nivel regional.

Por lo tanto el hospital tiene por visión:

- “Crear y conformar dentro de la Red Asistencial de nuestro Servicio de Salud, una red de Atención Sanitaria Geriátrica, de carácter Regional, establecida y estructurada, con niveles claros y definidos de referencia y contrareferencia, basados en criterios de derivación protocolizados, que permitan una atención expedita y oportuna, de acuerdo a las necesidades y requerimientos de la población adulta mayor asignada.”
- “Organizar y estructurar una Red, involucrando a todos los establecimientos asistenciales que pertenecen a nuestro Servicio, a través de formar equipos de salud

en los diferentes niveles de atención, trabajando en conjunto para poder articular las distintas instancias involucradas, en base a un sistema con coordinación y comunicación eficiente.”

- “Acreditarse como centro Docente Universitario Formador.”

La misión de este hospital se expone en los siguientes puntos:

- “Brindar atención sanitaria a los Adultos Mayores de la V Región, beneficiarios del Sistema de Salud, con el fin de que obtengan, desde sus perspectivas y capacidades una mejor calidad de vida.”

- “Dirigida a fortalecer, por el mayor tiempo posible, su autonomía y autovalencia, de manera que, les permita estar insertos en su medio y comunidad, sintiéndose útiles para desempeñarse en la sociedad.”

- “Inspirados en un enfoque geriátrico y holístico de la atención, privilegiando la promoción, prevención y tratamiento, con énfasis en la rehabilitación con un alto sentido humano, basado en un trato cálido, afectuoso y digno”.

Este hospital, caracterizado por realizar procesos de rehabilitación para adultos mayores, podría tener estrecha relación con la descripción previa acerca de los objetivos que persigue el programa “Hospital Amigo”, los cuales apuntan a la entrega de un trato más amable, humanitario y acogedor hacia los usuarios.

En el caso de la rehabilitación, función principal del hospital geriátrico “La Paz de la Tarde” estos mismos elementos serían fundamentales para una recuperación más óptima. Según Martínez (1992) los enfermos que pueden contar con un ambiente familiar positivo, con estabilidad afectiva y modos adecuados de enfrentarse a los problemas cotidianos, pueden adaptarse de modo más positivo a las crisis que supone el proceso de su enfermedad, con la ayuda del resto de la familia.

## **6.7.- Etnografía**

Los cambios paradigmáticos que surgen en relación a la manera de comprender al ser humano y los procesos de salud-enfermedad que experimenta, permiten que de cierta manera se abran mayor cantidad de espacios de aproximación al conocimiento sobre lo que rodea a este proceso (Depaux R., et.al, 2008).

La importancia de la familia en la recuperación del paciente enfermo o los factores contextuales que influyen en el pronóstico y cómo se logra asir la experiencia del proceso de enfermar bajo el alero de una política pública, son áreas que no se logran abordar de manera satisfactoria a través de métodos medibles y cuantificables, pero que al momento de adentrarse en aspectos relacionales, psíquicos o experienciales, no logran la profundidad necesaria que aquel fenómeno requiere para ser comprendida de una manera densa (Depaux R., et.al, 2008).

Es debido a esto, que surge la necesidad de una comprensión más amplia de los fenómenos que ocurren en estos nuevos territorios a investigar, se hace imperiosa la utilización de herramientas capaces de adentrarse en aspectos subjetivos del sentir de los sujetos. Es por aquello que la mirada cualitativa de las ciencias sociales se instala como un modelo que aporta y complementa a la mirada cuantitativa, abordando la comprensión de los procesos vivenciales de los sujetos y ahondando en un espacio que comprende la subjetividad de la experiencia; dándole una importancia fundamental.

Si bien la mirada cuantitativa y biologicista de las ciencias médicas aceptan la existencia de dimensiones subjetivas de la experiencia de los usuarios en el proceso de enfermar, éstas de cierta forma quedan invisibilizadas debido a la falta de herramientas de las ciencias médicas para acceder a tales dimensiones. Es en este punto que las ciencias sociales surgen como un complemento importante en la comprensión de este proceso, aportando desde su área particular de conocimiento, pudiendo permitir un acercamiento más comprensivo a estos aspectos subjetivos, emocionales e individuales de la vivencia humana (Depaux R., et. al, 2008).

En relación al programa “Hospital Amigo”, evaluado desde la óptica cuantitativa, se hace

necesario complementar el trabajo realizado a través del uso de la metodología cualitativa, la cual encausó la presente investigación.

Esta forma de abordar los diversos escenarios posibles, considera la existencia de una realidad multidimensional y dinámica, siendo ésta subjetiva, enmarcada en la percepción que cada actor o grupo de actores tiene de su contexto. Esto entrega a las investigadoras una perspectiva intersubjetiva sobre las experiencias de los individuos a través de la naturaleza profunda de sus realidades, su sistema de relaciones y su estructura dinámica en un contexto con una particularidad temporal y local, características que resultaron afines con los objetivos trazados (Murillo J. et, al 2010).

Es por aquello, que el enfoque etnográfico proveniente desde la metodología cualitativa, surge como la posibilidad más pertinente para acceder a la realidad de la experiencia usuaria. A través de esta mirada, la diversidad humana resulta interesante de describir y de explicar, visibilizando lo que ocurre desde los sistemas de significados de una cultura desconocida, hasta hechos cotidianos que forman parte del diario vivir. Por lo tanto esta investigación será guiada desde una inspiración etnográfica debido a que se tomarán elementos de la cotidianidad de las vivencias, permitiendo escuchar la voz de los actores, desde su propio vivenciar.

La etnografía a través de sus métodos y prácticas inmersas en la unidad de análisis a investigar, busca comprender los fenómenos sociales desde la perspectiva de sus miembros. En el caso particular de esta investigación, se busca describir cómo fue la experiencia de los actores en la participación del programa “Hospital Amigo”, siendo ellos los informantes privilegiados, quienes viven, sienten, piensan y dicen esta política pública.

Esta descripción, que representa comportamientos o acciones cotidianas, será entendida como una “descripción densa” que se construye reconociendo los modos de interpretación y de los marcos en los cuales las personas se mueven y van dando sentido a estos comportamientos y acciones. Por lo tanto los gestos, actos y significaciones de los usuarios se complementan con el análisis que realiza el investigador, generando por ende una interpretación más amplia y profunda del fenómeno a estudiar.

Si bien esta conceptualización o descripción densa no representa el mundo exacto de los actores; es una construcción interpretativa de los investigadores que se diferencia de otros tipos de investigaciones debido a que surge desde el situarse en los lugares en donde las personas se desenvuelven diariamente, aproximándose lo más posible a las maneras de vivir y de entender el mundo de los protagonistas (Guber R., 2001).

La etnografía por ende correspondería a las actividades denominadas como “trabajo de campo”; en donde el investigador se acerca a terreno con una supuesta y además premeditada ignorancia metodológica, por lo que necesita acercarse a la realidad para comenzar a estudiarla. Este primer “desconocimiento” del fenómeno a investigar, resulta enriquecedor, puesto que el investigador buscará comprender el hecho social a partir de lo que observa, escucha y siente, focalizándose en este nuevo lenguaje que comienza a conocer e intentando alejar sus pre-supuestos (Guber R., 2001).

Es importante explicitar que la etnografía no pretende continuar reproduciéndose según paradigmas previamente establecidos, sino propiciar nuevos descubrimientos a través de la comprensión del cómo un otro significa el mundo (Guber R., 2001). De esta manera las investigadoras adoptan de esta inspiración etnográfica algunas herramientas que permitan generar nuevos conocimientos y maneras distintas de acercarse a los fenómenos a estudiar.

## MARCO METODOLÓGICO

Con el término metodología se quiso representar el modo con que se ha enfocado el problema y se han buscado las respuestas planteados en una primera parte de esta investigación. Sobre este punto se considera que la metodología “consiste en algo más que un conjunto de técnicas para recoger datos. Es un modo de encarar el mundo empírico” (Taylor y Bogdan,1984.), es la lógica seguida en la construcción del conocimiento.

En consecuencia, en este capítulo se describe el modo en que las investigadoras se han enfrentado a la construcción del problema que sigue una lógica cualitativa y cómo se da respuesta a la pregunta surgida en la investigación, incluyendo los supuestos teóricos que han guiado las decisiones tomadas al respecto.

La presente investigación se enmarca bajo el paradigma interpretativo, percibiendo la realidad como algo que construyen las personas que directa o indirectamente están implicadas en la misma; la finalidad es conocer, describir e interpretar los significados de algunos fenómenos que ocurren en situaciones de salud-enfermedad desde el punto de vista de los sujetos implicados.

En términos generales, el método cualitativo tiene las siguientes características que son pertinentes para el presente trabajo:

- El mundo cotidiano es el marco en el que se plantean los problemas dignos de investigación. Se da especial importancia a la observación de los casos concretos y del comportamiento de los individuos en las actividades que ellos mismo vivencian.

- Es de tipo inductivo, por lo que la teoría se elabora principalmente a partir de los datos en un proceso cíclico de conjeturación, producción de datos, verificación y refinamiento de las teorías. En el caso de esta investigación, el acercamiento al terreno mediante observaciones in situ, las entrevistas y casos particulares de los cuidadores principales del paciente, se pudo llegar a descubrir otras categorías que son parte de la experiencia

de participar en el programa, además de engrosar o expandir categorías previamente definidas.

- Tiene una perspectiva holística. Los objetos de estudio no son reducidos a variables, sino considerados como un todo. El interpretativismo como filosofía de base, establece supuestos que son relativos a la naturaleza de la realidad social, no como construcción estática, objetiva, y con existencia idealista independiente de los sujetos, como propugna el positivismo; sino como construcción dinámica articulada en torno a un grupo de sujetos que interactúan en un medio (Eisenhart .M, 1988).

- Los núcleos de interés no son otros que los fenómenos recurrentes en un tiempo y espacios concretos, en este caso el proceso de salud-enfermedad de los familiares en el hospital. El descubrimiento y la exposición son objetos de investigación más importantes que la explicación y la predicción.

- Se trata de comprender a las personas dentro del marco de referencia de ellas mismas mientras se encuentren participando del programa “Hospital Amigo” en la institución, el contexto y la situación son inseparables, no se puede investigar uno de ellos sin el otro (Eisenhart, 1988).

- Las metas de la investigación son dar al investigador las claves para entender ese mundo y poder traducir el lenguaje de ese grupo humano al de la comunidad de investigadores. Es una doble interpretación: ‘El investigador debe estar metido en la actividad como un iniciado, y poder reflexionar sobre ella como un extraño’ (Eisenhart, 1988).

Este trabajo toma una orientación cualitativa con un compromiso etnográfico por tratarse de un estudio descriptivo-interpretativo de las interrelaciones entre las personas. Este enfoque etnográfico resultó apropiado para la descripción e interpretación acerca de las dimensiones de la experiencia en los usuarios del programa “Hospital Amigo”, ya que las técnicas que se emplearon para conocer estas dimensiones, no sólo consistieron en la observación exterior de los fenómenos, sino en la comprensión de las categorías de la experiencia.

Se utilizan además herramientas propias de la producción de datos etnográficos y algunos supuestos, como el hecho que parte de los significados emergen en las situaciones prácticas cotidianas, a fin de recuperar la perspectiva de los usuarios y comprender el sentido de la acción en un marco de relaciones inter-subjetivas.

Tipificar esta interrelación requiere adoptar una perspectiva holística, comprender a las personas dentro del marco de referencia de ellas mismas y un análisis en profundidad de cada relato, para poder disponer de datos que permitan hacer emerger las características definitorias de las dimensiones de la experiencia de los sujetos. Por tanto surge la necesidad de trabajar con grupos reducidos. La pérdida de generalización de los resultados obtenidos en el estudio se compensa, no obstante, con una mayor comprensión del hecho y con la posibilidad de generar hipótesis que den lugar a trabajos subsiguiente en este campo.

### **7.1.- Muestra**

La muestra seleccionada para esta investigación fue de cinco personas las cuales fueron escogidas aleatoriamente en cuanto a sexo y edad, resultando tres mujeres y dos hombres entre 30 y 80 años aproximadamente. Todos tenían en común el ser participantes voluntarios del programa “Hospital Amigo” en el hospital “La Paz de la Tarde” de Limache, por lo cual han vivenciado y experimentado dicho programa al interior de esta institución.

Para definir la muestra resultó relevante que todos los participantes fueran cuidadores principales de algún paciente que se encontrara hospitalizado al interior de la institución. De esta manera fueron personas que residían también gran parte del día al interior del hospital, aportando así de manera más densa; debido a la experiencia más rica en relación al vivenciar el programa “Hospital Amigo”; a los datos que las investigadoras requerían para responder a la pregunta y a los objetivos centrales de la investigación.

Es importante mencionar que por las características particulares de este hospital, gran parte de la muestra se compuso de personas adultas mayores, quienes eran cónyuges de las personas hospitalizadas y un caso excepcional que correspondió a una vecina que se hacía cargo de la paciente.

Para acceder a la muestra se contó con la autorización previa de la psicóloga del lugar, quien constantemente supervisó el trabajo realizado, resguardando así la integridad de estas personas. Ella además fue quien formalizó el primer acercamiento con los participantes del programa “Hospital Amigo”, que estarían involucrados en el proceso de entrevistas que se llevarían a cabo.

Además de esto todas las entrevistas fueron precedidas del consentimiento informado, individualizado y escrito, en donde se preservó la identidad de todos los participantes. Se informó además del objetivo del estudio, así como del uso de la información resultante de la investigación y de la posibilidad de no participar en el mismo, sin que esto tenga ninguna consecuencia (Anexo N° 8). Por otro lado se informó a los participantes de la confidencialidad de las grabaciones y la no utilización o aparición de sus nombres en el informe final ni durante todo el proceso de análisis.

## **7.2.- Técnicas**

La investigación contó con la utilización de algunas herramientas etnográficas -como observación no participante y entrevistas- que permitieron documentar las actividades concretas que ocurren en el espacio hospitalario. Su propósito, entre otros, es entender y facilitar el acercamiento a la experiencia de los usuarios del programa “Hospital Amigo”, no sólo como producto aislado o individual, sino también en relación con las actividades que definen un contexto relacional más amplio, que incluye recursos del hogar y de la institución.

### **7.2.1.- Observación No Participante**

La pertinencia de la Observación Participante para nuestra investigación parte del supuesto de que el contacto directo con la vida cotidiana de la población garantiza la confiabilidad de la información recopilada y el aprendizaje de los sentidos implícitos a dichas prácticas. El investigador “está allí” (Guber R., 2001).

Esta observación resalta dos aspectos relevantes, la observación sistemática de todo lo que ocurre en torno al investigador y la participación en actividades de la población.

En la presente investigación se resalta uno de los aspectos relevantes, el cual corresponde a la utilización de la observación sistemática, ya que formó parte fundamental de la primera fase de acercamiento al campo y la problematización.

El peso relativo que cada uno de estos aspectos puede adoptar en determinadas circunstancias depende del propio investigador y, centralmente en este caso, de los cuidadores principales, o más precisamente, de la relación que pueda darse entre el investigador y los sujetos de estudio.

Una observación sistemática supone tener claro qué se observará, esto se define en relación al problema de investigación, cómo se observará utilizando una técnica que permita recoger la información de forma ordenada, la cual consistió en un cierto perfil de los límites de las categorías iniciales que permitieron recoger algunos aspectos relevantes a considerar en la observación.

Existen ciertos instrumentos que pueden ser utilizados para la observación, como notas de campo, memoria, grabaciones de ideas, videos, matriz de observación, hoja de registro, mapas, etc. (Guber R., 2001).

En la presente investigación la utilización de notas de campo permitió a las investigadoras registrar hechos que son susceptibles de ser interpretados, permitiendo la sistematización de la experiencia para luego analizar los resultados.

### **7.2.2.- Entrevista “etnográfica”**

La entrevista es una estrategia que propicia el que las personas hablen sobre lo que saben, piensan y creen. Es una situación en la cual el investigador-entrevistador obtiene información sobre un hecho interrogando a otra persona (entrevistado, respondente, informante). Esta información suele referirse a la biografía, al sentido de los hechos, a sentimientos, opiniones y emociones, a las normas o standards de acción, y a los valores o conductas ideales.

La entrevista, en general es una relación social a través de la cual se obtienen enunciados y verbalizaciones en una instancia de observación directa y de participación.

*“Es una estrategia para hacer que la gente hable sobre lo que sabe, piensa y cree”  
(Guber R., 2001).*

Existen variantes de esta técnica: hay entrevistas dirigidas que se aplican con un cuestionario preestablecido, semiestructuradas, grupos focalizados en una temática, y clínicas. En el caso de la presente investigación se utilizará lo que algunos autores llaman entrevista antropológica o etnográfica, informal o no directiva.

En el caso de las entrevistas no directivas, estas se fundan en el supuesto del “hombre invisible”, el hecho de no utilizar un cuestionario o pregunta preestablecida, favorecería la expresión de temáticas, términos y conceptos más espontáneos y significativos para el entrevistado.

La entrevista antropológica se vale de tres procedimientos: la atención flotante del investigador, la asociación libre del informante y la categorización diferida del investigador. (Guber R., 2001)

Al iniciar el contacto con el usuario del programa “Hospital Amigo” se llevó consigo algunas preguntas provenientes de aspectos particulares de la investigación, como lo fueron las cuatro categorías previamente generadas. A diferencia de otros contextos investigativos, estos temas y cuestionarios más o menos explicitados fueron nexos provisorios, guías entre paréntesis que irían siendo reformuladas en el curso de las entrevistas.

Si en el cuestionario habitual el investigador hace preguntas y recibe las respuestas, en la entrevista etnográfica el investigador formula preguntas cuyas respuestas se convierten en nuevas preguntas. Este proceso que no es mecánico demanda asombro por parte del entrevistador, y para esto debe haber una ruptura en sus significaciones que le genere sentido. Se necesita tiempo, la espera paciente y confiada de que, por el momento, sólo se comprenden partes; pero que seguramente más adelante se podrán integrar los fragmentos dispersos. No se trata de una espera pasiva sino activa en la cual el investigador va relacionando, hipotetizando, confirmando y refutando sus propias hipótesis (Guber R., 2001).

### **7.3.- Procedimiento**

La presente investigación se inició el año 2013, durante los meses de Marzo a Diciembre del mismo año. A continuación se expondrá el procedimiento por el cual las investigadoras se sumergen en la búsqueda de los objetivos planteados.

En primera instancia surge la necesidad de conocer y despejar ciertas dudas con respecto a la implementación del programa “Hospital Amigo”, por lo que comienza una fase de problematización, en donde a través de técnicas propias de la metodología cualitativa se busca visualizar lo que ocurre en el terreno donde las prácticas son implementadas. Desde este momento el compromiso etnográfico que guía la investigación se hace

presente, mediante la realización de observaciones no participantes en uno de los Hospitales que tiene implementado el programa y a través de entrevistas a informantes claves que manejan información privilegiada con respecto a éste.

Las observaciones realizadas son de gran relevancia, puesto que permiten visualizar el funcionamiento de la política pública desde el terreno mismo en donde las acciones son realizadas y los significados generados, adentrándose en este espacio de realidades intersubjetivas y empapándose a través de los distintos sentidos de lo que ocurre en este terreno de significados. Por otro lado, las entrevistas permiten a las investigadoras obtener una mirada más clara de lo que ocurre dentro del área de la implementación y evaluación del programa “Hospital Amigo”.

Es debido a esta aproximación cualitativa y etnográfica con que las investigadoras se acercan al campo, que la aparición del problema de investigación surge de manera bastante natural, sin la necesidad de ser forzado. Obteniendo así una mirada particular sobre la problematización, la cual no nace solamente desde la revisión teórica, sino que además desde el acercamiento real a la experiencia de quienes viven cotidianamente los procesos de salud-enfermedad mediante el programa antes descrito. Es por esto, que a partir del acercamiento al campo surge para las investigadoras el problema de investigación.

Posteriormente se realizaron diversos acercamientos a instituciones de salud de la V Región, con la finalidad de continuar observando el programa “Hospital Amigo” en su práctica cotidiana, además de solicitar instancias que permitieran desarrollar la investigación en sus instalaciones.

Debido a una nueva normativa que regula el funcionamiento de los Comités de Ética en los establecimientos hospitalarios en base a La ley de Derechos y Deberes, se restringe el acceso de las investigadoras a los establecimientos en los cuales se habían iniciado gestiones. La Normativa suponía que las Comisiones de Ética se dividieran en Comités de Ética Asistenciales y Comités de Ética Científicos, contando cada uno con requisitos correspondientes a sus funciones. Como la mayoría de los establecimientos hospitalarios no contaba con una Comisión de Ética Científica como tal, que pudiera evaluar el impacto de las investigaciones, éstas serían derivadas al Comité de Ética del Hospital Gustavo Fricke de Viña del Mar, lo que retrasaría la aprobación para finalmente ejecutar el proceso de investigación en terreno.

Debido a que la presente investigación fue iniciada en un hospital de la zona, durante los primeros acercamientos al campo de estudio; antes de que la normativa entrara en vigencia, se autorizó el acceso de las investigadoras a las dependencias del Hospital Geriátrico de Rehabilitación “La Paz de la Tarde” de la ciudad de Limache.

Fue necesario que las investigadoras mediante reuniones reflexivas discutieran en torno a la posibilidad de investigar en base a un caso único. Es importante mencionar que en este caso en particular la presencia de la rehabilitación hace que la elección de este centro hospitalario tenga más sentido con el tema de la investigación, ya que se condice con algunos de las medidas que promulga el programa “Hospital Amigo”, en este caso el acompañamiento, la extensión de los horarios y la alimentación asistida. Estos tres puntos mencionados tienen directa relación con el proceso de rehabilitación que se realiza en el hospital Geriátrico “La Paz de la Tarde”, por lo cual la investigación parece tomar más sentido.

Cabe destacar el carácter emergente y flexible de la utilización de una metodología cualitativa por parte de las investigadoras, ya que permite en primer lugar la posibilidad que el diseño pueda cambiar según se va desarrollando la investigación, es decir, el investigador va tomando decisiones en función de lo que va sucediendo y en segundo lugar la flexibilidad, permite adaptarse a lo que se descubre mientras se recogen los datos (Salamanca A., et.al, 2007).

Por lo que estas características de la metodología cualitativa resultan beneficiosas para afrontar las contingencias que ocurrieron en la presente investigación. Es así como se cambian los lineamientos y el curso mismo de la investigación previamente concebida, ya que se transforma en el análisis de un caso único, lo que podría implicar ciertos sesgos en torno a la percepción del funcionamiento de la política pública en general.

Se solicitó a las investigadoras por parte de la institución un documento que contempló elementos generales del proyecto de investigación. Este documento fue enviado a un Comité de Ética, que evaluó el impacto de la investigación y de la misma manera evaluó la posibilidad de que este proyecto fuese llevado a cabo en la institución. Finalmente las respuestas fueron positivas.

Mediante reuniones reflexivas el equipo de trabajo elaboró un plan de acción a seguir, en donde se definieron las estrategias de acercamiento al objeto de estudio, tomando

decisiones de gran importancia para la investigación tales como: límite de la muestra, técnica de recolección de datos, y temáticas a tratar en las mismas.

Es importante destacar que al momento de ingresar al hospital se contó con un acceso privilegiado al mismo, ya que el acceso a otros establecimientos era limitado debido a la nueva normativa que los regía.

Si bien es cierto que en este establecimiento la nueva normativa también estaba presente, el acceso fue supervisado por el funcionario a cargo de la investigación, para de esta manera proteger y resguardar la integridad del lugar y de los sujetos informantes seleccionados como muestra, pero a la vez no entorpecer la evolución del estudio.

Para la recolección de datos, la técnica utilizada se basó en entrevistas, estas formas de aproximarse a la realidad permiten recoger información sobre temas, situaciones específicas, creencias, rituales, vida social o cotidiana, así como la interpretación que le dan los entrevistados.

En la presente investigación la entrevista fue en profundidad e individual y se centró en la comprensión de la experiencia de los sujetos, en donde el cuidador principal del paciente fue quien respondió las preguntas. Fue una entrevista no estructurada y abierta, enfocada en la experiencia de participar de forma cotidiana en la política pública antes mencionada. Las entrevistas se realizaron en el mismo hospital, en lugares y ambientes, que facilitaron la comodidad de los entrevistados. Fue mayoritariamente en una sala silenciosa y tranquila en la que no hubo interrupciones.

El objetivo de la entrevista consistió en:

- Obtener desde el relato directo de los usuarios del programa “Hospital Amigo”, mediante entrevistas individuales, información que amplíe y complemente las categorías de la experiencia usuaria en el proyecto de investigación.

La entrevista será realizada mediante ejes temáticos, para lograr dirigirla hacia ámbitos específicos, guiándola hacia la búsqueda de información que resulte necesaria para la investigación. Lo cual hace sentido con un posicionamiento en el cual las investigadoras buscan alejarse de la mirada objetiva abriendo las puertas a una interpretación subjetiva, a través de las voces de los actores relevando las particularidades de la experiencia propiamente humana de adaptarse al proceso de enfermar.

Es por aquello que el acercamiento a los usuarios del programa se realiza a través de preguntas que abordan ámbitos que no se encuentran contenidas en los procesos de evaluación estandarizados del programa, pero que sin embargo son consideradas por los profesionales y los documentos ministeriales como fundamentales de la política pública, las cuales se encuentran en el corazón del programa.

La entrevista al no ser estructurada, permite un curso por el cual la conversación pueda moverse libremente dentro de ciertos márgenes dados por las temáticas que refieren a las categorías previamente elaboradas, a partir de la segunda fase de acercamiento al campo, que contempló observaciones in situ. Es importante mencionar que esta fase previa fue fundamental en la generación del problema de investigación, por ende se debe tener presente para los apartados siguientes.

En cuanto al primer eje temático que guarda relación con la categoría “Sentirse en Casa” lo que se pretende es conocer cómo es que las personas se adaptan a un nuevo ambiente, que parece proporcionarles los elementos básicos de comodidad. Por ende resulta importante conocer y comprender desde sus significaciones la estadía en este lugar.

En otro ámbito de la experiencia se encuentra la categoría “Confianza - Cercanía”, desde la cual se explorará las relaciones que se establecen en el espacio hospitalario y cómo es que estas relaciones se logran instaurar en un ambiente donde se entrecruzan los conocimientos de un experto en la medicina y los de un experto en el paciente que está hospitalizado. Además cómo es que estos lazos se generan y cómo son significados los mismos según los cuidadores.

Por otro lado la categoría “Colaboración-Integración” buscará encontrar elementos que se relacionen con los cuidados del paciente que el cuidador principal realiza y cómo estos se llevan a cabo. Del mismo modo se indagará como los cuidadores perciben y significan la invitación desde el hospital a hacerse parte de estos cuidados.

Además de esto se busca visualizar elementos transversales que tienen relación con lo que significa llevar el proceso de enfermedad y hospitalización en esta institución en particular, como lo es la adaptación a situaciones adversas, donde se produce un quiebre en la vida cotidiana del hogar.

Si bien se siguen estas directrices, surgen elementos que no se encuentran contemplados en las categorías precedentes, por lo tanto resulta interesante la generación de categorías nuevas que expongan ámbitos de la experiencia que no resultan identificables a simple vista.

Para el análisis de los datos obtenidos mediante las entrevistas, se utilizó la herramienta informática de soporte al análisis de textos ATLAS-Ti 6.2.

Se realizaron transcripciones de las entrevistas obtenidas para posteriormente seleccionar las citas que resulten relevantes para la investigación. Esta relevancia tiene que ver con la presencia de elementos en la entrevista que den cuenta de características de las categorías previamente descritas, para analizar de forma más profunda la relación de las mismas con la nueva información proveniente de los entrevistados.

Estas citas seleccionadas se agrupan mediante códigos, los cuales hacen referencia a elementos propios de las categorías antes descritas. De la misma manera estos códigos aportan información novedosa no visibilizada anteriormente, aportando y complementando así las categorías previas.

Los códigos generados son interdependientes, y pueden por ende pertenecer al mismo tiempo a más de una categoría descrita e incluso a una categoría nueva como se planteó en uno de los objetivos específicos. Estos se organizaron mediante agrupaciones que el software identifica como “Familias” y que son entendidas por las investigadoras como la agrupación de códigos con características similares y que tienen relación con las distintas categorías de la experiencia usuaria del programa “Hospital Amigo”.

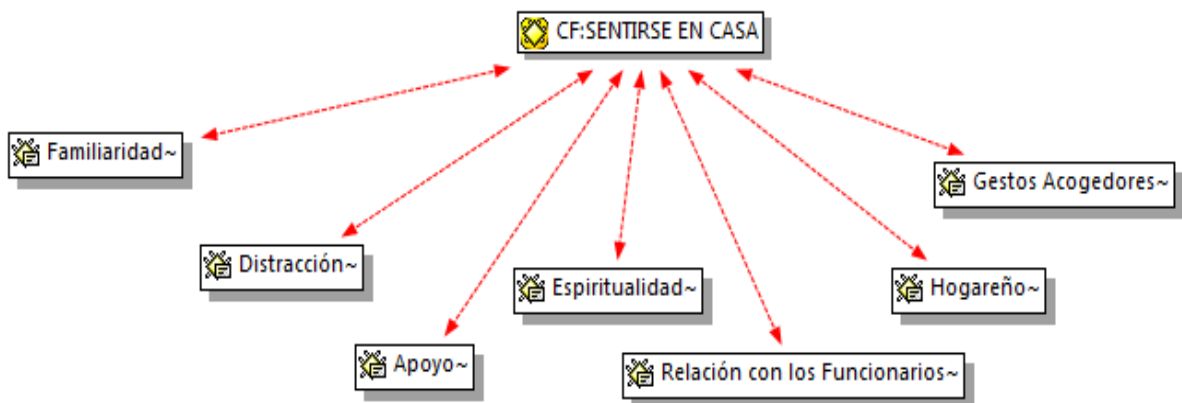
## RESULTADOS

Mediante el análisis de los datos surgen cinco categorías, las cuales incluyen una fase descriptiva y de análisis interpretativo, las que finalmente darán cuenta de las dimensiones de la experiencia usuaria en el programa “Hospital Amigo”. Se anexará además previo a la descripción un diagrama que resume los principales componentes de cada categoría.

Los datos serán presentados en una primera instancia a través del análisis interpretativo de las citas relevantes de acuerdo a cada categoría, para posteriormente desarrollar la descripción densa de cada una. Las citas serán seleccionadas debido a que caracterizan ideas centrales de la categoría tratando de respetar los aspectos más literales y semánticos de las citas, para posteriormente a través de la descripción densa poner estos contenidos en diálogo con las interpretaciones propias de las investigadoras.

Esta forma de presentar los datos hace sentido con la manera en que la investigación se llevó a cabo, permitiendo visualizar las perspectivas propias de los actores que experimentan el programa, explicitando con sus propias palabras la construcción intersubjetiva de esta realidad.

### 8.1.- Sentirse en Casa



*“Es como si estuviera en la casa, porque nadie me dice nada, por el contrario le ofrecen a uno, por ejemplo las enfermeras me dicen “¡ay! Usted tan temprano que viene y no ha almorzado”, a veces me vengo almorzada, pero a veces no me vengo con almuerzo y a veces traigo almuerzo y así relativo.”*

*(Informante N°3, página 5, párrafo 2, línea 7)(Ver Anexo N°9)*

Los funcionarios del Hospital entregan la libertad a la entrevistada de decidir sobre sus propios horarios y funcionar de acuerdo a ellos. En este caso se presenta por parte de la cuidadora la sensación de sentirse como en el hogar propio, mediante una invitación a la libertad de decidir sobre sus tiempos y preferencias. Además se encuentra presente un factor extra; la preocupación de parte de los “dueños de casa”, en el momento en que los funcionarios se preocupan por el bienestar de la entrevistada.

Esta libertad también les permite a los familiares reubicar dentro del espacio hospitalario algunas costumbres y prácticas arraigadas en la propia forma de vida del grupo familiar, permitiéndoles sentir el calor del hogar en compañía de su ser querido hospitalizado. Este espacio hogareño es percibido a través de los sentidos; mientras se bebe el té o se come el almuerzo, imaginando lo que continúa sucediendo en la tranquilidad del hogar, apreciando como el día transcurre.

*“Salgo al pasillito a tomar aire sobre todo cuando hay sol, pero yo todo el rato estoy con mi marido, porque yo sé que él me necesita en la condiciones en las que está porque se cansa rápido y yo lo ayudo a hacer sus cositas”*

*(Informante N°4, Página 1, Párrafo 4, Línea 1-5) (Ver Anexo N°9)*

El relajarse como práctica típica del hogar es trasladada al espacio hospitalario. En la cita anterior se logra apreciar como el espacio físico del lugar permite en ciertos aspectos aprovechar y disfrutar los días de una manera similar al propio hogar, apreciando los diversos matices del paso de las horas, se perciben y sienten las variaciones climáticas que van ocurriendo, sintiendo el cálido sol de la tarde en el tranquilo pasillo del recinto.

*“Para mi realmente ha sido bueno en el sentido de que el horario que permiten las visitas es bastante extenso de 12 a 7 de la tarde es un horario que por ejemplo hay personas*

*que trabajan entonces pueden acomodarse entre las familias o entre las personas que visitan al enfermo para poder organizarse y venir en distinto horario”*  
*(Informante N°2, Página 1, Párrafo1, Línea 1-4) (Ver Anexo N°9)*

Esta libertad de los tiempos, es visualizada por los cuidadores como un gesto especial en el que les permite permanecer más tiempo con su paciente sin mayores inconvenientes ni restricciones. Esto sería altamente valorado por los cuidadores, ya que les permitiría mantener los lazos familiares estables durante este particular proceso de enfermedad. Además, estos momentos de acompañamiento no son interrumpidos, producto de que este horario de visitas es continuado, otorgándoles la flexibilidad de compartir como lo harían en la intimidad de su propio hogar.

*“Si cada uno apoya a su manera, por ejemplo yo le leo trato de leer siempre, porque a él le gustaba todos los días leer el diario, así que yo casi siempre se lo traigo y le leo un ratito que sea, porque a veces se me olvida”*

*(Informante N°4, Página 2, Párrafo 5, Línea 1-4)(Ver Anexo N°9)*

Podría evidenciarse una cierta transformación de los rituales hogareños, los que antes podrían ser practicados de una cierta manera en el hogar, ahora son modificados en el hospital, debido al nuevo proceso familiar que se está viviendo. En el caso de la cita anterior se logra inferir esta transformación, puesto que una práctica cotidiana como leer el diario que probablemente era realizada de forma individual en el hogar, es ahora una actividad compartida entre la pareja, pudiendo generar una sensación de cotidianidad para ambos.

Existe un interés del cuidador por mantener al tanto al paciente de la vida cotidiana que continúa transcurriendo fuera del Hospital, pero por ahora sin él. Es así como una forma de continuar manteniéndolo presente en dicho espacio, es informándolo de los acontecimientos relevantes. Así la vida hogareña y social logra, a través del lenguaje, ser trasladada al recinto hospitalario.

*“Bien, si porque me ayudan bastante y en la casa igual, porque ellas adoran a mi marido bueno él es el abuelito, pero como se criaron en la casa, entonces ellas le dicen papá.*

*Ellas están presentes todos los días y andan de carrerita, porque resulta que ellas tienen sus niños, por ejemplo una hoy día no mando sus niños al colegio, porque no tenía con quien dejarlos para recibirlos en la casa cuando viniera el furgón a dejarlos, así que se vino con él para acá”*

*(Informante N° 3, página 4, párrafo 4, línea 13) (Ver Anexo N°9)*

Por parte del Hospital se permite el acceso libre a toda la familia, generándose un espacio íntimo y hogareño en el que se mantienen los rituales de visita de los hijos de la misma manera en que eran realizados al hogar de los padres. De cierta forma es como si la persona se encontrara en su propia casa, por ende la familia acompañada incluso de sus nietos, lo va a visitar, participando también del proceso. Las particularidades de este hospital en cuanto al espacio físico, caracterizado por áreas verdes y espacios visualmente atractivos, invitan a hacerse parte del lugar, sentirse cómodo y de esta manera involucrarse mayormente en el proceso de rehabilitación.

Una de las formas en que este espacio se convierta en un lugar lo más similar posible al propio hogar, es manteniendo y trasladando las relaciones significativas para los pacientes al lugar hospitalario. Al parecer resultaría importante la mantención de estas relaciones, más allá que la comodidad entregada por el espacio físico. Por ende, la libertad otorgada por parte de la institución resultaría beneficiosa.

*“A uno como terapia le sirve, como este lugar es tan acogedor no se aburre uno aquí... claro, y se desahoga uno, porque a veces uno llega en la tarde y me da pena la casa, que está sola, están los perros no más, entonces da pena y aquí... hay más gente...”*

*(Informante N°3, Página 6, Párrafo 10, Línea 28) (Ver Anexo N°9)*

Se valora la posibilidad de distracción que el hospital ofrece, al presentar características no tradicionales en donde las particularidades positivas del espacio físico son significadas por el cuidador como “un gesto acogedor” por parte del Hospital, lo que les permite la distensión y el relaxo. Además el entorno que aquí se encuentra y rodea a la cuidadora la mantiene con una mayor sensación de bienestar, generándose incluso un efecto positivo a nivel emocional dentro de todas las dificultades que acarrea este difícil proceso

### **Descripción Densa**

La categoría “Sentirse en Casa” hace referencia a varios elementos que dicen relación con la estadía cotidiana que los cuidadores experimentan en el espacio Hospitalario, los cuales de alguna manera serían similares a la vida hogareña y familiar. Esta similitud podría generar un estado de mayor plenitud y comodidad, por lo que resulta interesante visualizar las condiciones que promueven aquella sensación.

Por una parte, es importante señalar que la sensación de estar en el propio hogar es valorada por los cuidadores, no sólo a través de la disposición del espacio físico (presencia de sillones, hervidor, etc.) sino que considerando otras dimensiones importantes, como por ejemplo las relaciones interpersonales, en donde la interacción con los funcionarios cobran gran relevancia. Son estos últimos los que estarían actuando como los “dueños de casa” en este hogar transitorio, y la libertad que ellos entregan a los cuidadores y familiares para poder utilizar los espacios con cierto grado de confianza y relax, permiten que esta sensación de familiaridad sea percibida y experimentada con mayor fluidez *“Es como si estuviera en la casa, porque nadie me dice nada, por el contrario le ofrecen a uno”*.

Por ende, el “Sentirse en Casa” va más allá del espacio físico otorgado por el recinto; se relaciona con la manera en la que les es permitido hacerse parte de estos espacios. Es decir, la experiencia de comodidad y familiaridad no surge desde los sillones o pendones que explicitan la posibilidad de usar el espacio, sino que desde la invitación acogedora de los funcionarios a trasladar sus rituales diarios al centro de salud. Al ser percibida esta libertad y confianza, los cuidadores comienzan a transitar por los espacios y a utilizarlos con más propiedad.

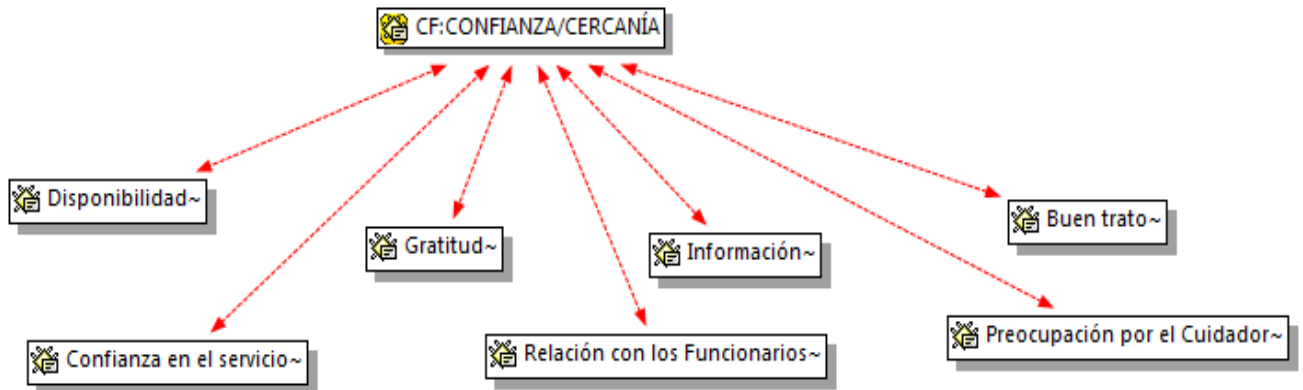
Es importante además considerar que las características particulares que tiene este Hospital, como las grandes áreas verdes, los espacios abiertos y la tranquilidad del entorno, podrían aumentar la sensación de comodidad, familiaridad y bienestar de los cuidadores, otorgándoles un espacio grato de encuentro y comunicación con sus seres queridos, generando un ambiente más acogedor y armonioso que podría tener efectos emocionales positivos en el cuidador, permitiéndole de cierta forma “olvidar” que se encuentra en un Hospital, obteniendo beneficios de este apacible espacio, en donde se contempla la naturaleza propia de la ciudad y se percibe el paso del día. En este lugar es posible para los cuidadores distraerse e incluso llegar a relajarse, concibiéndose por ende

una estadía más agradable en el recinto *“A uno como terapia le sirve, como este lugar es tan acogedor no se aburre uno aquí”*.

Otro elemento relevante, tiene que ver con la importancia de la mantención de las relaciones familiares en el espacio hospitalario. Durante las entrevistas se logra apreciar la constante búsqueda por parte de los cuidadores de acompañar a su familiar hospitalizado, para de este modo, conservar de cierta manera la cotidianidad de la vida hogareña; realizando rituales habituales como lo es por ejemplo leer el diario, beber el té o incluso dormir. Además de recibir visitas por parte de los hijos, amigos o familia extensa; lo cual es permitido por parte del Hospital y es facilitado debido al extenso horario de visita y las características propias del recinto *“Ellas están presentes todos los días y andan de carrerita, porque resulta que ellas tienen sus niños, por ejemplo una hoy día no mando sus niños al colegio, porque no tenía con quien... así que se vino con él para acá”*.

Es relevante referirse además a un hecho que se logra inferir de los relatos recolectados, en los cuales aparece una transformación de los rituales. Es posible que ciertas acciones cotidianas como por ejemplo el caso de la lectura del diario, sea transformada en su forma de ser realizada; la que antes se realizaba individualmente ahora se transforma en una actividad compartida por la pareja *“por ejemplo yo le leo trato de leer siempre, porque a él le gustaba todos los días leer el diario”*. Esta transformación de los rituales podría estar asociada al cambio que significa experimentar un proceso de enfermedad por parte de la familia, lo que modifica sus pautas y genera nuevas adaptaciones de las rutinas diarias.

## 8.2.- Confianza-Cercanía



*“Ud. me da entender que es un trato más cercano, humano, ¿cómo lo definiría usted?*

*S: Si es que es como más a ver... cómo explicarlo, es como con cariño no solo por la obligación de su trabajo, se nota que es como una preocupación por uno y la hacen sentir importante, son tan amables aquí las señoritas, todos.” (Informante N°4, Página 5, Párrafo 9, Línea 1-3) (Ver Anexo N°9)*

Se generaría un lazo entre cuidador y funcionario que se significa como una relación diferente a la que tradicionalmente se genera al interior de un hospital, se entrega un trato humanitario que trasciende a las obligaciones profesionales de un funcionario. Este buen trato no es esperado por los cuidadores, por lo que los sorprende, haciéndolos sentir una parte importante dentro de esta “familia hospitalaria”.

*“Yo les pregunto cualquier cosa y ellos me responden todo, porque pregunto harto ve que paso todo el día acá. No es como en otros lados que son más cortante, son como un poco fríos, como le dijera, como que una le estuviera que estar pidiendo siempre un favor y ponen una cara (con actitud de desprecio). Pero aquí no, son atentas las señoritas y le sonríen a una y siempre con buena cara, como le digo, les agradezco harto.” (Informante N°4, Página 5, Párrafo 3, Línea 4-9) (Ver Anexo N°9)*

Esta sensación de confianza y cercanía con los funcionarios estaría principalmente forjada por el contraste que se da con otras experiencias vividas en circunstancias hospitalarias previas, por lo que la comparación estaría a la base de esta comodidad generada.

Los usuarios percibirían o infieren ciertas cualidades especiales en los funcionarios y lo significan como un ambiente grato, agradable, que les provoca emociones de felicidad y gratitud. Esta actitud servicial no está necesariamente relacionada con las prácticas médicas (remedio, comidas, ejercicios) sino más bien tiene relación con una actitud servicial caracterizada por generosidad y buen corazón *“son atentas las señoritas y le sonríen a una y siempre con buena cara”*.

Se podría inferir que la forma en la cual se entrega la información sobre la salud del paciente es valorada positivamente por los cuidadores debido al trato delicado que se percibe al entregar la información en este momento de fragilidad.

*“Muy contento, como le digo de todas las personas todo el personal muy simpáticas, muy agradables, muy servicial a todos y es que a veces salimos enfermitos medios porfiaditos, entonces las niñas yo les doy las gracias para que así tengan más ahí con los enfermitos son medios odiositos...”* (Informante N°1, Página 1, Párrafo 3, Línea 1) (Ver Anexo N°9)

El buen trato es homogéneo para todos los usuarios del centro, sin importar las características propias de cada persona. Este trato particular es agradecido por el entrevistado de forma explícita, para que así los funcionarios se den cuenta que la labor que ellos realizan tienen efectos positivos sobre los usuarios, para que de esta forma los continúen realizando, por ende se podría señalar que existen esfuerzos por mantener esta relación, que de alguna manera, continúa siendo bastante instrumental y asimétrica.

*“Si, es algo completo, es integral, yo creo que eso es lo más importante de este centro, está la parte humana, porque se preocupan del buen trato con las personas, y eso es algo que uno no ve en todos lados”* (Informante N°2, página 4, párrafo 5, línea 1-3) (Ver Anexo N°9)

Los cuidadores explicitan el hecho de que el “trato humanitario” es algo característico de este hospital, y que convierten el servicio inmediatamente en algo integral.

Las experiencias previas vividas en otros servicios asistenciales, predisponen al usuario a esperar un trato similar en el resto de los recintos, caracterizado por una relación asimétrica y fría y un trato poco delicado hacia él. Por lo que al llegar a este hospital se produciría sorpresa por el servicio entregado, valorándose la calidez, preocupación y cercanía en la forma en que este es entregado.

Esta entrega tiene relación con las circunstancias específicas que se viven en un recinto hospitalario, en donde el usuario llega en situación de vulnerabilidad debido al accidente o enfermedad que los aqueja, lo que se ve reflejado en la siguiente cita:

*“por ejemplo cuando estuvimos en el otro hospital, no vamos a decir que fue malo, pero cuando pasó el accidente la trataron muy bruscamente, con el dolor que ella sentía, por ejemplo el trato era ... fue una accidente de gravedad entonces no es como cuando una persona enferma de un dedo, un resfriado, no es igual, porque a ella la cambiaban de camilla, la hacían para allá para acá con su dolor, que era mucho, en ese sentido no quedamos conformes, cuando la cambiaban de camilla, silla de ruedas, no es el mismo trato de acá, mucho cuidado, los cambian de un lado a otro con el dolor que ella tenía fue mucho”. (Informante N°5, Página 6, Párrafo 5, Línea 1) (Ver Anexo N°9)*

### **Descripción Densa**

La confianza hacia los funcionarios estaría relacionada en primera instancia con el servicio médico que se entrega por parte de los funcionarios, el que es calificado como satisfactorio por parte de los cuidadores, ya que sería un servicio profesional e integral. Por otro lado existiría una valoración particularmente importante a la forma en cómo este servicio es entregado por los funcionarios, siendo percibido como una entrega sincera, cariñosa, comprometida y amable hacia la persona hospitalizada, pero que para sorpresa de los cuidadores también se extiende, y de la misma forma, hacia ellos.

Se infieren cualidades especiales en los funcionarios que van más allá de lo establecido habitualmente en un recinto hospitalario, encontrándose aquí un ambiente caracterizado por actitudes serviciales de generosidad y de buen corazón hacia el cuidador, un espacio lleno de sonrisas que acompañan el trabajo profesional, un espacio en donde se vuelve a traer la esperanza al cuidador mediante la entrega de una palabra de aliento; por la caricia

que los vuelve a poner de pie; en general por la presencia de lo que podría ser “amigos” que brindan apoyo y bienestar en este particular momento de dificultad que están viviendo.

De alguna manera, esta atribución de buen trato y amabilidad no es institucional, sino que más bien se encuentra ligada a una atribución personal, a las características particulares de los funcionarios más que a los elementos físicos que el Hospital haya implementado o a las propuestas ministeriales llevadas a cabo, sino que se presenta una atribución individual a las personas con las que los cuidadores se están relacionando. Es por aquello, que surge un proceso de subjetivación de la sensación de bienestar, en donde los cuidadores se sienten confortables debido a las personas (funcionarios) con las que les han tocado relacionarse en el recinto, generándose la idea de que la sensación de confianza y cercanía que perciben los cuidadores tiene que ver con elementos internos de cada individuo con quienes tratan (Giaccaglia M. et.al, 2009).

Este proceso resulta interesante a la luz del modelo biomédico que se encuentra enraizado en los roles de funcionarios como enfermeros, médicos, kinesiólogos, etc. De cierta manera esta identificación tradicional del rol, genera que cualquier aspecto o práctica que esté fuera del modelo tradicional o que sorprenda por la calidez o amabilidad del trato, inmediatamente se subjetiva, y se atribuye a características propias de la persona detrás del rol y no al contexto (Giaccaglia M. et.al, 2009).

Los cuidadores significan este trato especial y particular como un trato humanitario, que en muchas ocasiones, es encontrado por primera vez en un recinto hospitalario. Esta cualidad, en palabras de los cuidadores, sería la “insignia” del lugar, considerándose como la característica más relevante e importante que se podría encontrar aquí, y la que ellos más agradecen, ya que la entrega es significada como especial “para mí”, algo así como un preciado regalo que ellos atesoran y cuidan particularmente *“Si, es algo completo, es integral, yo creo que eso es lo más importante de este centro, está la parte humana, porque se preocupan del buen trato con las personas, y eso es algo que uno no ve en todos lados”*. Esta entrega permite una particular proximidad entre funcionario y cuidador, en donde la confianza podría ser la cualidad más apreciada.

Por otro lado, la forma en que los funcionarios están disponibles para proporcionar la información necesaria acerca del proceso que vive su familiar, parece ser otra cualidad que los cuidadores aprecian; puesto que los funcionarios además de preocuparse de ese proceso, se preocupan y dan cuenta de lo importante que es y de cómo finalmente los afecta a ellos como cuidadores, por lo que se enfatiza un trato especial en cómo esta información es entregada. *“Yo les pregunto cualquier cosa y ellos me responden todo... No es como en otros lados... que es como que una le estuviera que estar pidiendo siempre un favor... pero aquí no, son atentas las señoritas y le sonrían a una y siempre con buena cara, como le digo, les agradezco harto.”* Es importante destacar además que la forma en la cual sea entregada la información sobre la salud del paciente, será particularmente valorada desde el momento de fragilidad que la persona está viviendo. Es por esto que se valora el gesto, ya que da muestra de un trato en donde se considera al cuidador, en donde no es sólo una persona más dentro de una gran masa, sino que es un individuo, con sus propias preocupaciones y necesidades en este proceso particular que está viviendo.

Es importante mencionar además cómo los cuidadores generan esta impresión del hospital y sus funcionarios en base a las experiencias previas que han vivenciado en otros servicios hospitalarios, en donde el trato es mucho más frío e impersonal, y se caracteriza por brindar un apoyo profesional, en gran medida, sólo a la persona hospitalizada. Por lo que al encontrar este trato “humanitario” los sorprende gratamente y se sienten profundamente satisfechos y agradecidos del mismo, es como si todos estos gestos relacionados con el trato humano, la cordialidad, la buena disposición para informar y enseñar fueran un regalo muy preciado, algo que es inesperado y que sorprende, y que transforma la idea generalizada de lo frío e impersonal que caracterizaría a un Hospital.

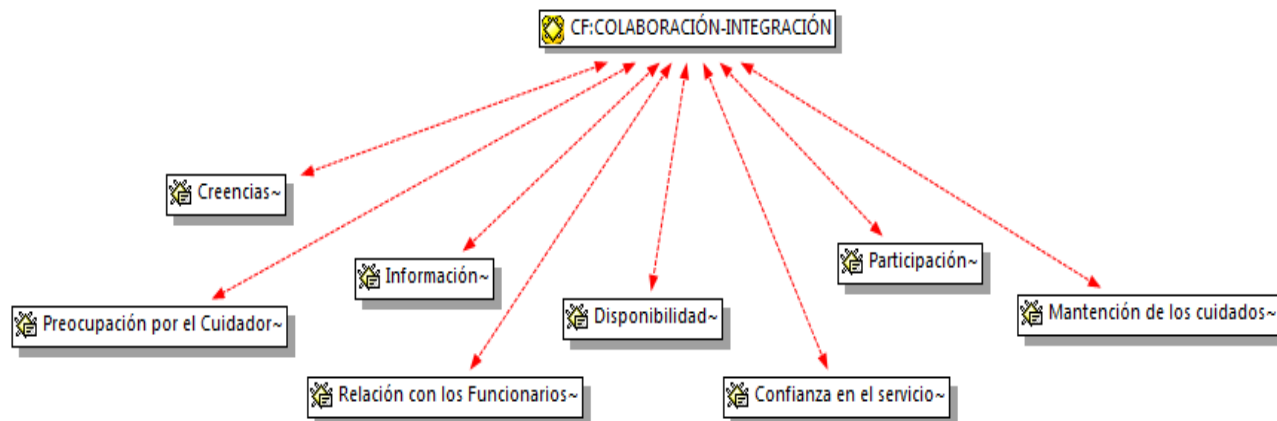
Este buen ambiente da pie además a una proximidad especial entre ambos actores, una proximidad en donde existe la confianza en el funcionario y en donde se percibe un cariño especial hacia el cuidador, lo que entregaría una sensación de familiaridad por parte de los funcionarios, siendo también fuertemente agradecido.

Finalmente este trato particular y generoso hacia los cuidadores y pacientes es significado por el cuidador como un trato especial que los haría sentir más que una simple visita, quizá como alguien que también forma parte de la “familia hospitalaria”.

Es importante mencionar que esta relación de confianza- cercanía se va construyendo día a día. De cierta forma son los cuidadores y familiares los que van percibiendo que esta construcción puede ser posible, pero que sin embargo ellos no pueden participar demasiado en la misma, puesto que existiría un temor a traspasar ciertos límites de respeto al intentar construir la relación cercana con el funcionario. Es por aquello que reciben de forma agradecida el buen trato entregado, buscando mantener éste a través de un buen comportamiento y respuestas respetuosas y cariñosas, imponiéndose límites y preocupándose de no infortunar esta buena relación que se gesta.

Aquella relación estaría fuera del control de los cuidadores, y sería terreno de los funcionarios, en donde ellos manejarían elementos como el buen trato o los gestos acogedores, es por ende que los usuarios se mantendrían como seres un tanto pasivos en la construcción de esta relación con el personal hospitalario, ya sea por miedo a quebrar este desarrollo de una relación beneficiosa y agradable para ellos o debido a una cierta desesperanza aprendida ligada al modelo biomédico tradicional, en donde las circunstancias que podrían favorecer esta relación de confianza tampoco están bajo el control de los cuidadores. Por ende, la participación por parte de los cuidadores en esta construcción de una relación cercana, se limitaría a un tremendo agradecimiento y a una cierta sumisión.

### 8.3.- Colaboración-Integración



*“yo le doy su comida cuando está peor de los bracitos, también a veces lo llevo en la sillita a pasear, le converso de lo que pasa en la casa, por ejemplo, yo tengo una nieta que tiene 5 años chiquitita que siempre se acuerda de él y le manda saludos, porque es la regalona del tata, es la nieta más chica y él la echa tanto de menos.”(Informante N°4, Página 1, Párrafo 7, Línea 1-6) (Ver Anexo N°9)*

El cuidador se involucra en los cuidados a través de una colaboración que tiene que ver con el suplir funciones que el paciente ya no puede realizar, transformándose en sus propias piernas para caminar, en sus propios brazos para comer, percibidos de una manera mucho más confortable por el paciente, debido a la relación íntima que ya existiría con el cuidador.

Además la colaboración tiene relación con necesidades particulares del paciente que sólo el cuidador conoce, por ejemplo en este caso la necesidad del paciente de escuchar relatos de un familiar querido. Es por esto que el cuidador podría satisfacer necesidades que no están al alcance de los funcionarios, debido a que no conocen de la misma manera al paciente. Esto tiene que ver con que el sentido de que estas rutinas,

posiblemente beneficiosas para el paciente no es comprendido por los funcionarios, puesto que son prácticas propiamente familiares, propias de las relaciones que se dan al interior del hogar.

*“yo he escuchado que cuando uno está feliz como que se mejora más rápido eso como de las defensas que dicen, y si uno está triste empeora y aquí se ven hartos viejitos como más solitos y a mí me da pena verlos así, yo trato de conversarles, pero yo creo que lo que ellos necesitan es a sus familias.” (Informante N°4, Página 2 Párrafo 3, Línea 1-4)*  
(Ver Anexo N°9)

La integración de la familia al proceso de rehabilitación tiene relación con las creencias populares que cada persona trae consigo, actuando de acuerdo a las mismas. Estas tendrían relación con el acompañamiento y la conversación cotidiana que produciría en el paciente el buen ánimo necesario para salir adelante del proceso médico que está viviendo. Además, habría una extensión de estas creencias hacia los otros pacientes, dando entender que la colaboración no será dedicada solamente a su propio familiar.

*“Claro, pero no es porque no lo atiendan aquí, sino que es porque para...como le quiero decir yo..., que a veces las enfermeras están ocupadas también, entonces hay pocas personas para cubrir todo aquí” (Informante N° 3, Página1, Párrafo 5, Línea 20) (Ver Anexo N°9)*

La colaboración no sería realizada con la finalidad de suplir obligaciones de los funcionarios, sino más bien ser un complemento de las mismas. Es decir sería una ayuda recíproca en la que ambos son beneficiados.

*“Visitarnos no más y como te digo conversar, lo que más se puede hacer, conversar con ella, darle valor, darle esperanza, darle ánimo, que tire para arriba y eso es lo que toda la familia hacemos. Los que la vienen a ver siempre le desean lo mejor, darle ánimo”. (Informante N°5, Página 4, Párrafo 1, Línea 1) (Ver Anexo N°9)*

La colaboración estaría supeditada a las posibilidades y características propias de los cuidadores y a sus creencias sobre lo que es importante en el proceso de rehabilitación, en el caso de la cita el buen ánimo. Algunos con el sencillo gesto de conversar u otros con el concreto hecho de “regalinear” mediante una comida especial que sea del particular gusto del familiar satisfaciendo así las particularidades del paciente.

*“el fin mío es que se mejore pronto y pueda acompañarla, llevarla a mi casa y yo cuidarla también allá, porque he aprendido cómo la atienden acá yo tengo que seguir atendiéndola en mi casa como aquí, porque ella es hiperkinética, tiene jardín, le gustan harto las plantas, ella no para, sacarles la maleza, regarlas, eso ya no lo podrá hacer, en un tiempo, no va a salir al tiro a trabajar, sería muy bruto si la dejo hacer eso, no no, tiene que cuidarse mucho tiempo”. (Informante N°5, Página 7, Párrafo 7, Línea 1) (Ver Anexo N°9)*

Los cuidadores serían integrados por los funcionarios, dándoles el espacio para transmitirles conocimientos necesarios para la rehabilitación con el objetivo de que además este aprendizaje sea de utilidad de vuelta en el hogar. Así mismo las personas se integran a través de este traspaso de conocimiento bidireccional donde ambos, funcionarios y familiares, comparten desde su propia sabiduría las mejores herramientas para cuidar a quien tienen en común, el funcionario desde las técnicas médicas y por su parte el familiar desde el conocimiento más íntimo del paciente.

### **Descripción Densa**

La colaboración por parte de los cuidadores de los pacientes hospitalizados se basa principalmente en la idea de mantener cómodo al paciente en este lugar; mediante el intento de mantener aquellos rituales privados y beneficiosos para él y satisfacer aquellas necesidades particulares del paciente que el propio cuidador conoce en mayor medida que los funcionarios. La historia en común con el paciente le permite distinguir estas pequeñas particularidades y sutilezas, debido a que las prácticas que el cuidador conoce y considera favorables para su paciente, son características de la vida cotidiana que forman parte de las relaciones familiares *“yo le doy su comida cuando está peor de los bracitos, también a veces lo llevo en la sillita a pasear, le converso de lo que pasa en la casa”*. Ésta sería una de las razones por las que el cuidador se incluye y participa de manera activa en las tareas diarias de su paciente, siempre con un sentido de bienestar hacia él.

Al parecer estos cuidados irían orientados hacia mantener un ánimo positivo y alegre, puesto que las personas tendrían creencias propias con respecto a la influencia del estado anímico en la recuperación del paciente. *“yo he escuchado que cuando uno está feliz como que se mejora más rápido [...]”*. Se expresaría la creencia de que el buen ánimo sería parte fundamental del proceso de salud enfermedad, propiciando una buena

recuperación. Es interesante cómo se logra visualizar una transposición de las teorías médicas acerca de la recuperación, que se ve reflejada en las prácticas de los cuidadores. Las teorías médicas son apropiadas por los usuarios, implementándolas en los cuidados de su familiar en una forma única de ser comprendidas, con las modificaciones propias del proceso de representación de estas teorías, volviéndose por ende creencias que son aplicadas en el espacio hospitalario.

Cada cuidador adoptaría una manera única e individual de colaborar e integrarse al proceso de rehabilitación. Cada uno apela a sus propias distinciones y creencias sobre el mundo, y actúa desde aquello *“es que yo le hablo, y le cuento chistes, historias de antes [...] así le doy un poco de ánimo pa’ que de a poquito se vaya mejorando.”*. Algunos entregan una comida especial, otros acompañan en los ejercicios, etc. Esta entrega es distinta a la realizada por los funcionarios, ya que ellos aportarían desde las particularidades que les otorga el conocer a su propio paciente.

Esta participación se vería potenciada gracias al espacio proporcionado por el hospital y los funcionarios, integrando a los cuidadores en las prácticas de cuidados. De esta manera se genera un espacio de encuentro en donde existe la posibilidad de intercambio de experiencias, en la cual la experiencia médica que entrega el funcionario es complementada con la vivencia que trae el cuidador de conocer e interactuar cotidianamente con el paciente *“[...] aquí no siento que estorbo porque estoy como libre puedo hacer lo que yo sienta que es bueno para ayudar a mi viejo”*.

Se reconoce que este intercambio de experiencias también se debe a una disponibilidad de los funcionarios que va más allá de los cuidados médicos básicos, involucrando un tiempo extra para facilitar el aprendizaje *“si ellos siempre están dispuestos a enseñarnos cosas [...]”*. Además esta disponibilidad es significada por los cuidadores como un gesto acogedor, una forma de decirles *“ustedes son importantes”*.

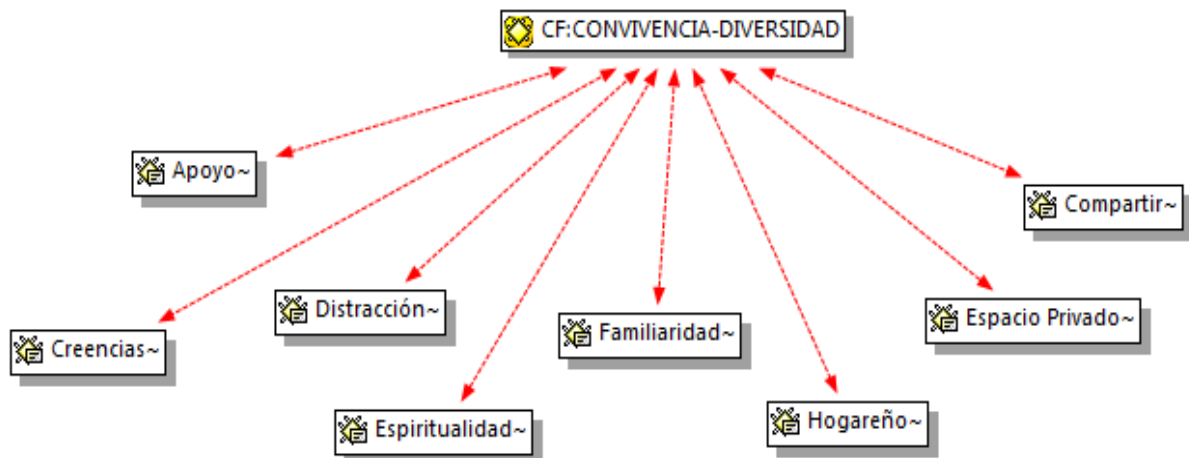
Existe además cierta preocupación por parte de los funcionarios en el proceso de cada paciente y en las capacidades del cuidador para hacerse cargo o no, generando nuevas estrategias que involucren a otros familiares en el proceso *“aquí haciendo masajes, una doctora me dijo hágalo así [...]”*. Por lo tanto se genera una relación en donde entrecruzan las necesidades de ambos sistemas, ya que por parte del funcionario es importante

asegurarse de que los cuidados se efectuarán bien en el futuro “[...] masajitos bien sencillos que yo después se los hago cuando se va a la casa los fines de semana”. Y por su parte, para el cuidador es fundamental que se le proporcione el espacio suficiente para participar en el proceso que vive su familiar.

Esta integración no depende del tiempo de estadía del cuidador en el hospital, pero sí de sus propias capacidades y limitaciones. Los funcionarios se preocupan de resguardar la integridad del cuidador principal, valorando los aportes individuales que éste realiza de forma voluntaria, más allá del deber y responsabilidad de ser cuidador “no quiso el Kinesiólogo que yo estuviera, porque yo soy muy delgada y como soy una persona de edad entonces quiso que mis nietas estuvieran con él [...]”.

En este nuevo sistema de relaciones los cuidadores pasan a integrarse a las dinámicas del hospital, haciéndose partícipes en los procesos vividos durante la estadía, convirtiéndose en un usuario más de este servicio hospitalario. Todo lo anteriormente mencionado resultaría como factor motivador para la inclusión y participación del cuidador en el proceso de salud enfermedad, puesto que deja de ser una visita y se transforma en parte activa del tratamiento de su familiar, constituyendo una pieza clave dentro del proceso de mejoría.

#### 8.4.- Convivencia-Diversidad



*“¿Le ha costado un poco acostumbrarse a estar con más gente acá en el hospital?”*

*A mí no, porque me gusta ver a la gente y me entretengo con eso pero a mi viejito al principio le molestaba que a veces hay mucho ruido y uno que está acostumbrado a estar solo, yo con mi viejito nomás en la casa y a veces que van los nietos, pero aquí siempre anda gente, entonces a mi viejito por ejemplo que estaba acostumbrado a tomar la siesta le costaba por la bulla, las visitas que a veces vienen con niños, entonces los niños usted sabe andan de aquí para allá y a veces uno quiere puro descansar” (Informante N°4, Página 5, Párrafo 4, Línea 1-8) (Ver Anexo N°9)*

Las características personales de los usuarios influirían en cómo perciben el ambiente hospitalario, que se caracteriza por el encuentro de diversas familias, y como se adaptan a él. Esta nueva realidad en ocasiones exige por parte de los usuarios ciertas transformaciones, por ejemplo en las costumbres hogareñas ya arraigadas en los estilos de vida y en las formas de relacionarse con un otro desconocido.

*“Porque hablan de sus cosas y uno comparte experiencias también con el resto de las familias. Y También sirve porque pucha, siempre uno está al medio, y siempre hay alguien que está peor y alguien que tiene mejor o más sano a su familiar. Entonces por ejemplo para las personas que tienen un paciente que está en estado más crítico, ve a al lado también hay alguien que lo está pasando mal, entonces se pueden ayudar y animar, y eso va fortaleciendo también a las personas.” (Informante N°2, Página 5, Párrafo 2, Línea 1-7) (Ver Anexo N°9)*

Este encuentro entre personas desconocidas que viven una situación en común, les permitiría generar una red de apoyo momentánea que entregaría consuelo y esperanza en este proceso complejo.

El compartir experiencias con personas en la misma circunstancia permitiría un aprendizaje de las vivencias de otros y de cómo enfrentaron aquellos momentos dolorosos lo que podría servir como referencia para el actuar propio en estas situaciones similares.

*“Mire... si hay que conversar conversamos, si, no hay problemas. Uno conversa de todo, no tan solo de la enfermedad, sino cosas de todo, cosas que han pasado...” (Informante N°3, Página 6, Párrafo 10, línea 25) (Ver Anexo N°9)*

La interacción entre los cuidadores se daría de forma momentánea al encontrarse ambos en un mismo proceso, sin embargo esta relación probablemente no se daría en otro contexto ni por iniciativa propia. De todas formas se destaca una variedad de temas durante la conversación, los que podrían servir como distracción de las labores habituales que deben cumplir los cuidadores con su familiar hospitalizado.

*“si el caballero de ahí no puede acercarse a la silla uno lo ayuda y lo va a dejar a su camita, uno ayuda en algo y así todos cooperamos... si se le cae una cuchara a un enfermito ahí uno va y la recoge y la lava...” (Informante N°3, Página 7, Párrafo 3, Línea 5) (Ver Anexo N°9)*

La convivencia se daría en torno a ayudar al otro y a los pacientes, por ende los cuidadores están dispuestos a colaborar, empatizando con la situación que se vive en conjunto. En estas circunstancias la solidaridad se hace presente siendo un punto generador de las interacciones que se producen al interior de este hogar momentáneo.

*“es que nos hemos ido conociendo, o sea que muchas personas, nadie se conocía antes de llegar acá, entonces... no vamos a decir que somos amigos, si no que hemos tenido un acercamiento, uno conversa, cosas así” (Informante N°5, Página 5, Párrafo 1, Línea 1)(Ver Anexo N°9)*

Los lazos generados en las relaciones entre cuidadores son más bien circunstanciales de acuerdo al tiempo y espacio en el que se encuentran, cada uno trata de aportar con lo mejor de sí a esta convivencia “obligada” que la enfermedad terminó produciendo. Se generaría una comunidad en pos de los pacientes que no se caracterizaría por buscar relaciones de amistad.

## Descripción Densa

El proceso de salud-enfermedad que vivencia una familia, acarrea nuevas formas de relacionarse con un entorno, que va exigiendo diversas capacidades de adaptación a las personas según las situaciones a las que se enfrenten. Uno de los aspectos importantes de esta adaptación es la convivencia, que se va a componer de diversos elementos que surgen en la interacción.

La experiencia de vivir un proceso de hospitalización se ve influenciada por las relaciones que se gestan en este proceso. En este hospital se observa que se comparten ciertos elementos relacionados con la enfermedad, con el estar allí por un objetivo en común el que finalmente se traduce en terminar esta etapa de rehabilitación y que la persona vuelva a ser la misma que era antes.

Para conseguir este objetivo se van generando ciertas redes que apoyan el paso de la familia por el hospital, destrabando complejidades propias de lo que significa la rehabilitación. Si bien estas relaciones serían momentáneas dadas por el tiempo que se pasa en el hospital, van dando ciertas pautas que se van asimilando según el aprendizaje de las experiencias de otros y a la vez se van generando ciertos lazos que consuelan y dan esperanza a quien la necesita.

Debido a que se entra a un entorno que se va a producir en relación al enfermar es que las relaciones entre cuidadores van a ser determinadas por los pacientes, es decir por los tiempos y por los distintos niveles de complejidad de cada uno, llegando a empatizar de tal manera, que el proceso mismo de rehabilitación viene siendo el motor de estas relaciones, las cuales se van a organizar dentro de un hogar de paso en el que cada persona va a estar disponible para el otro. *[...] hablan de sus cosas y uno comparte experiencias también con el resto de las familias [...]*

Cabe destacar que la prioridad siempre va a ser la persona que se viene a visitar, por lo mismo es que el tiempo y el espacio que se comparte está directamente determinado por las tareas y actividades que el paciente debe cumplir en el hospital, dejando tiempo libre a sus cuidadores para interactuar con otros, conversando de diversas temáticas y compartiendo un proceso doloroso similar en el que se halla consuelo y distracción.

Si bien la enfermedad estará presente en sus interacciones, también se da el tiempo para distraerse y conversar incluso de temas triviales que no se aboquen a la razón que hoy les hace compartir un mismo lugar de encuentro, proporcionando un descanso en lo que significa hacerse cargo de los cuidados de otro que se encuentra en proceso de recuperación, compartiendo además este dolor y responsabilidad con otro que también lo vive y que comprende por experiencia propia ese sentir.

Es así como cada cuidador se va adaptando de manera diferente a este nuevo hogar que obligándolo a interactuar según sus propias perspectivas de vida y de entender el mundo, comportándose y relacionándose de cierta manera, llegando a disfrutar de esta compañía o no, ya que a este nuevo espacio de convivencia se traen una serie de elementos de la propia vida e historia familiar, que se entrecruzan con las formas de vida de otros.

En ocasiones esta adaptación exige que se transformen ciertas prácticas prevalecidas y maneras de interactuar que se realizaban con naturalidad en espacios más íntimos del hogar, debiendo ahora tomar otros marcos relacionales que provisionen de pautas que permitan a la familia enfrentarse a compartir con un otro que no es parte del sistema de relaciones familiar y adaptarse a éste limitando ciertos comportamientos, adoptando otras formas de vivir y aceptando a otros que se relacionan distinto.

Por lo tanto el compartir con los demás, independientemente de cómo se dé esta interacción entre quienes participan de este proceso, se da en torno al enfermar y por lo tanto de eso dependen las relaciones gestadas en estos espacios, haciendo que el proceso de socializar se dé, de acuerdo a su propio sistema de significados al compartir las vivencias que son parte de un proceso de rehabilitación en comunidad. En este espacio hospitalario que implica encontrarse con otras familias que tienen sus propias maneras de enfrentarse a la vida [...] *porque me gusta ver a la gente y me entretengo con eso pero a mi viejito al principio le molestaba que a veces hay mucho ruido y uno que está acostumbrado a estar solo [...]*

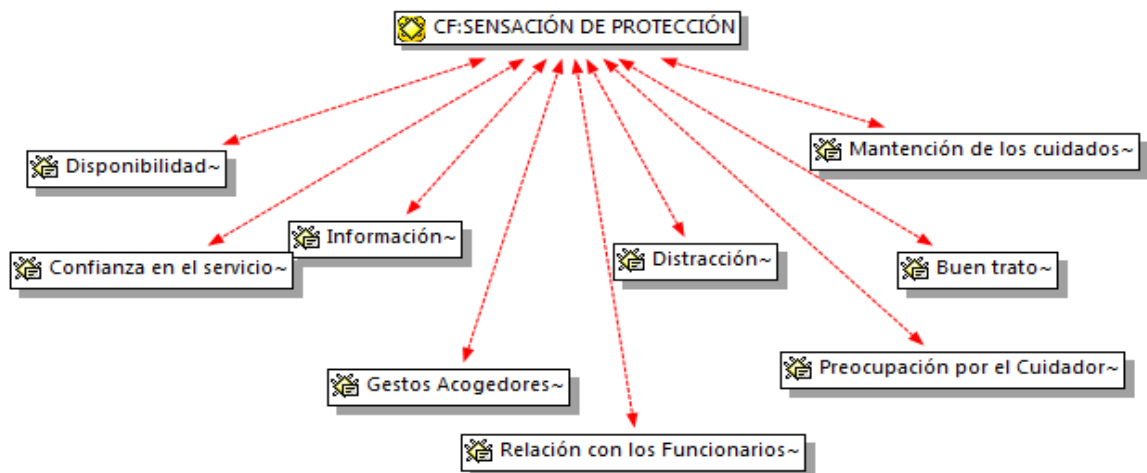
Por lo tanto se hace necesario que se establezcan ciertos límites personales que respeten el espacio del otro a través de las formas en que la familia se inserta y hace parte de este espacio común, significada como un hogar en el que sus integrantes deben respetarse y

hacer lo posible por no invadir el espacio privado del otro, respetando además sus diferencias y formas de entender el mundo.

Si bien existirían ciertas diferencias entre los cuidadores que les hacen comportarse y relacionarse de manera distinta, existirían ciertas similitudes en relación a las perspectivas de vidas y formas de ser que hacen que la estadía sea más llevadera, más simétrica, viendo como un igual al otro y haciendo las relaciones más agradables.

A pesar de que estas diferencias logran adecuarse durante el paso por el hospital, éstas podrían calificarse como relaciones momentáneas y circunstanciales en las que se comparten momentos libres conversando e interactuando con naturalidad, lo que se caracterizan por un trato cordial, similar al que se establece con un vecino con el que se puede contar en momentos de dificultad. Los cuidadores estarían destinados a relacionarse por el hecho forzado de compartir cierto espacio en común, en donde se comparten experiencias similares relacionadas con la enfermedad y rehabilitación de la misma, contemplando ciertos cuidados especiales y maneras de enfrentar este proceso.

### 8.5.- Sensación de Protección



*“porque yo sé que él me necesita en la condiciones en las que está porque se cansa rápido y yo lo ayudo a hacer sus cositas, no tanto como en la casa porque aquí está más protegido, en la casa estoy yo no más y a veces me cuesta cuando empeora, aquí se le*

*aliviana más la carga a una”. (Informante N°4, Página 1, Párrafo 5, Línea 1-5) (Ver Anexo N°9)*

El cuidador se ve beneficiado con la atención a su paciente, ya que los cuidados hacia éste son significados por el cuidador como un descanso en sus responsabilidades en este proceso vital que irrumpe en sus vidas cotidianas. Por lo tanto la atención es para ambos; para el paciente y para el cuidador.

En este espacio el cuidador se sorprende por los cuidados que recibe de parte de los funcionarios, en donde estos se hacen responsables de su integridad y bienestar.

*“Los que trabajan acá son todos buenos, son profesionales y se preocupan hartoo...las señoritas son bien cariñosas, son atentas hasta con una que no tienen ni porque´ preocuparse, pero igual ellas se preocupan, y te saludan siempre, son bien amorosas, yo no tengo nada que decir de ellos, puras cosas buenas.” (Informante N°4, Página 4, Párrafo 8, Línea 1-5) (Ver Anexo N°9)*

Los cuidadores reconocen que el cuidado hacia ellos está completamente fuera de las funciones tradicionales de un funcionario de la salud, lo que los sorprende y los hace sentir acogidos. Existe la sensación en los cuidadores de que los funcionarios estarán “ahí para ellos” si las circunstancias así lo requieren.

*“No dejo nunca de venir a verlo, yo vengo todos los días, a pesar que yo había dejado todos mis tratamientos de lado por él, pero ahora los retome así que, justamente el miércoles ya no lo voy a venir a ver, no voy a poder venir a verlo porque me toca médico”. (Informante N°3, Página 1, Párrafo 3, Línea 7) (Ver Anexo N°9)*

Esta sensación de “descanso” percibida por los cuidadores gracias a la preocupación de los funcionarios, permite que se retomen las actividades que se habían suspendido debido a la hospitalización del familiar, permitiéndole así una normalidad en la continuidad de su vida.

*“no quiso el Kinesiólogo que yo estuviera, porque yo soy muy delgada y como soy una persona de edad entonces quiso que mis nietas estuvieran con él, así que todos los días le llevo dos nietas para que estén con él. Ahora justamente están con el ahí, lo acompañan ellas.” (Informante N°3, Página 4, Párrafo 1, Línea 2). (Ver Anexo N°9)*

De acuerdo a las capacidades propias de los cuidadores los funcionarios evaluarían su desempeño en los cuidados. Sin embargo los cuidadores no significan este hecho como evaluación sino como una forma de protegerlos.

### **Descripción densa**

La responsabilidad es un tema relevante en el caso de los pacientes hospitalizados y sus cuidadores, ya que estos últimos se convierten en el pilar fundamental de la persona que está viviendo directamente la enfermedad. La mayor parte de estos cuidadores corresponden a familiares primarios- cónyuge-hijos-nietos- y en algunos casos puntuales son vecinos o conocidos del enfermo.

Son ellos quienes se hacen cargo de la enfermedad de su familiar, algunas veces supliendo funciones que ya no pueden ser realizadas por su paciente o realizando labores nuevas y necesarias para la situación, convirtiéndose así en parte fundamental del proceso de rehabilitación *“yo le doy su comida cuando está peor de los bracitos, también a veces lo llevo en la sillita a pasear [...]”*.

Este nuevo escenario podría llegar a ser estresante y agotador, convirtiéndose en una labor tediosa para el cuidador, llevándolo a veces hasta superponer los cuidados de su familiar por sobre actividades personales que el realizaba para integrarse totalmente al proceso. *“no dejo nunca de venir a verlo [...yo había dejado todos mis tratamientos de lado por él [...]]”*.

La sensación percibida y significada por los cuidadores como “protección” de parte del hospital y sus funcionarios juega un rol importante en las responsabilidades que el cuidador tiene, ya que alivianaría la carga experimentada generando un cambio en los roles. A partir de esta sensación de protección, los cuidadores pasan a tener una importante red de apoyo que los sostiene y conforta en este proceso, dejando de ser sólo cuidadores ya que ahora también son cuidados y protegidos por el personal del recinto, quienes entregan de forma extra y especial un servicio cálido, que es visualizado de manera positiva por parte de quien la recibe *“los que trabajan acá son todos buenos [...] y se preocupan harto, las señoritas son bien cariñosas, son atentas hasta con una que no tienen ni porque preocuparse [...]”, “[...] aquí se le aliviana más la carga a una”*.

Esta preocupación por ende funcionaría como un instante para recargarse y animarse a continuar acompañando a su familiar con energías renovadas.

Este buen trato los hace sentirse cuidados y protegidos por quienes trabajan en el lugar, reconociendo este trato como “especial”, ya que no se encontraría dentro de las funciones profesionales que estos deben realizar *“Los que trabajan acá son todos buenos, son profesionales y se preocupan harto...las señoritas son bien cariñosas, son atentas hasta con una que no tienen ni porque preocuparse”*. Los cuidadores agradecerían estos gestos de cariño, de amistad y de preocupación que los funcionarios brindan, ya que los hace sentir protegido en circunstancias que no sólo son difíciles para su familiar sino que también para ellos como cuidadores.

Además esta preocupación es beneficiosa para el bienestar físico y emocional de los cuidadores, sin embargo es relevante precisar que de cierta manera el sistema hospitalario, a través de estas prácticas de cuidado, mantiene una cierta asimetría en el trato con el usuario.

Si bien a través del programa “Hospital amigo” se busca integrar a la familia y a la comunidad al espacio hospitalario, la relación que se genera entre funcionario-usuario mantiene un trato un tanto paternalista en la forma de interactuar, en donde el experto pasa a ser un padre protector y los usuarios toman el rol de hijos, los cuales se muestran bastante agradecidos por este trato acogedor que reciben. Por ende, si bien hay un intento por parte del sistema hospitalario de integrar al proceso de recuperación a la familia y propiciar una relación más horizontal, resulta llamativa la tendencia a mantener cierta diferenciación en la interacción.

## DISCUSIÓN

La mirada cualitativa que guía esta investigación y la inspiración etnográfica que se desarrolla durante todo el proceso, permitieron a las investigadoras situarse desde los espacios donde los protagonistas vivencian los procesos de salud-enfermedad, acercándose de esta forma a ciertos aspectos de la experiencia usuaria del programa “Hospital Amigo” en el Hospital geriátrico “La Paz de la Tarde”, los cuales resaltan las singularidades de las vivencias de los actores principales de éste proceso, lo cual se condice con el compromiso etnográfico adoptado por las investigadoras.

La utilización de herramientas comprensivas como la observación, las entrevistas en profundidad y una fase de acercamiento al terreno de investigación, se complementan con el entrecruzamiento de una descripción de los datos recogidos y la interpretación realizada por las investigadoras, logrando así generar un análisis denso que permitió aproximarse a ciertos ámbitos de la experiencia usuaria, la que está centrada principalmente en la vivencia de enfermar e iniciar un proceso de recuperación en un recinto hospitalario bajo el alero del programa “Hospital Amigo”. De esta forma, el presente apartado de discusión, realza las voces de los cuidadores principales de los pacientes hospitalizados, conjugando además las interpretaciones propias de las investigadoras y las referencias obtenidas desde la fase de campo previa.

Desde el análisis anteriormente mencionado, se evidencian cinco categorías que finalmente permitieron aproximarse a esta experiencia usuaria. Estas categorías poseen características particulares y significativas para la comprensión de este fenómeno, aportando con descripciones que destacan aspectos no visibilizados en el proceso de enfermar, como lo es la adaptación a la vida hospitalaria.

Estos aspectos que trascienden la enfermedad en el proceso de adaptación a la vida hospitalaria resultan relevantes para las investigadoras de definir y comprender desde las cinco categorías siguientes; “Sentirse en Casa”, “Confianza-Cercanía”, “Colaboración-Integración”, “Convivencia-Diversidad” y “Sensación de Protección”, donde se encuentran contenidos de forma transversal.

Un elemento que aparece como fundamental dentro de la experiencia de los protagonistas de este proceso, tiene que ver con la adaptación a esta nueva realidad de

salud-enfermedad que la familia vivencia dentro del recinto hospitalario, en donde la experiencia propiamente humana de enfermar, es significada por los cuidadores de una manera muy particular, en donde son ellos los que buscan que la adaptación de los pacientes hospitalizados y la de ellos mismos se logre de la mejor manera posible.

A través del acercamiento al terreno de las significaciones propias de quienes vivencian el paso por el programa, se logra visualizar el brioso intento por adaptarse a la enfermedad vivida, y al nuevo espacio en donde debe transcurrir la vida. Lo cual es experimentado por los cuidadores como una constante búsqueda por trasladar de manera simbólica y también física la vida familiar al espacio hospitalario, con todo lo que aquello conlleva.

Ésta búsqueda se enmarca principalmente en el traspaso de los rituales familiares, lo que como se explicita en los análisis anteriores, tiene que ver con dar una continuidad a las prácticas cotidianas del hogar; desde beber un té cómodamente en un espacio agradable, hasta participar activamente en el cuidado de su familiar. Esto se condice con las notas de campo realizadas anteriormente en donde la cotidianeidad aparece como elemento central en las prácticas de los usuarios *"... entre las personas de la sala, hay un adulto, el cual pareciera ser un familiar de los pacientes, se encuentra sentado cerca de dos señoras que conversan amenamente, su postura corporal refleja comodidad y distensión, mientras a su alrededor el personal médico continúa con su rutina habitual, sin afectar la conversación entre pacientes y familiares ..."*.

Esta forma particular de integrarse a un recinto de hospitalización requiere el despliegue de recursos personales al tener que enfrentar un proceso de enfermar el cual afecta a un grupo familiar, por lo que a través de estos recursos se busca trascender esta enfermedad con la presencia constante del apoyo familiar y a partir de un proyecto de vida en conjunto, el cual se intenta llevar a cabo a pesar de la existencia de un quiebre en la continuidad de este proyecto, debido a que la enfermedad resultaría ser un elemento disruptivo en éste (Minuchin S., 2004). La continuidad de este proyecto vendría dada desde la esperanza y del deseo de volver a sentir y experimentar la vida del modo en que se llevaba antes del proceso de enfermar.

Una característica intrínseca del ser humano tiene relación con la constante lucha por adaptarse a las situaciones de adversidad, por ende en el momento en que la enfermedad se presenta, las personas hacen uso de sus fortalezas individuales y familiares que

propiciarán una mejor adaptación y por ende un paso más agradable por el recinto asistencial (Urra J., 2010).

Esta búsqueda por la adaptación e integración en un nuevo escenario, distinto al cotidiano, se vería además beneficiada por las características especiales que los usuarios otorgan a este recinto hospitalario, dentro de las cuales se resaltan el libre acceso de los espacios y los elementos relacionales.

El programa “Hospital amigo”, dentro de este particular espacio hospitalario entregaría la posibilidad al usuario de adaptarse de una manera distinta al recinto sanitario, permitiéndoles a los cuidadores sentirse cómodos y acogidos en este lugar.

Esta invitación por parte del programa, no tiene que ver necesariamente con la disposición de los elementos del espacio físico o de la información entregada a través de guías informativas, sino que más bien con la manera en que los funcionarios del recinto invitan a los cuidadores a hacerse parte de estos espacios tanto simbólicos como materiales.

Recordando lo dicho por uno de los informantes en relación a la estandarización de los aspectos del programa surgen ciertas ideas por parte de las investigadoras “...*igual de todas maneras en este proceso seguimos estandarizando cosas, o sea por ejemplo, protocolos de alimentación, protocolos de horarios de visitas, ojalá todo esté lo más estandarizado posible...*”. Desde la perspectiva del informante N°1 se plantea la visión de que todo lo relacionado con las prácticas al interior del recinto hospitalario, regido por el programa “Hospital Amigo” debe ser contemplado de manera rigurosa y estandarizada, lo que impide que las relaciones se den con naturalidad y confianza. Lo cual se aleja de la realidad observada durante la investigación, en donde las prácticas son caracterizadas por relaciones más bien naturales y en este caso particular bastante cálidas y acogedoras, lo que no se podría llegar a estandarizar de ninguna manera. Las relaciones humanas no son factibles de cuantificar ni estandarizar, por lo que queda reafirmada la opción tomada por las investigadoras de incorporar metodologías comprensivas en la aproximación al programa “Hospital Amigo”.

Por otro lado, los cuidadores significan la invitación a la utilización de los espacios, como una sensación de libertad, en donde se permite que los rituales hogareños como el compartir actividades cotidianas junto al familiar se realicen con total confianza. Rutinas

de alimentación y actividades de distensión se logran establecer y/o transformar de acuerdo a los límites hospitalarios, que en este caso permiten trasladar la vida familiar a las instalaciones sanitarias, lo que podría ser particularmente beneficioso dentro de este espacio de rehabilitación del adulto mayor.

Se recalca también el esfuerzo constante por parte de los cuidadores de incorporar al paciente constantemente a la vida que transcurre fuera del hospital, relatándole lo que ocurre en el hogar, informándole sobre lo que sucede en la vida social, propiciando visitas de personas significativas, etc. Esto se relaciona con la teoría del apoyo social en el adulto mayor, propuesta por Martín Baró, 1985 quien plantea que las relaciones sociales no disminuyen, más bien aquellas que se mantienen adquieren aún mayor importancia para el adulto mayor. Esto se logra apreciar además en las entrevistas realizadas, en donde los usuarios agradecen profundamente sus redes de apoyo y las significan como impulsoras de un mayor bienestar emocional, especialmente la cooperación de aquellos familiares más cercanos *“sí porque en ese sentido, así como les digo los hijos que tenemos se han pasado [...] nuestros hijos se preocupan de ir a estar conmigo, de no dejarnos solos”* (Informante N°5, Página 9, Párrafo 3, Línea 1-3).

Por otro lado esta importante valoración a las redes de apoyo que aún se mantienen presente y cobran gran sentido y relevancia en esta etapa avanzada de la vida, no sólo guardan relación con los lazos familiares y sociales externos al hospital, sino que estas nuevas interacciones generadas al interior del recinto hospitalario también se aprecian y se consideran un soporte fundamental y por lo tanto son incorporadas como parte importante de su mundo social *“no si no fuera por este lugar, yo no sé dónde estaría, en cuanto a la salud mía, el ánimo estaría mucho peor, pero gracias aquí está todo mejor”* (Informante N°5, Página 10, Párrafo 13, Línea 1-2).

Pasando a otra arista del proceso de adaptación por parte de los cuidadores, los elementos relacionales que caracterizan el paso por el programa “Hospital Amigo” tienen correspondencia con el hecho de que estas interacciones que los cuidadores perciben como cálidas y cercanas traspasan las formas tradicionales de relacionarse de acuerdo a la cultura hospitalaria. Algunos ejemplos de estas maneras de relacionarse podrían ser la preocupación hacia los cuidadores por parte de los funcionarios, en donde los primeros significan de forma especial el trato que les entrega el personal, sintiéndose sorprendidos

por la preocupación demostrada, la cual es catalogada como “especial para ellos”, reconociendo que estas prácticas se encuentran fuera de sus labores como funcionarios.

Otro elemento relevante en este proceso de adaptación lo componen ciertos gestos significados por los cuidadores como un servicio y trato integral. Estos gestos son parte de una transformación, en donde un elemento físico como el orden o la limpieza son significados por los cuidadores como un gesto que les indica preocupación por parte de los funcionarios y por ende la presencia de un buen servicio, el cual busca bienestar y comodidad en el proceso de estadía de los cuidadores en el recinto; los pasillos rodeados de vegetación del hospital “La Paz de la Tarde” podrían ser significados como un gesto especial hacia ellos, donde se demuestra la preocupación por parte de los funcionarios.

Estos elementos permiten a los cuidadores participar e integrarse de manera natural a los procesos médicos de sus familiares, haciéndolos sentir parte de este proceso y provocando la sensación de ser un integrante más de esta familia hospitalaria e incluso llegar a participar de las instancias de colaboración, ya sea entregando los medicamentos a su familiar o leyéndoles por algunas horas.

La participación presente en estas instancias por parte de los cuidadores, tiene que ver con ciertas creencias populares en relación a la enfermedad, teorías médicas que son apropiadas por los sujetos y son entendidas y aplicadas de una nueva manera. A través de aquello se comprendería que un cuidador decida permanecer largas horas con su paciente, relatarle historias, alejarlo de las problemáticas familiares para no generar estrés, o simplemente sostener cálidamente la mano del paciente durante un procedimiento médico doloroso. Todo aquello bajo el alero de la creencia de que el cariño y el apoyo son un aporte importante para la recuperación de su ser amado.

En esta participación se respetan las particularidades de cada cuidador y los elementos propios de las experiencias personales previas que han vivido, las cuales se ponen en juego a la hora de aportar en el proceso de rehabilitación de su familiar. Por lo tanto de acuerdo a sus creencias y modos de percibir la vida los usuarios se harían parte de este proceso considerando que estas forman únicas de significar la realidad, influirían en las relaciones, en el uso de los espacios, en las formas de colaborar, de compartir, y en general en la forma que cada uno tenga de adaptarse.

Los elementos anteriormente descritos se lograron visualizar fundamentalmente a partir de la mirada comprensiva de las ciencias sociales y de la inspiración etnográfica utilizada, la cual abre las puertas hacia una mirada distinta a la utilizada en los procesos evaluativos del programa “Hospital Amigo”. La mirada cualitativa, en conjunto con la evaluación cuantitativa realizada previamente, podría aportar a visibilizar en una forma más amplia lo que ocurre en los recintos hospitalarios donde el programa está siendo implementado, para de esta manera no dejar pasar elementos significativos para los usuarios que podrían ayudar a una más completa implementación y evaluación de la política pública.

Mediante la información recogida durante la investigación realizada surgen elementos en donde la importancia de los rituales, el espacio físico, simbólico y las relaciones son parte fundamental del proceso de adaptación en el espacio hospitalario. Aquellos elementos permiten por ende comprender de mejor manera el sentido de las prácticas de los cuidadores participantes del programa, en donde la invitación acogedora explicitada por parte del recinto hospitalario, conjugado con la búsqueda de los cuidadores por adaptarse al difícil proceso de enfermedad de su familiar, dan sentido a las prácticas que se realizan en el recinto, en donde la colaboración, el respeto y la amabilidad son sustentadas a través de la dinámica relacional que el hospital propicia.

En consideración a lo anteriormente descrito, resulta interesante visualizar otras aristas que surgen durante el proceso interpretativo de la información recolectada; ciertas inconsistencias que aparecen a la luz de cambios en los modelos de salud, y que de alguna manera producen un choque con la implementación de programas como lo son el programa “Hospital Amigo”.

Las relaciones generadas al interior del hospital y las prácticas realizadas en relación a aquello, aparecen constantemente cómo interacciones bastante familiares, en donde se propicia de alguna manera un modelo paternalista, en el cuál la protección y amabilidad por parte de los funcionarios podría interpretarse como la actitud de un padre bondadoso, convirtiéndose por ende los usuarios en individuos agradecidos por este servicio entregado, el cuál sorprende cuándo surge la comparación con experiencias hospitalarias previas.

Además, es importante señalar que a través de la información recogida durante la investigación, aparece otro elemento característico dentro de estas relaciones paternalistas; el cual dice relación con la manera en cómo se genera la construcción de

estas interacciones amables y respetuosas. Existiría una falta de control por parte de los cuidadores en la construcción y mantención de este vínculo cercano. La generación de este tipo de relaciones son propiciadas, construidas y mantenidas por parte de los funcionarios; ellos constituyen el pilar que “decide” que estas relaciones contengan características acogedoras, por ende, los cuidadores tendrían un rol más bien pasivo y sumiso dentro de esta interacción.

Es por esto que al momento de poner en diálogo estas reflexiones con las bases del programa, las cuales señalan la apertura del espacio hospitalario a la familia y a la comunidad, se observan ciertas inconsistencias en esta implementación. Como señala Max Aguilar, Director del hospital de Iquique, sobre la certificación del programa “Hospital Amigo” *“Esta línea programática agrupa actividades relacionadas con la Apertura de los Establecimientos a la Familia y Comunidad, implementando iniciativas que pongan en práctica una salud comprometida, acogedora y participativa que logre satisfacer las necesidades y expectativas de la población”*. Si bien pareciera que los hospitales están incorporando un modelo en el cual se incluye y hace partícipe a la comunidad en los procesos de salud-enfermedad, el trato paternalista que propicia una actitud pasiva de los usuarios no fomentaría que esta participación se diera con reales implicancias prácticas, por lo que esta integración sería siempre controlada por el recinto.

El trato paternalista brindado por el hospital se agradece y destaca como beneficioso por parte de los cuidadores, sin embargo, no deja de ser relevante mencionar que este modelo de servicio podría actuar como agente mantenedor de relaciones asimétricas dentro del espacio sanitario, lo cual tropezaría con la búsqueda de relaciones igualitarias y horizontales que durante mucho tiempo los nuevos modelos de salud han intentado favorecer.

Estas relaciones, que para bien o para mal continúan siendo verticales y mantienen un orden jerárquico más menos definido, contienen un elemento de cercanía y amabilidad que los usuarios agradecen profundamente, lo cual podría ser un paso hacia un modelo de salud mucho más humanitario e individualizado.

Sin embargo, cabe una cierta incertidumbre con respecto al real alcance de esta dinámica relacional, puesto que al mantenerse cierto trato paternalista y relaciones asimétricas, no queda claro lo que ocurriría si en algún momento los cuidadores se vieran en la necesidad de exigir estos u otros derechos necesarios para satisfacer sus necesidades.

La pasividad por parte de los usuarios en la construcción de la relación funcionario-cuidador y el poco control sobre aquello, podría generar cuidadores más bien complacientes, sin la capacidad de empoderarse en los momentos que sea realmente necesario. Inclusive, no sería de extrañar que durante la realización misma de la presente investigación, las investigadoras hayan chocado constantemente con la barrera de la deseabilidad social, por medio de la cual los cuidadores demuestran una vez más cierta pasividad en la construcción de este espacio, en donde más bien son receptores agradecidos de la bondad de los funcionarios, la cual deben proteger con el mayor respeto posible, generándose estrategias complacientes que protegen este trato.

Por otra parte, no se puede obviar el hecho de que el modelo biomédico continúa estando fuertemente presente en las instituciones de salud, a pesar de las constantes iniciativas por incorporar una mirada integral y humanitaria, la carga histórica que representa éste modelo genera una especie de muro en donde permanentemente chocan las nuevas propuestas de salud. Por ende, alejarse de este modelo médico tradicional fuertemente arraigado es un proceso lento y complejo, por lo que no resulta extraño que programas como “Hospital Amigo” se implementen de una forma híbrida, en donde elementos del modelo biopsicosocial y del biomédico se funden en prácticas que resultan un tanto inconsistentes.

Si bien la persistencia del modelo biomédico se encuentra presente, es relevante explicitar que se encuentra más fuertemente asociado a los roles de jerarquía que representan funcionarios como médicos, enfermeros, paramédicos, etc.; a su nivel de poder y a características de lejanía y trato despersonalizado. Por ende, se produce en los usuarios la idea generalizada de que las instituciones de salud presentan estas características médicas tradicionales, en donde las interacciones son frías y distantes. A pesar de aquello, es relevante señalar que existe una constante preocupación por muchos profesionales, de modificar las prácticas hacia un modelo integral y humanitario, sin embargo en muchas ocasiones, estos intentos quedan presos en una estructura de roles previamente estipulado y fuertemente incorporado.

En el caso estudiado en la presente investigación y en relación a la significación que hacen los cuidadores con respecto a las prácticas de los funcionarios, se puede señalar que estas prácticas acogedoras y amables son subjetivadas por parte de los cuidadores. Es decir, la sorpresa que causa el trato acogedor en este recinto, más que ser imputados a cambios institucionales, son atribuidos a características personales que los individuos

poseen, elementos propios de los sujetos con los que los cuidadores han tenido la fortuna de encontrarse en este espacio de recuperación.

Finalmente, cabe destacar que durante el proceso de investigación, permanentemente se buscó abordar la participación en el programa desplazándose hacia una mirada subjetiva, intentando complementar la mirada objetiva propuesta previamente por el programa “Hospital Amigo” con el objetivo de dar un primer paso en lo que respecta a la incorporación de las ciencias sociales en la observación de este tipo de fenómenos que nos hablan de experiencias propiamente humanas, con las riquezas que ésta conlleva.

## CONCLUSIONES

Según lo analizado por las investigadoras en las páginas precedentes, las políticas públicas en salud han buscado hacerse cargo del intento de humanizar las prácticas hospitalarias, ambicionando entregar un servicio que contenga elementos que se relacionen con la amabilidad, generosidad y calidez.

Si bien los programas que siguen estos lineamientos como lo es el “Hospital Amigo”, presentan evaluaciones sobre la implementación de la política en los recintos hospitalarios, esta evaluación se basa básicamente en aspectos empíricos y cuantificables, los cuales evalúan los requerimientos del programa y el cumplimiento de las normativas contenidas.

Los elementos que se refieren a la presencia de rasgos humanitarios en las prácticas sanitarias y la importancia de los valores de generosidad, se encuentran fuera del alcance de la evaluación realizada por el programa “Hospital Amigo”, presentándose cierta incoherencia entre los postulados a la base de las políticas sanitarias y los elementos a evaluar desde el ámbito cuantitativo, ya que éstos no revelan los terrenos de la experiencia en donde el programa se hace relevante según sus planteamientos.

Es así como a través de esta investigación y gracias a los recursos que proporcionan las ciencias sociales y particularmente la etnografía, se logra dar cuenta de estas inconsistencias en el modo de evaluar. Para posteriormente lograr acceder a una parte de la experiencia usuaria que complementaría las maneras cuantitativas en que estos factores han sido evaluados.

Al adentrarse en la experiencia de los usuarios del programa “Hospital Amigo”, y al visibilizar ámbitos de la experiencia usuaria que no estaban siendo medidos por la evaluación, se extrae que lo fundamental del hospital Geriátrico “La Paz de la Tarde” es la generosidad y el buen trato con el que los funcionarios interactúan con los pacientes y familiares, lo que es significado como un factor importante y clave al momento de calificar este establecimiento como particularmente positivo. Por lo que el recinto hospitalario y el programa “Hospital Amigo” presentan características que hacen del lugar un espacio en donde se encuentra presente una constante invitación acogedora a hacerse parte del

centro de salud; utilizando los espacios de forma libre y cotidiana, participando en los cuidados de su familiar, interactuando con el personal de manera cercana, etc.

Otro aspecto que parece interesante de mencionar con respecto al paso por el hospital geriátrico “La Paz de la Tarde” es la tranquilidad del lugar, la cual no sólo considera la infraestructura con la que cuenta este lugar, caracterizada por espacios amplios y visualmente atractivos para los usuarios, sino que también por las relaciones cálidas que aquí se desarrollan. Estos aspectos finalmente transformarían la concepción clásica que se tiene de un recinto hospitalario; caracterizado como un lugar frío e inconfortable; a la percepción de un recinto mucho más ameno y agradable de permanecer durante el proceso de recuperación.

Se podría suponer que esta inconfortabilidad que relatan sentir los usuarios en otros hospitales que no cuentan con las características acogedoras presentes en el Hospital “La Paz de la Tarde”, produciría en los usuarios un deseo de que el paso por este lugar se realice de la manera más fugaz posible, añorando encontrar nuevamente la tranquilidad y la confortabilidad propia del hogar.

Por consiguiente y en comparación a otros hospitales, este establecimiento logra otorgar una sensación de tranquilidad y calidez en sus usuarios, esto gracias a las estancias con las que este cuenta y al trato humanitario que tanto lo caracteriza. Estos aspectos podrían ser explicados debido a la línea histórica que este hospital ha experimentado, desde ser un lugar de acogida para ancianos a un hospital de rehabilitación para el adulto mayor, conservándose así valores propios de la solidaridad y calidez que caracterizaría a un lugar de acogida. Sin embargo, no deja de ser relevante como la implementación del programa “Hospital Amigo” resulta tremendamente pertinente en este Hospital en particular; en primer lugar debido a que la tranquilidad y ausencia de servicios de urgencia en el recinto propician la estadía libre y cómoda de los cuidadores, y en segundo lugar, el proceso de rehabilitación entregado por este Hospital requieren de la presencia constante de los familiares cuidadores del paciente, por lo que los lineamientos del programa “Hospital Amigo” como la extensión de horarios de visitas y acompañamiento diurno y nocturno, resultan afines a las necesidades del recinto Hospitalario.

De acuerdo a lo que los usuarios relatan, este conjunto de elementos produciría una sensación de confort que hace de este proceso de enfermar una experiencia más

llevarla para quien sufre la enfermedad y para la red de apoyo y contención con la que se cuenta.

Es importante volver a recalcar que para acceder a los elementos expresados en los apartados precedentes, se utilizaron herramientas facilitadas desde las ciencias sociales y las metodologías cualitativas, las cuales permitieron a las investigadoras sumergirse en los fenómenos de la experiencia de los usuarios del programa “Hospital Amigo”.

Mediante esta forma de investigar, se abrieron ciertos espacios que dieron cuenta de ámbitos de la experiencia que lograron ser descritos de manera densa, aportando información respecto a lo favorable que resulta el programa “Hospital Amigo” en este recinto en particular. Los usuarios relatan sentirse agradecidos y conformes con la atención brindada y con esta sensación de libertad que se genera dentro de los espacios hospitalarios.

Estos aspectos tienen relación con las referencias otorgadas por los informantes claves entrevistados en los inicios de esta investigación, quienes relatan que el programa ha logrado cumplir positivamente con la satisfacción usuaria, relatando además que los mismos usuarios agradecen estas nuevas normativas. Sin embargo la descripción densa de las categorías permiten darle mucha más consistencia a estas afirmaciones, dejando de sostenerse como categorías cripticas y volviéndose descripciones densas, basadas en la comprensión de los sentidos que impulsan las prácticas y las significaciones de los cuidadores.

Se debe explicitar que si bien la mirada cualitativa permitió a las investigadoras ahondar y acceder en estos ámbitos de la experiencia usuaria, la deseabilidad social por parte de los usuarios está presente a lo largo de la investigación, dejando algunos ámbitos de esta experiencia inconclusos y poco claros. Esto se podría producir debido a las relaciones confortables que se generan al interior de este hospital, las cuales son resguardadas y protegidas por parte de los cuidadores, por lo que las respuestas obtenidas a través de las entrevistas podrían mostrar la cara amable de esta experiencia, obviando elementos que podrían ser disruptivos o complejos. Este fenómeno que constituye la deseabilidad social pareciera ser un punto importante con el que constantemente se encontrarían las ciencias sociales, siendo un punto de difícil acceso desde las herramientas que aportan las metodologías cualitativas.

Finalmente es fundamental señalar, que el gran aporte de las ciencias sociales en esta investigación tiene que ver con ahondar en la experiencia densa que viven los familiares de personas hospitalizadas y cómo estos cuidadores se adaptan durante el proceso de enfermedad de su ser amado; destacando las sutilezas y particularidades del cómo cada persona vivencia este proceso desde sus propias significaciones.

Es relevante mencionar que existen ciertas limitaciones dentro de la investigación que podrían propiciar áreas futuras a estudiar. Por un lado, el hecho de que el presente proyecto desencadenara en un estudio de caso único genera la imposibilidad de abordar otras temáticas relevantes. En el caso del Hospital “La Paz de la Tarde” se da el hecho de que no es posible visualizar la implementación de algunas de las medidas que plantea el programa “Hospital Amigo”, debido a que este establecimiento, escogido como caso único, atiende a una población exclusivamente adulta mayor, además de no contar con servicio de urgencia y maternidad; por lo que se anula la posibilidad de observar prácticas en relación a las medidas enfocadas a aquellas áreas.

Por otro lado, el hecho de que el Hospital “La Paz de la Tarde” no sea un recinto de alta complejidad, permite inferir que posiblemente la forma en que el programa “Hospital Amigo” es implementado en este espacio particular no sería la misma que si el estudio se situara en un Hospital con características diferentes. Es por esto y a partir de los elementos analizados, es que resultaría interesante replicar esta investigación en otros establecimientos hospitalarios que presenten características distintas al hospital investigado, vale decir, que cuenten con áreas generales de salud y con espacios de alta complejidad como urgencias, pabellones de cirugía, etc.

A pesar de aquellas limitaciones, los resultados obtenidos no dejan de ser relevantes, otorgando una mirada diferente a la previamente construida. La lógica cualitativa que propicia la descripción densa de la experiencia usuaria permite dar contenido a lo expresado ya sea por parte de los profesionales que implementan el programa “Hospital Amigo” como de los documentos que fundamentan su existencia, lo cual tiene que ver con la creencia de que ésta política pública es beneficiosa para la comunidad. A partir de los resultados obtenidos, ésta afirmación deja de ser una categoría vacía, y se sustenta con lo expresado por los propios actores que experimentan el programa, lo que promueve un mayor entendimiento de la política pública, haciéndola autoconsciente de lo que genera en la población, y por ende permitiendo la reflexión ante el trabajo realizado.

## REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Baro, F.(1985): "Factores psicosociales y la salud de los ancianos". Hacia el Bienestar de los Ancianos. Washington: OPS, P. 87-97.
- Barra, E (2004). "Apoyo social, estrés y salud", Psicología y salud. 14. 237-243.
- Barros, C. & Muñoz, M.: (2003) "Relaciones e intercambios familiares del adulto mayor." Revista de trabajo social: perspectivas. Notas sobre intervención y acción social. Especial adulto mayor 8.
- Calero, J. L. (2000). "Investigación cualitativa y cuantitativa. Problemas no resueltos en los debates actuales".Rev Cubana Endocrinol, 11(3), 192-8.
- Cepal (2003). "Redes de apoyo social de las personas mayores en America Latina y el Caribe". UnitedNationspublications, pp 25-27
- Depaux. R & Campodónico. L & Rindeling. L & Segovia. L., (2008) "En el camino al centro de salud familiar" Ministerio de Salud Chile.
- Doherty WA, Campbell TL. Families and health. Beverly Hill, CA. Sage, 1998
- Einsehart, M.A.; (1988): "The ethnographic research tradition and mathematics education research". JournalforResearch in MathematicsEducation, 19(2), pp. 99-114.
- García, E & Gil, J & Rodríguez, G (1996). "Metodología de la investigación cualitativa". Editorial Aljibe. Málaga.
- Giaccaglia M., & Mendez L. & Ramirez A. & Santa María S. & Cabrera P. & Barzola P. & Maldonado M.; (2009): "Sujetos y Modos de Subjetivación", Artículo derivado del PID UNER N° 3088. Directora: Lic. Mirta A, Giacclagia; Facultad de Ciencias de la Educación, Universidad Nacional de Entre Rios- UNER- Paraná, Argentina.

- Gobierno de Chile, ley N°19,620
- Gracia, Enrique (1995). El apoyo social. Barcelona: Paidós
- Guber, Rossana; (2001): "La etnografía. Método, campo y reflexividad" Capítulo 4
- Louro, Isabel (2003) "La familia en la determinación de la salud". Rev Cubana Salud Pública [online], vol.29, n.1, pp. 48-51.
- Marrero Quevedo, R. J., & Carballeira Abella, M. (2010). El papel del optimismo y del apoyo social en el bienestar subjetivo. *Salud mental*, 33(1), 39-46.
- Martínez M.; (1992): "Participación de la familia en el proceso de rehabilitación de los enfermos crónicos: los insuficientes respiratorios crónicos graves (IRCG) y el bienestar social". Alternativas. Cuadernos de Trabajo Social. N. 1 ISSN 1133-0473, pp. 85-101
- Martínez.M.; (2005): "El método etnográfico de Investigación"
- Minuchin, A. (2004). "Estructura Familiar.
- Montero, M. (2009). El fortalecimiento en la comunidad, sus dificultades y alcances. *Universitas Psychologica*, 8(3), 615-626
- Murillo J. et, al (2010) "Investigación etnográfica" pp 5-7
- Parada. M & Vásquez. A., (2006) "Investigación cualitativa en Educación y Pedagogía". Pag, 22, 23, 29, 30.
- Poblete. M & Valenzuela. S., (2007) "Cuidado Humanizado: Un desafío para las enfermeras en los servicios Hospitalarios". Acta Paulista de Enfermagem.
- Rodríguez, C; Gil, J; García, J, E., (1999) "Metodología de la Investigación Cualitativa". Ediciones Aljibe. Málaga.

- Salamanca, A.; Crespo, C. (2007): "El Diseño en la Investigación". Departamento de Investigación de FUDEN, Nure Investigación, nº 26, Enero-Febrero
- Salunet (s.f) Programa Hospital amigo, Recuperado el 23 de abril 2013 en [http://salunet.minsal.gov.cl/portal/page?\\_pageid=537,4879660&\\_dad=portal&\\_schema=PORTAL](http://salunet.minsal.gov.cl/portal/page?_pageid=537,4879660&_dad=portal&_schema=PORTAL)
- Taylor, S. J., & Bogdan, R. (1984). Introduction to qualitative research methods: The search for meanings. New York: John Wiley & Sons.
- Urra J. (2010): "Estudios sobre fortalezas para afrontar las adversidades de la vida"
- Vega O, et.al (2009): "Apoyo social: elemento clave en el afrontamiento de la enfermedad crónica. Revista electrónica cuatrimestral de enfermería.
- <http://www.colegiomedico.cl/Portals/0/files/biblioteca/documentos/otros/>
- <http://www.fundacionsol.cl/wp-content/uploads/2010/09/Cuaderno-11-Salud-yenfoque-laboral.pdf>
- <http://www.minsal.gob.cl/portal/url/item/6bdb73323d1bbe93e04001011f013325.pdf><http://www.minsal.gob.cl/portal/url/item/6bdb73323d1bbe93e04001011f013325.pdf>

## ANEXOS

### Anexo N° 1

Entrevista.

1. ¿Qué teoría fundamenta el programa Hospital Amigo?
  - ¿De dónde proviene la relevancia de la familia?
  - ¿Cuál es la definición que el programa utiliza para familia?
  - ¿Desde la práctica, cuál es la noción de familia que se ve en el hospital?
2. ¿Cómo fue el proceso de la toma de decisión en la implementación del programa?
  - ¿Quién tomó la decisión?
  - ¿Quiénes participaron en la formulación del programa?
  - ¿Hubo algún tipo de capacitación hacia los funcionarios del hospital, con respecto al programa?
3. Durante la implementación del programa ¿se tomó en consideración a usuarios y funcionarios de los hospitales?
4. Según su criterio ¿Cuáles cree que debieran ser los aspectos que se debieran evaluar del programa?
5. ¿Qué tendría que pasar para que el programa dejara de funcionar?
6. Con respecto a su opinión:
  - ¿Qué expectativas tenía con respecto a la implementación del programa?
  - ¿Qué han mejorado desde la implementación del programa?
  - ¿Qué consecuencias negativas ha traído la implementación del programa?

## **Anexo N° 2**

### Informante N° 1

E. 1:... Un establecimiento de mayor complejidad, aquí específicamente en el Servicio de Salud Valparaíso- San Antonio (ehh) lo hemos implementado ahora a nuestros dos últimos, a los dos establecimientos de menor complejidad este año se certificó el hospital "El Salvador", que es el hospital psiquiátrico y (mmm) este año empezó el proceso del hospital "San José" de Casablanca también, que si bien nosotros tenemos una lista de diez (eeh) medidas que deben cumplir los hospitales amigos adaptamos esas medidas a la realidad de cada establecimiento por ejemplo, obviamente en "El Salvador" no hay el tema del nacimiento de hijos, por lo tanto... pero la idea es poder llegar a todos, por lo menos esa es la directriz a nivel central nos piden que ojalá acreditemos a todos nuestros hospitales, aunque por ejemplo el hospital "El Salva...", el "San José" de las diez aplican seis, pero que las seis que hay apliquen y que el hospital pueda ser reconocido como "Hospital Amigo" en las mantenciones, en las estrategias en general.

**Entrevistador 1: y no sé si tiene información acerca de quienes participaron en la formulación del programa, se consideró a los hospitales o fue...**

E. 1: yo creo que eso, podrían hacer esa consulta a la referente nacional

**Entrevistador 1: al momento de que ustedes implementan el programa en algún hospital, ¿cómo se hace el proceso?, es como, se llega y se dice que se tiene que implementar.**

E. 1: nosotros lo que primero hacemos es una reunión con los directivos del establecimiento contándoles la estrategia, ahora como nuevamente me gustaría contarles, para que más o menos enmarcáramos esta entrevista, nosotros el año pasado como oficina de participación ciudadana recibimos la estrategia para llevarla nosotros técnicamente, antes de eso estaba en subdepartamento de hospitales, ya (mmm) y en ese sentido nosotros cuando (mmm) tomamos "Hospital Amigo" los tres grandes hospitales de la jurisdicción del Servicio de Salud ya estaban acreditados que es el hospital "Carlos Van Buren", el hospital "Eduardo Pereira" y el hospital "Claudio Vicuña", ya, nos encontramos en ese momento con la acreditación del hospital "El Salvador", o sea lo que nos ha tocado de ahora, lo que nos ha tocado desde ahora ha sido la supervisión de los tres hospitales autogestionados, los tres primeros que les nombre, es la

mantención de las medidas, en pocas palabras es ir, supervisar, revisar, un “checklist” viendo que puedan cumplir y participamos obviamente en la última etapa de la acreditación, perdón, de la certificación del hospital “El Salvador”, como subdepartamento nos ha tocado invitar al hospital “San José” de Casablanca a trabajar con él , nosotros ¿cómo lo hacemos? , nos reunimos o a través de correos electrónicos también (mmm) invitamos a la directiva o al director del establecimiento y les contamos acerca de esta estrategia, le contamos de la estrategia que baja del nivel central, el nivel ministerial y que consiste en esto y les preguntamos si ellos se pueden comprometer con alguno de los que le corresponden objetivo de Hospital Amigo, y ellos dicen “miren saben que si estamos dispuestos a trabajar, los que nos competen a nosotros son estos seis por ejemplo” (mmm), perfecto entonces nosotros le pedimos que puedan elaborar un plan de trabajo en el cual a través del año ellos puedan decir “vamos ir cumpliendo de aquí al primer semestre o primer trimestre esta mantención de medidas y así al finalizar el año poder tener con este ejemplo las seis medidas implementadas en el hospital” para ello nosotros también contamos con un pequeño recurso que baja de nivel central y nos puede también servir para apoyar la gestión, en este sentido también nosotros ese recurso también se les entrega a los hospitales que ya están trabajando también para apoyar su gestión en lo que necesiten para seguir implementando de mejor manera el Hospital Amigo, llámese compras de pizarra para identificar al usuario o al hospitalizado o comprar algún elemento que pueda hacer más llevadero la estadía por ejemplo, al acompañante que va a estar con la persona hospitalizada , etc. (mmm) luego de ese proceso nosotros al año siguiente vamos a verificar , bueno durante todo el año vamos a verificar en terreno que se estén cumpliendo lo que ellos se propusieron y en este caso nosotros a esta fecha del próximo año 2014 estaríamos certificando al hospital “San José” de Casablanca como Hospital Amigo si es que cumplen con lo que ellos se planificaron y desde ahí en adelante nosotros tendríamos estos cinco hospitales certificados como Hospital Amigo y no nos quedaría más que seguir trabajando en ellos, más que nada supervisando que se sigan cumpliendo y ojalas incitando que se puedan hacer prácticas que de alguna forma sean coincidentes con el tema satisfacción de usuario y el trato, que al final son los dos grandes temas que nosotros estamos a cargo, nosotros apelamos a que la estrategia de Hospital Amigo ayude respecto al trato que se pueda tener con el usuario en los establecimientos de salud.

**Entrevistador 2: entonces como no es algo tan estandarizado, sino que ustedes van donde el hospital y ahí ellos plantean como...**

E. 1 En los grandes hospitales están estandarizados con las diez, porque no se po', lo que pasa que, claro, nosotros como tenemos tres ,de los dos y de los tres dos son muy parecidos, que son el "Vicuña" y el "Carlos Van Buren", a pesar que el "Vicuña" es más pequeño porque el "Carlos Van Buren", ustedes como saben o lo pueden investigar recibe gente desde la cuarta a la sexta región en diferentes por ejemplo, centros de referencia oncológica, centros de referencia de otro tipo de cosas (mmm) en las diez medidas que aparecen uno es el tema de las urgencias y nosotros tenemos urgencias solamente en el "Van Buren" y en el "Vicuña", en ese sentido más que los establecimientos puedan decir sí yo puedo o como elegir tiene que en pocas palabras cumplir con las que le corresponden, si hay una que no esta no la quiero , no no, o son las que te corresponden o no, y en ese sentido como les contaba el "Vicuña" y el " Van Buren" cumplen con las diez, el "Pereira" creo que cumple con nueve u ocho el "Pereira" no tiene urgencias entonces no puede y tampoco maternidad y ahí cumplen con ocho y "El Salvador" ahí también con siete, la idea es siempre poder tener presente el tema de la identificación de los usuarios y también de los hospitalizados, cumplir con las seis horas de visita, el tema de la alimentación también es importante y a la hora de que el adulto mayor pueda salir del establecimiento ir con algunas recomendaciones básicas, igual de todas maneras en este proceso seguimos estandarizando cosas , o sea por ejemplo, protocolos de alimentación, protocolos de horarios de visitas, ojalas todo este lo más estandarizado posible, o sea a pesar de que los hospitales cumplan con la mantención de las medidas siempre hay algo que ir mejorando.

**Entrevistador 1: y al momento de cuándo se va a implementar esta nueva política se le hace algún tipo de capacitación a los funcionarios desde el ministerio o desde algún lugar**

E. 1: la verdad que no, porque el tema de Hospital Amigo son prácticas que recurrentemente se hacían en los hospitales, lo que pasa es que ahora estamos tratando de tener una mantención que sea prolongada en el tiempo, son los mismos unidades que deben capacitar a sus funcionarios respecto al tiempo de que puedan estar los acompañantes, etc. pero no capacitación, lo que si tenemos instalado es que a finales de año, este año no pero en los años anteriores se hace un encuentro de Hospital Amigo en donde cada servicio de salud va y cuenta su experiencia respecto algunos temas, innovaciones que han hecho y eso se comparte a nivel país, cada establecimiento tiene una encargada de Hospital Amigo y nosotros la idea es invitar a cada uno de cada

hospital para que puedan asistir y ver nuevas implementaciones que tengan que ver y que repercutan en lo que es satisfacción usuario.

**Entrevistador 1: entonces, al implementarlos se toma en consideración la satisfacción de los usuarios.**

E. 1: si, o sea la estrategia Hospital Amigo se basa en poder tener mejor satisfacción a los usuarios.

**Entrevistador 1: y en esa satisfacción, se incluye también a los funcionarios.**

E. 1: es solamente para agente externo, en este caso, hay otra estrategia que hemos tratado de trabajar con los funcionarios pero en el caso Hospital Amigo es para el usuario.

**Entrevistador 1: desde su criterio, ¿cuáles cree usted debieran ser los aspectos que debiera evaluar el programa?**

E. 1: la estrategia, una estrategia, son la mantención de las medidas en pocas palabras, yo creo que hay que arremeterse un poco a eso, pero a pesar de que son las diez medidas que son las universales, que tienen que estar en los hospitales, lo que tenemos que orientar es que el trabajo que se cumpla... efectivamente, es súper fácil poner en una puerta, si puede estar seis horas, pero a la hora de la verdad no sé, estar presente ahí, estar controlando que eso se cumpla, yo creo que es la forma de cumplir con los objetivos, y bueno a grandes rasgos creo yo que las medidas en algún momento van a empezar a aumentar, ya sea que pasemos a otro tipo de actividad que pueda aumentar la satisfacción, no se me ocurre una ahora tampoco, nosotros somos los que seguimos los lineamientos ministeriales, pero desde quizás aumentar las horas hasta otro tipo de cosas significativas que pueda apoyarlos, sería importante que no nos quedáramos con las diez, sino ir aumentando algunas, algunas ideas para eso, para mejorar la satisfacción.

**Entrevistador 1: ¿podría pasar de que se cierre esta práctica en algún hospital? o ¿qué tendría que pasar para que esta política deje de funcionar o deje de ser implementada?**

E. 1: no, no creo que se pueda hacer eso, creo que este es un paso sustancial respecto a la satisfacción usuaria y no, a pesar de que quizás se siga trabajando en esto se darán cuenta que existe mucha resistencia de los funcionarios por temas que uno también puede entender pero yo creo que no a lo más en algunas partes las horas se acortan por

x cosas, están arreglando cierto lugar y por ahí se corta un poco la hora, se pide que sea una persona, la idea que siempre sea una persona por el tema del espacio, del lugar, pero no creo que esto se termine yo creo que Hospital Amigo tiene para rato, no creo que exista la posibilidad que como política, que como estrategia se termine.

**Entrevistador 1: entonces, igual dentro de esta estrategia igual es bastante flexible para**

prever, por ejemplo, como decías tu que por arreglos, se tengan menos horas...

E. 1: si, si, se entiende, siempre ay alguna, pero sí.

**Entrevistador 1: no sé, desde más o menos tu rol, ¿cuáles son las expectativas que se tendrían acerca al implementar el Hospital Amigo, por ejemplo ahora en estos nuevos hospitales que se van a implementar, con que expectativas se lleva a cabo**

E. 1: ¿expectativas de nosotros como institución?

**Entrevistador 1: si**

E. 1: es que esto pueda impactar realmente en lo que tiene que ver con satisfacción usuaria, bajen los niveles de reclamo, que la gente pueda estar más conectada con su hospital, que pueda tener claro cuáles son los horarios de visita, que pueda tener claro quién es la persona que lo está atendiendo, que pueda exigir también como derecho que la persona a cargo, el doctor o médico tenga que explicarle con, bastante aterrizado el tema de la situación de ella, de la misma persona o de su familiar o acompañante y por ahí también como les decía que estas diez medidas puedan ser transmitidas a la comunidad y la comunidad también se empodere de eso y pueda exigir las.

**Entrevistador 1: desde su perspectiva que cosas y de la información que maneja han cambiado para mejor, desde implementar el Hospital Amigo**

E. 1: la verdad es que yo desconozco si se ha hecho algún tipo de estudio antes y después del Hospital Amigo, pero de todas maneras la comunidad agradece mucho tener los espacios para poder acompañar a su, al paciente que está hospitalizado, el tema del acompañamiento en el parto ha aumentado de una manera exponencial, o sea son muy pocas las personas o en este caso hombres que no acompañan a la persona que, a su mujer o la persona que este como pareja en el parto y cuando no, es porque una, el no

está, está de viaje... súper extraño, o sea casi todo el mundo está aprovechando esa oportunidad y eso también se aprecia mucho, porque se han dado los espacios y como yo te digo a pesar de resistencia que se ha dado, las matronas, las enfermeras , los doctores, ya están teniendo claro que es un momento súper importante en la vida de las personas que puedan tener un hijo y la oportunidad que se les da, es buena.

**Entrevistador 1: entonces, y con ¿qué cosas negativas se pueden haber encontrado al implementarlo?**

E. 1: como les contaba con la resistencia de algunos funcionarios que son normales en algunas circunstancias, en general el mundo de la salud esta cambiado de un paradigma a otro todavía estamos recién empezando el tema de la salud como derecho, la salud como, donde tiene que estar comprometida también la comunidad y todo lo que contempla la forma de pensar <<como decirlo>> de paciente, nosotros tratamos de cambiar un poco el tema de paciente como usuario, porque tiene que estar la comunidad comprometida también con su propia salud y la resistencia es propia de tener un sistema << se me olvido el nombre ahora>> sistema médico tradicional, donde las personas va y ahí son los enfermeros , los doctores los que le explican y es casi unidireccional a que cambie eso un poco a traído también resistencia, porque estamos obviamente en el tema de la salud hay un tema que es totalmente de los expertos y que todo el resto no es experto, entonces se hace una división súper grande, la idea desde el modelo salud familiar y también nuestras teorías que han conllevado a la implementación del Hospital Amigo como les decía pasan por tratar de hacer algo en conjunto, equipo de salud y comunidad trabajan en conjunto, y lo negativo es un poco eso, pero yo creo que de a poco se va a ir superando eso

**Entrevistador 1: si, lleva poco tiempo implementado.**

E. 1: si, son procesos largos, es súper difícil dejar el sistema antiguo por el sistema nuevo y es más en este caso que tiene que ver, como les decía con esto de la salud en general.

**Entrevistador 3: también queríamos saber si cuando se implementa el Hospital Amigo hay un incremento también de los recursos tanto financieros como humanos**

E. 1: si, humanos en menor cantidad, pero respecto a otras cosas materiales también, no es que se (mmm) la estrategia viene con un recurso y el recurso se divide en los

establecimientos que tienen la estrategia y eso sirve como les contaba para comprar algunas cosas necesarias, desde por ejemplo.... para que la gente se pueda quedar cuidando , hasta las pizarritas, la identificación también, todo ese tema, nosotros , hay un recurso que es menor de todas maneras menor, pero que si ayuda a implementar en la estrategia

**Entrevistador 3: entonces los hospitales que tienen el programa reciben un mayor financiamiento de parte del ministerio**

E. 1: reciben un financiamiento que viene asociado a la estrategia, mayor es mucho decir

**Entrevistador 3: y los hospitales privados también pueden acceder al programa Hospital Amigo**

E. 1: que yo sepa no, es una política pública

**Entrevistador 1: esas serían todas las preguntas, muchas gracias.**

### **Anexo N° 3**

#### Informante N° 2

**Entrevistador: En el marco de nuestra investigación de tesis, nos interesa conocer respecto al programa “Hospital Amigo” puesto que es una instancia en la que se abren los hospitales a la familia y la comunidad.**

E. 2: Bueno yo les puedo hablar así en general, los detalles más técnicos los tiene Rut, con ella pueden conversar después, ¿están de acuerdo?

**Entrevistador: sí, de acuerdo.**

E. 2: Desde el año 2012 se reglamentó sobre los derechos del paciente que vayan más allá de los procedimientos clínicos, los procedimientos clínicos ya están más estandarizados en guías clínicas, procedimientos claramente establecidos, tiempos definidos para que tu recibas tal o cual atención, etc. Pero había todo un marco de situaciones que no estaba normado, por ejemplo el tema de los derechos de los pacientes, deberes de los pacientes, el consentimiento informado, un montón de situaciones, por ejemplo que pasa cuando un paciente no quiere recibir un tratamiento, entonces esa ley estuvo en el congreso por mucho tiempo, años. Y año pasado fue promulgada y se publicó en Octubre del 2012...Y en esa nueva política, que es una ley, con todo un cuerpo normativo, se establece el tema del acompañamiento como un derecho de los usuarios.

Este programa del Hospital amigo, venía previo a la Ley, ya había una lógica desde el ministerio de incorporar a la familia en los tratamientos de los usuarios. Porque entendemos que esta el paciente objetivo que está hospitalizado, pero entendemos que las familias también son usuarios del sistema, aun cuando no estén con la patología en sí. Pero el enfoque es más bien familiar y comunitario; esas son las reformas de salud que nosotros hemos ido experimentando, entonces existía este programa de Hospital amigo previamente a esta normativa, y también existen otros programas que también dan cuenta de la complejidad de las variables culturales que también debemos incorporar cuando atendemos a las personas, por ejemplo también hay unos lineamientos del acompañamiento espiritual, por ejemplo si una persona es de una religión en particular, puedes pedir que venga una persona de su iglesia, tenga el credo que tenga a hacer un acompañamiento, como por ejemplo en un momento final de su vida, o no

necesariamente, quizás también si esta con hospitalización larga. Entonces eso también género que el año pasado se acreditara representantes de distintos cultos, para que hubiese alguna normativa también respecto de eso, porque si no iba a llegar la iglesia entera...y en el fondo el tema es como tu concilias una lógica hospitalaria, con todas sus prácticas clínicas e incorporar a otras personas, como los representantes de los cultos, las familias...como haces un equilibrio entre tu actividad clínica habitual en instituciones que son cerradas, un hospital es una institución casi total, aquí las personas se rigen por un mismo horario, mismas prácticas, se pierde un poco la identidad, todos entramos a un sistema súper estandarizado y regulado...Entonces la inclusión de familiares, la inclusión del credo, cambia la lógica y los equipos de salud también tienen que adaptarse a eso, los funcionarios, y también los que vienen de afuera tienen que adaptarse...Este último periodo hemos estado en eso; en como incorporamos esas nuevas dimensiones, esas nuevas variables que son súper importantes pero que tienen su dificultad.

En el programa de Hospital amigo, lo relevante es tener la posibilidad de que las personas que están hospitalizadas puedan tener compañía en forma permanente. Pueden elegir entre 12 o 24 horas que puede estar la familia acá siguiendo una cierta normativa de deberes como no interrumpir la actividad clínica, etc. Y también el hospital ha tenido que cambiar físicamente y crear estos espacios que antes no existían, acá el tenemos el “rincón del hospital amigo”, que son espacios físicos que antes estaban ocupados de otra forma y ahora hay una mesa, un microondas, un hervidor para que los familiares puedan ahí tomarse una taza de té...entonces es un cambio en la concepción de la intervención, un cambio en las prácticas y un cambio también físico. Por eso si uno lo analiza desde la parte más estructural, si nosotros estamos en salas de hospitalización de hospitales públicos, salas comunes, tu familia es un acompañamiento para ti, pero es una persona extraña para el otro paciente y estamos compartiendo en la misma sala. Por ejemplo acá van a ver más o menos 10 pacientes por sala...entonces como tú logras incorporar eso, ya que lo que puede ser un derecho para uno no vulnere el derecho de la privacidad del otro. Bueno, entonces ahí hay que comprar biombos e implementar una serie de cosas que estamos necesitando.

**Entrevistador: ¿Hace cuánto está aquí el “Hospital amigo”?**

E. 2: Mira, esto viene desde hace hartos años, yo llegue acá el 2008 y esto ya existía, pero siento que tomo mucha más fuerza con el tema de la salida de la ley de derechos y

deberes. Porque como ya se transformó en una ley, ya no es optativo, es una norma y se tiene que cumplir

**Entrevistador: Como te decíamos, lo que nosotras hemos leído habla mucho desde la estrategia del Hospital amigo, pero nos ha costado encontrar el fundamento teórico de base...**

E. 2: En general, casi todas estas políticas vienen de las reformas que tuvo el sistema de salud, también de la reforma psiquiátrica. Por ejemplo si ustedes leen los objetivos sanitarios, del periodo de 2010-2020, van a encontrar como lineamientos una fuerte tendencia a ambulatorizar la atención, y dar cuenta de la complejidad del proceso de atención de los sujetos. La lógica de hospitalización, de sistema cerrado resulta muy costosa para el sistema y a la vez son dispositivos que en general no te garantizan que los resultados que tú obtienes se van a mantener en el tiempo, porque resultan muy artificiales. Por ejemplo nosotros somos un hospital un poco atípico, porque somos un hospital de rehabilitación, y ya somos atípicos porque somos un hospital geriátrico (solamente hay dos hospitales geriátricos públicos en Chile). Bueno, y al ser un hospital de rehabilitación, los pacientes acá no están en cama, los pacientes acá duermen aquí, pero en la mañana se levantan y tienen que ir a hacer gimnasia y actividad física, ese es el contexto de nuestra institución. Son pacientes que tienen accidentes vasculares, fracturas, trastornos de la marcha, ese tipo de patologías principalmente y son todos adultos mayores.

Bueno, entonces en el caso particular de nosotros hay un desafío doble porque los adultos mayores ingresaban al hospital y recibían un tratamiento que aunque se recuperaban muy bien, recuperaban sus funciones cognitivas, físicas y se volvían muy autovalentes y luego a los 4 meses volvían a un control, y habían perdido todos sus avances. Entonces ese tipo de situaciones, no solo en este espacio, sino que en la salud en general, llegó a cuestionar el modelo. No es solamente en Chile, todo lo que pasó en Europa en los años 60's y 70's, y en EE.UU con la reforma antipsiquiátrica, también tiene sus bases en ese tipo de movimientos, para volver la atención de salud algo más naturalizado, más cercano e inserto en la comunidad. Y en ese sentido, la intervención no es hacia un individuo; es hacia una familia, y una familia con la diversidad de familias que hay, no solo la familia clásica. Por ejemplo aquí hay adultos mayores que no tienen su familia biológica pero tiene a una persona que los cuida, y esa es su familia para nosotros. Entonces la lógica viene desde esto previa. La lógica del Hospital Amigo en general viene

de todas estas reformas y por ejemplo los objetivos sanitarios, que ustedes los leen hay mucho énfasis a la atención comunitaria, a integrar a la familia, a entender al sujeto como una individuo complejo, que tiene muchas variables, que ya no hay una determinación biológica en la enfermedad, también hay determinantes sociales, económicas, etc. Entonces como para entender esta complejidad, se han implementado estas políticas, y lo otro es que hay algunas evidencias que no sé si están descritas en las políticas, me imagino que no, pero pueden buscar ustedes evidencia científica en artículos con respecto a que existen investigaciones que cuentan que personas que están acompañadas por sus familiares o que están mejor anímicamente, ocupan menos días de cama en hospitalizaciones, incluso hay unos estudios súper positivistas, con todas las variables controladas que muestran hasta el tiempo de cicatrización de una herida o el tema de la inmunidad, entonces esa es la evidencia que hay a la base pero que muchas veces la política no la declara. Pero si ustedes quisieran buscar evidencia quizás quieran buscar por ese lado; en psicología de la salud, artículos. Y van a encontrar mucho de eso; que hay investigaciones que en el fondo dan como resultado que el acompañamiento o que el estado anímico de la persona sea mejor, influye positivamente en los procesos de recuperación y en las menores estadías en los hospitales también. Entonces, como les decía, está el tema del acompañamiento, pero no es solamente eso, está también el tema de la espiritualidad, está el tema de los facilitadores interculturales, por ejemplo si una persona es de una etnia, en ese Hospital debería haber un facilitador que pudiera hablar el idioma de la etnia. En la Araucanía hay facilitadores mapuches, que pueden hablarles en Mapudungun o respetar ciertas creencias. Por ejemplo las personas que son Mapuches, cuando fallecen tienen una creencia que su cabeza debe quedar orientada a una cierta dirección. Y un Hospital que es normalizador, donde todo es estándar, no va a incorporar estas variables. En cambio la idea es ir incorporando toda esta complejidad, la complejidad cultural, la simbólica, en la intervención, se respeta eso.

**Entrevistador: Y esto tiene todo relación con esto de los derechos del paciente...**

E. 2: Claro, está a la base de eso. Ahora claro, hay ciertos temas que...uno se pregunta, por qué paso tanto tiempo para que esto se implementara...Bueno, por variables también económicas, y bueno...existe cierto temor a que si las personas están más empoderadas pueden demandar a los Hospitales, el usuario se vuelve más demandante para el sistema. Pero realmente si uno compara con otros países, es increíble que nosotros no hubiésemos tenido una normativa mínima...por ejemplo el tema del consentimiento

informado. En general aquí está funcionando lo del consentimiento informado, si ustedes van a una clínica a hacerte una endoscopia, los van a hacer firmar. El tema es que te van a hacer firmar un documento que tú si quiera lees, es como “¡firme aquí!”, y tú estás ahí a punto de entrar a una operación. O lo otro es que te ponen esta especie de disyuntiva de “firme aquí” y si no firmas no te operan. Entonces es un consentimiento, que es finalmente eso. Ahora, la idea es que el consentimiento sea leído, es obligación que el médico sea el que informe, porque el consentimiento es un documento que informa de todos los riesgos asociados a una intervención, entonces generalmente son largos, y por ejemplo dicen “Si usted se opera, la anestesia le puede causar tal cosa...” y generalmente las personas no leían nada de eso, y se les entregaba abajo como especie de colilla que uno firma y listo, pero la persona en realidad debería leer todo ese consentimiento y autónomamente decidir si quiere operarse, o quizás hay personas que dicen “saben que, no quiero correr este riesgo, y no lo voy a hacer” Y eso por ejemplo, es básico, es básico, es básico! Y no estaba normado. Ahí en la ley de derechos y deberes ustedes van a poder ver todas las cosas que están incorporadas ahí. Por ejemplo estos mismos carteles que están afuera, salen todos los derechos que tienen los usuarios, y ahí sale que deben ser informados con respecto a su diagnóstico y a su tratamiento, que el personal esté identificado, que haya un control respecto a las investigaciones que se hacen en los centros de salud, porque muchas veces eran objeto de investigación y sin autorización. Entonces norma una serie de cosa...y también norman sus deberes, pero ese ya es otro tema. Entonces en realidad el programa del Hospital Amigo, es un apartado dentro de transformaciones que están sufriendo los servicios de salud, incluido algo que es super relevante, que es el tema de la acreditación de los Hospitales, que también es un tema que está estrechamente relacionado con el efectivo ejercicio del derecho de los usuarios, entre otras cosas, la atención de calidad, etc.

**Entrevistador: Al momento en que se crea esta política ¿Quiénes formaron parte de la creación de la política de Hospital amigo?**

E. 2: Eso no lo sé, no se quienes...en general para casi todas las políticas del Ministerio, se reúne un cuerpo de académicos y expertos de distintas índoles, por ejemplo Universidad, personas que han trabajado mucho tiempo en el ministerio, referentes de salud mental, etc. Y ese es el cuerpo académico que genera una política. Y también hay gobiernos que marcan ciertos lineamientos. Los objetivos sanitario, 2010-2012 es como el macro, ahí están las políticas a nivel grande, macro. Y luego se va desglosando según

bueno...los intereses del gobierno. También, como les digo, no hay que dejar de ver las variables estructurales y económicas de todo esto. Uno puede verlo en un nivel como los beneficios que trae para las personas el que hayan dispositivos ambulatorios para su salud, pero también hay toda una variable económica y hay una crítica respecto a eso; que se dice que no había tanto interés en las personas sino que en los costos asociados a la salud. Entonces si es muy caro tener a una persona hospitalizada, promovemos dispositivos comunitarios pero muchas veces no con los principios ideológicos o técnicos que tenemos respecto a lo comunitario, si creemos en ese modelo, sino más bien porque sale muy caro estar hospitalizado. Entonces están las dos cosas ahí...Yo no sé exactamente quienes estuvieron, pero la Ruth seguramente les puede contestar eso.

**Entrevistador: Y sabes si por ejemplo, consideraron por ejemplo a funcionarios de los Hospitales... ¿O se tomará tan externamente desde la política?**

E. 2: En general cuando se hacen políticas, no sé en particular esta, en general hay también un espacio donde se dan diálogos ciudadanos o debates participativos, donde también se invitan a usuarios a participar de la construcción de políticas, no sé en este caso. Me imagino que habían demandas ciudadanas respecto a los derechos de los usuarios. La nueva normativa también incorpora la gestión de reclamos, la OIRS. La OIRS también existía de antes, como el programa Hospital Amigo que también existía de antes, pero ahora dentro de las normas de la nueva Ley, el tema de sección de reclamos es un requisito, entonces está claramente estipulado que deben haber tantos buzones, o tantos cuadernos de reclamo, que tienen que cumplir ciertas condiciones, cuales son los plazos para responder a eso, y cuáles son las condiciones asociadas a los reclamos...La Ley también identifica o señala sanciones si esto no se cumple, entonces hay como todo un cambio en los sistemas de salud en donde se van implementando estas nueva normativas. Por ejemplo en la prensa, cuando recién se incorporó, como en diciembre, se hicieron varios reportajes como, el hospital tanto o la clínica "x" tiene tantos reclamos, porque ya dejó de ser una buena práctica informal, que los hospitales tenían porque era relevante, sino que se transformó en una ley, entonces yo creo que deben haber participado, posiblemente también hubo presión de agrupaciones de usuarios, probablemente. Hay otras lógicas que también incorporan la participación de los usuarios en espacios que antes eran exclusivos de funcionarios en general de la salud. por ejemplo los comités de bioética, existen comités de bioética en los hospitales, que regulan la actividad de pregrado y las investigaciones que se hacen en el hospital, no desde lo

metodológico, sino desde lo ético y también regulan conflictos bioéticos que surgen en la parte asistencial , por ejemplo el tema de los tratamientos para personas con enfermedades terminales , esos dispositivos antes no existían y ahora existen, antes estaba más bien el poder hegemónico o experto del médico y lo que decía el médico era , ahora no , ahora existen estas instancias , bueno se supone ... vamos en camino para allá , lo bueno de esto es que los comités de bioética puedan analizar ciertos casos clínicos en que la persona pueda tener una enfermedad terminal pero decide que no quiere recibir un tratamiento , el comité de bioética no es una instancia resolutoria , solamente orienta, da sugerencias y está compuesta por diversas personas de la institución y también de la sociedad civil, usuarios, porque es un comité de bioética y ... entonces ahí tenemos un espacio de participación , de decisión, que no existía antes , entonces el tema de la inclusión de los usuarios es múltiple, está tanto en el programa del hospital amigo, como un acompañamiento para el paciente , pero también hay otras líneas que buscan la incorporación de los usuarios en sus propios procesos de salud, o en las decisiones que toman las instituciones de salud. También están los diálogos participativos, esas son lógicas que están permanentemente funcionando, vienen del ministerio, luego están canalizados por los servicios de salud y una unidad de participación por cada servicio de salud , con un referente en cada hospital , hay que implementar debates ciudadanos, ferias de la salud , que son exposiciones en público en donde las personas muestran ciertas intervenciones que se hacen, grupales, comunitarias, se ve toda una lógica de incorporar a los usuarios , no solo en la lógica de bienestar de sí mismo, sino también en las decisiones de la institución

**Entrevistador: Eso acá ¿efectivamente se aplica?**

E. 2: Sí, con alguna dificultad, pero sí

**Entrevistador: Debe ser complejo hacer todo el cambio, la visibilizarían ahora de todos los procedimientos, de los funcionarios, de cómo se lo toman, del ingreso de la comunidad al hospital...**

E. 2: Sí, todo eso es un gran tema, porque para los funcionarios, los funcionarios en general de los servicios públicos, tienen una larga carrera en las instituciones en una lógica, entonces eso es un cambio que tiene sus dificultades, y las ha tenido. En general este es un hospital que tiene muy bajos reclamos , es un hospital que como tiene pocos pacientes y pacientes estables aquí no hay unidad de urgencia , es un hospital con

pacientes derivados, en general compensados , de alguna manera eso ha facilitado que se puedan incorporar estas lógicas, pero en un hospital de alta complejidad como el Fricke , Van buren, Quillota, donde hay pacientes graves, unidad de emergencia , una gran demanda de pacientes esperando, me imagino que debe ser más compleja la implementación ... el impacto es mayor . Para nosotros ha sido súper bueno, positivo, porque como les digo este es un hospital particular , que la persona se viene a rehabilitar, entonces requiere del apoyo familiar , requiere de la motivación de los familiares o modificaciones cuando a una persona le da un accidente cardiovascular , un adulto mayor, entonces hay personas activas que de un momento a otro, ven alterada sus funcionalidades , entonces, luego de tener un accidente cardiovascular uno queda con alguna secuela y debes cambiar todo tu ambiente , cambian los roles dentro de la familia , entonces para nosotros siempre ha sido importante la inclusión de la familia en los tratamientos , en ese sentido este hospital, la política ha sido más fácil implementarla, porque para nosotros es muy muy relevante. No sé cómo funcionará el tema en un hospital con pacientes más agudos los cuales a lo mejor no ven la relevancia que tienen para la mejora del paciente, de hecho puede ser un problema, para las enfermeras, o para el personal. En cambio para nosotros siempre ha sido importante el tema de la inclusión familiar, para que después se mantengan las pautas de ejercicios para el alta, se le enseñan algunas pautas de estimulación cognitiva, etc. También para el ánimo de los pacientes, los pacientes tienen que levantarse, deben tener alguna motivación, ellos mismos pasando por procesos de duelo, que ya no es la misma persona. Entonces probablemente como te digo, en este hospital o en hospitales en donde el tema de percibir la relevancia de la familia es más fácil, en el impacto de las intervenciones, probablemente sea más fácil que en otros hospitales, donde consideran que las patologías agudas no tienen nada que ver con que la familia este, como en tratamientos médicos, o una operación o que te ponga una inyección, entonces por eso te digo que es interesante revisar la evidencia, porque hay investigaciones que están hechas en espacios de enfermedades agudas, con tratamientos mucho mas directivos, en donde uno podría decir, que importa que este el familiar o no, si le voy a poner una inyección o lo voy a operar, pero la investigación que se hace ahí, habla incluso de tiempos de cicatrización, o sea una serie de variables, súper biológicas y orgánicas que uno pensaría que probablemente no están tan relacionadas, desde una mirada bien reduccionista y de separar variables , pero no, en el fondo todo esta supero relacionado. En temas de inmunidad también hay un poco más de investigación.

**Entrevistador: Lo otro, al momento de implementarse el programa o la política en general, como se implementa en el hospital, se les hace algún tipo de capacitación , se les obliga o se toma la decisión dentro del hospital, si se acoge o no se acoge?**

E. 2: No, las normativas son para todos, vienen en general de arriba, y cuando ya es una normativa, es como una guía clínica, ya viene una norma un protocolo estandarizado que nosotros tenemos que seguir , aun así hay inducciones, periodos pilotos , acá se han hecho una serie de charlas, con el personal ,con los funcionarios, distintas instancias, tanto del hospital amigo o también con el tema de la acreditación, con el tema de la ley, nosotros el año pasado, con la Ruth, trabajamos coordinadamente e hicimos varias charlas y también en alguna medida más centrada en los funcionarios, como veían ellos la incorporación de estas nuevas políticas, que temores les generaba, cómo hacer más participativa la implementación, entonces claro por ejemplo ahí salieron cosas como no sé, como que los familiares ocupan todo el espacio, entonces los pacientes no tienen donde sentarse, a modo anecdótico, por ejemplo los hervidores, nadie sabía dónde estaban, entonces no, ese era el hervidor de los funcionarios o era el del hospital amigo, y con los familiares se generaron ciertas disputas y muchas veces no tenía tanto que ver con los profesionales, que nosotros pasamos más ocasionalmente en los servicios de hospitalización como en realidad lo que experimentan más las hospitalización que son el personal que está permanentemente en los servicio, llámese auxiliares de servicio, paramédicos, especialmente esos dos estamentos, diría yo. Y ahí claro se dieron este par de situaciones como que desaparecían cosas, también teníamos un cartel grande que era como un pendón, no estaba o el hervidor se echó a perder, o este tipo de cosas, esto que les contaba que las familias ocupan los espacios, entonces ¿cuántos familiares van a poder entrar? Se ha empezado a generar en la práctica habitual esta serie de dificultades, no es que llegaron 7 y ya... o cómo la familia puede intervenir negativamente en los tratamientos (ojo con los discursos, no son míos). Por ejemplo una persona con accidente vascular que está recuperando la funcionalidad de la mano derecha, un accidente vascular izquierdo, entonces está tratando de volver a comer, entonces la persona y llega el familiar y le da la comida, entonces la persona podría ver deteriorado su proceso de rehabilitación porque la familia en vez de ser un elemento que facilite o apoye la recuperación, lo limita al sobreproteger. Entonces se dan esta serie de prácticas y preguntas más de fondo también, yo creo que hay que centrar las prácticas y ver cuál es la construcción que hay detrás, no sé si han podido observar o si se han paseado por otros hospitales, el progresivo, a pesar de que la lógica dice abran los hospitales una

mirada ambulatoria y la atención más comunitaria, como igual hay guardia en los hospitales, hay rejas, yo he apreciado un progresivo cierre respecto de la política policial eh respecto a los hospitales ya ahí hay un montón de discursos que también están en la sociedad, sobre la seguridad la paz ciudadana, la delincuencia y sobretodo veo que los familiares, justo lo que estábamos conversando, que cómo el familiar llega y se encuentra con en primer lugar con esta pared que es física y también simbólica para poder acceder a la persona, a su familiar que está enfermo, identificaciones, y deje el carné, cosas que realmente pareciera que fuera una cárcel claro, entonces eso también es muy interesante, como qué construcción tenemos de las instituciones de salud em y ahí bueno hay muchas o sea Foucault y el panóptico todo eso es muy aplicable y también nos hace pensar, bueno tenemos harta implementación de políticas para la apertura el acompañamiento pero por otro lado tenemos al guardia y los controles permanentes y cada uno tendrá su visión al respecto, pero hay una contradicción por lo menos hay una contradicción, entonces por eso les digo, hay mucho para analizar y para tomar de distintos lados, pueden tomar de la visión de los funcionarios la visión de los mismos usuarios, a distintos grupos que están incorporados y que les tocan estas políticas y eso es interesante de analizar, porque está centrado en ellos, es donde más se ve la expresión de las políticas, pero de acuerdo a la complejidad del asunto, porque a veces pareciera que fuera el impacto mayor en las personas, pero pareciera que es un impacto económico. Entonces claro siendo un poco crítica del sistema, pero creo que es importante porque si no, no puede implementar cosas que son a lo mejor hasta funcionales para una lógica económica que es lo que pasa mucho con los psicólogos que a veces estamos trabajando con una idea y parece que estamos favoreciendo el bienestar de las personas, pero a la vez podemos estar sustentando un sistema que en realidad ya, crea el hospital amigo pero a la vez pone una guardia y doscientas cámaras antes de que entres al hospital, probablemente también hay que preguntar si estas son políticas que implementa el programa a un nivel de intervención pero que pasa con la política más macro o que pasa por ejemplo con el tema de las decisiones al final de la vida porque yo digo, bueno la persona puede tener más decisión pero hasta un punto o no, no se uno podría cuestionarse tantas cosas el tema del hospital amigo es interesante porque es uno de los primeros, una primera vuelta a incorporar otras variables y variables que son más complejas, familiares, creencias entonces es bien interesante eso es más o menos, bueno qué más les puedo comentar del hospital amigo, bueno ya lleva más tiempo y podemos dar una vuelta después.

**Entrevistador: Nosotras sabemos que hay una evaluación desde el ministerio, pero según tu criterio, que aspectos más o menos deberían evaluarse.**

E. 2: Lo que pasa es que como está toda la lógica de la acreditación, y la acreditación de los hospitales, voy a decirlo breve porque es una larga historia, la idea es como existen muchos hospitales públicos y hospitales privados se quiere resguardar la calidad de la atención, ya, en el auge habían 4 garantías que deben cumplirse si o si en todas las patologías auge, en toda la reforma que fue el GES que todavía existe, hay una serie de patologías que son auge, no sé si han escuchado eso, como la depresión y la esquizofrenia el primer brote de esquizofrenia antes de los 15 años en salud mental, el tema del tratamiento de alcohol antes de los 15 años y hay una más, no me acuerdo ahora y bueno muchas patologías médicas, orgánicas no de salud mental entonces eso suponía que se tenían que cumplir ciertos plazos y ciertas intervenciones al momento para esas personas pero la lógica que estaba a la base es que se tenían que cumplir 4 características que era oportunidad de la atención, acceso, cobertura creo y calidad y calidad era la única que faltaba, porque empezaron, el auge se implementó y podía dar cuenta podía responder porque a las personas se les atendiera en el tiempo establecido, pero no podía garantizar la calidad, porque para garantizar la calidad supuestamente tenemos que cumplir ciertos estándares, entonces por eso se generó todo el tema de la acreditación y ahora todos los hospitales públicos estamos pasando por un proceso de acreditación, hospitales, clínicas, consultorios, lo público y lo privado, todo. Y es un proceso similar a lo que pasó en educación en los cuales, todos los hospitales tienen que cumplir una serie de características muy extensas con verificadores, indicadores, mediciones permanentes, para resguardar por la calidad, ya? Y ahí también está el tema, hay un ámbito dentro de la acreditación que se llama dignidad de la persona del paciente y se entrecruza el tema del acompañamiento el consentimiento informado los derechos de los usuarios, también lo piden, entonces como estamos en este tema de la acreditación, todo se mide a través de indicadores, verificadores concretos. El hospital amigo también tiene ciertos verificadores que son, que haya sección de reclamos, que todas las personas que sean ingresadas al hospital tengan información antes de su ingreso, cuando le dan la hora para ingresar de si puede acceder al programa hospital amigo, cuando uno ingresa al hospital, no todo el mundo es usuario del hospital amigo, no todas las personas, si no que tu al ingreso te dan informativo y te dicen: mire existe la posibilidad de que usted haga un acompañamiento de 12 o 24 hrs. Y tiene que cumplir con tales deberes, por ejemplo respetar la tranquilidad, las actividades sociales, no puede traer objetos de valor

una serie de normativas, yo les puedo conseguir una hojita... y o la persona puede decir, sabes qué yo no voy a acceder por el hospital amigo, no voy a estar ni 12 ni 24 hrs., sino que voy a venir a las horas de visita habitual, si la persona acepta firma un documento y se hace bastante responsable de cumplir ciertos deberes y también se le informa sobre sus derechos, por ejemplo hay un baño para las personas que son familiares, que están los rincones hospital amigo, que existen unos de esos sofás, como se llaman en los que se puede dormir, un bergere hay varios de esos, entonces la persona firma si acepta o no, entonces cuando después miden si se está cumpliendo existe un registro de todos los pacientes que han sido ingresados, entonces todos firman que recibieron la información, por lo menos, y se ve por ejemplo si a lo mejor ingresaron en un periodo de 3 meses cien pacientes y a lo mejor de esos firmaron 80 es decir, en realidad se nos pasaron 20 pacientes a los que no les informamos, que existía esto, ese tipo de indicadores, que las personas sean informadas y luego al final hay una encuesta de satisfacción para saber si se cumplió si las personas que optaron por esto eh pudieron utilizarlo efectivamente, si estaba el hospital amigo disponible y lo otro que se mide, me parece en el hospital amigo es el tema de la sección de reclamos, también se incorpora ahí, aún cuando no necesariamente las personas que ponen reclamos son usuarios del hospital amigo, pero también está incorporado y también hay un financiamiento para esto, anual, un financiamiento anual, con el cual se ha comprado el microondas los biombos. Otra cosa que también miden en el hospital amigo, que todos los profesionales tenemos que tener un horario definido para la exclusiva visita e información de los familiares de los usuarios, si ustedes se fijan en todos lados van a ver unos carteles que dicen: psicóloga atención de familiares supongamos miércoles de 3 a 4, médico de 5 a 6. Todos tenemos que tener un horario que si o si está disponible para que los pacientes puedan venir a hablar con el doctor y preguntarle sobre el diagnóstico el tratamiento a seguir, que también era una dificultad permanente, querían preguntar y o encontraban al médico, había que ver que era lo que pasaba, entonces eso también lo norma el hospital amigo y quizá hubo algún otro indicador, pero como les digo no lo sé, la Rut les puede decir, si uno piensa, ¿es suficiente eso? Bueno, da un piso de evaluación, quizá sería interesante también incorporar metodologías cualitativas para ver realmente como esto efectivamente fue para el usuario tener el acompañamiento o no y yo también creo que es interesante lo que ustedes se están planteando como de ver el impacto que ha tenido en los funcionarios, porque puede que en la lógica haya una dificultad para implementarla más que nada por la resistencia de los funcionarios o de los usuarios internos como le llaman al funcionario

del equipo, que maneja una lógica que dice que hay usuarios externos y usuarios internos, nosotros somos usuarios internos del hospital, aparte del funcionario. ¿Aparte?

Claro, somos como un usuario más, tenemos como doble, doble militancia, dije el otro día y no les gustó.

A sí que bueno por ahí hay hartas cosas que investigar y a lo mejor pueden ir definiendo que grupo es el que ustedes les gustaría, con qué grupo les gustaría trabajar o si quieren hacer algo quizá no tantas entrevistas, pero con distintos grupos y hacer una cosa más integral o solo un estamento y profundizar más.

**Entrevistador: Pensábamos como en los funcionarios, y también en los usuarios similitudes y diferencias, sistema de creencias, pero tampoco lo tenemos definido. Estamos como en la primera etapa de la investigación y nos habían quedado como muchas dudas del hospital amigo porque la información en Internet era como lo básico.**

E. 2: No pero yo creo que la Rut les va ayudar y también revisar la ley, ya que engloba muchas de los lineamientos. Y eso si que tiene el respaldo en la página del ministerio, porque es nuevo, imagínate que los hospitales en general tenían cartas de deberes y de derechos y tuvieron que hacer todas modificadas, porque ahora hay una carta universal de derechos y deberes. Esa que está publicada ahí, si van al Fricke o van a Sótero del río van a encontrar la misma carta, porque los derechos de los usuarios son los mismos universalmente, ya no se puede decir: este de acá tiene este derecho y este otro ya no lo tiene, es universal esa es la lógica, también hay un apartado que tiene que ver con el acceso, el tema económico, pero yo no sé realmente, ahí hay otra contradicción, porque no pueden garantizar el acceso, el sistema igual tiene sus dificultades.

**Entrevistador: Dentro del programa hospital amigo, ¿existe la posibilidad de que pueda cerrarse en algún lugar, como que deje de funcionar la política?**

E. 2: Eh no, no

Entrevistador: Es como cuando se dejan de cumplir los criterios, ¿se dejan de enviar los recursos?

E. 2: Claro, estos programas se mueven por financiamiento, entonces existe control respecto de ese financiamiento, por ejemplo y existe control respecto de ese financiamiento también si tu postulas a comienzo de año a un proyecto por decir así, nos movemos bastante con esa lógica, entonces iniciando el año o a finales de año pensando en el siguiente, tomando como proyecto cuales cosas queremos, cuales son las cosas que queremos hacer, por qué es importante. Por ejemplo acá habían poquitos recursos y el año pasado se incorporaron muchas más cosas esto del tema de los microondas eso se ha ido implementando poco a poco, por ejemplo sin un hospital no cumple bueno se le va, se evalúan los programas, todos los programas se evalúan, tienes que, en la atención tú tienes que dar cuenta por ejemplo de la cantidad de pacientes que tu atendiste en la parte asistencial, hay metas sanitarias, tengo que decir, cuántos pacientes asistieron al psicólogo, ahí está. Y programas ¿Cuántos familiares estuvieron en el hospital amigo? ya la Rut va a mandar un informe que sé yo, 20 ¿cuántos pacientes estuvieron hospitalizados? 500, ¿cómo? ¿Por qué? Y ahí toda una lógica de por qué no se cumplió y ahí vienen todos los planes de acción de mejora continua, si a lo mejor falta información, ya el próximo año la plata se va a gastar en difusión, o no entonces, pasa que en realidad las personas están informadas, pero hay poco espacio físico, ya bueno hagamos una inversión en ese sentido, en todo caso en relación a los presupuestos para, en comparación a los otros presupuestos como pequeños igual que la salud mental, son instancias todavía marginales que están poco a poco incorporándose, la ley de derechos también ha sido súper compleja porque establece cosas como que la ficha tiene que ser, bueno privada, que no puede acceder un tercero, que los documentos que se escribe en la ficha clínica como cualquier documento de la institución tienen que ser legibles, piensen lo que significa eso para un médico, ya es un indicador un verificador, entonces ahí tu vas contra toda una práctica dominante y es calidad porque claro uno dice: pero no importa, no, claro que importa porque va desde el respeto por la persona que pueda leer sus indicaciones, entender su propio proceso, su propia enfermedad y ser parte activa de un proceso de recuperación uno, dos errores de medicación en la venta de fármacos, no se sabe qué venderle a la persona, entonces se pone en resguardo el bienestar, la salud del sujeto con cosas como esas, tenemos claro, la implementación de una política desde arriba y luego cómo tu lo llevas a cabo en el día a día, uno le dice a los médicos: mire, tiene que escribir bien. Entonces tienes que empezar a generar dispositivos de medición permanente que te permitan tener un dato objetivo, para decir mire en realidad se hizo un muestreo y de las 100 recetas que usted hizo, 90% están legibles, tienes que volver

objetivo la demanda para luego poder desde ese dato objetivo pedir una mejora, como te digo eso ya es una norma deberían haber hasta penas asociadas.

**Entrevistador: Claro y no es una cosa que se le ocurrió así a un hospital no más.**

E. 2: No, no esto es una ley con todo lo que significa, no es voluntario.

E. 2: ¿Qué más les gustaría saber?

**Entrevistador: Nos gustaría conocer tu opinión respecto a cómo ha resultado, qué cosas han cambiado luego de la implementación.**

E. 2: Mira yo creo que ha sido positivo, en el sentido de que algo que estaba en un lineamiento teórico, se ha podido concretizar, o sea yo puedo tener una política que diga hospital amigo un hospital inclusivo, tolerancia a la diversidad, pero si materialmente no existen las condiciones, esa política queda en un nivel más bien discursivo, o en un nivel más bien ideal, entonces lo que yo he podido ver en los últimos dos años es que en este hospital por lo menos el programa ha tomado cuerpo en materialidad o sea en espacio físico que es con las personas, o sea la política llevada a su implementación material, que a lo mejor no es tan utilizado, que a lo mejor las personas, también los usuarios tienen que entrar en esta nueva lógica que se pueden quedar, que a lo mejor no estaba en su dispositivo habitual, claro, pero ya materialmente tú vas, pasas y ves el espacio, y eso ya es un cambio, las personas dirán: uy me puedo quedar realmente o puedo utilizar el baño del hospital amigo, ha habido muchas tensiones el baño del hospital amigo antes estaba cerrado, no en el hospital siempre tiene que estar abierto el baño, eso significa que alguien tiene que limpiarlos constantemente, hay tensiones en esto, pero uno de los cambios importantes en esto es que físicamente se ha producido un cambio, el programa se ha vuelto visible y materialmente existe, no es solo una política a largo plazo, no, ya se volvió material, y yo me imagino que en los otros hospitales también, que debe ser similar

**Entrevistador: Por el contrario, ¿qué cosas han perjudicado?**

E. 2: bueno yo creo que lo que más ha costado, es cambiar toda una lógica, con un pilar cerrado con ciertas prácticas incorporando ahora nuevos participantes en salud. Yo creo que principalmente va por ahí, en las tensiones que se generan al intentar cambiar una práctica que lleva mucho tiempo y que como decía, el hospital es una institución total, en donde está todo programado, todo agendado, todo controlado, hay ritmos, hay horarios,

hay protocolos, estandarización, entonces incorpora una variable que no esta tan controlada, son todos distintos, tienen pensamientos diferentes no necesariamente van a seguir el ritmo que lleva el hospital. Lo complejo también lo pone más natural, más real, la vida es eso, no es la lógica de todo estandarizado, todos comemos a la misma hora, no, la realidad es que somos distintos, tienen ideas diferentes respecto a que es adecuado para su salud o no, tienen creencias religiosas diferentes, costumbres, una serie de cosas, todos vivimos en la misma sociedad que algo de homogeneidad nos da, pero, también una gran diversidad, entonces por ahí también es súper desafiante para nosotros. Era quizás más cómodo para los clínicos tener todo bajo control y yo hago mi intervención, entonces ahora no, hay que ver la realidad con su complejidad, con lo complejo que es, con la persona enferma, el familiar que opina algo con respecto a eso, etc.

**Entrevistador: ¿exige más flexibilidad de parte de los funcionarios?**

E. 2: más flexibilidad, mas tolerancia , exige revisar tus propios prejuicios, porque quizás van a llegar unas personas con religión distinta a la mía y van a querer hacer algo, por ejemplo en peña blanca hay una ruca, en el hospital de peña blanca, ahí hay tratamientos alternativos, hay una machi que hace tratamientos, es como si acá hubiera una ruca afuera, nosotros acá estamos atendiendo y la machi afuera está haciendo otro tipo de intervención que tienen alguna evidencia de que han sido efectiva.

**Entrevistador: no es cualquier tipo de práctica.**

E. 2: claro, pero a la vez entramos ahí en el conflicto de que al final todos los saberes tienen que pasar la prueba de evidencia de la racionalidad científica y bueno si es por eso, la psicología quedaría fuera , a menos que sea un conductista acérrimo, pero nuestras intervenciones, nuestra lógica, no ... hay varias, como decía, incorporación de culturas, de temas simbólicos en las intervenciones, de apertura a la diversidad, en la página del ministerio también hay una guía de tratamientos con plantas medicinales, con toda esta lógica de la bioequivalencia, no compre el fármaco caro, compre el genérico y también hay una guía de las preparaciones, con las dosis, como las personas pueden acceder a tratamientos con plantas medicinales pero bajo una cierta normativa, resguardo. Entonces si uno ve en general hay varias líneas que tratan de incorporar la complejidad, lo cultural, lo simbólico, la intervención no a un sujeto, sino a un sujeto inserto en una comunidad en una familia en un sistema de creencia etc., entonces es

interesante el proceso y también el desafío para nosotros que trabajamos en esto, que probablemente para quienes son de formación biomédica, más difícil todavía , no así tanto para las personas de las ciencias sociales, en general todos estos programas están a cargo de los psicólogos y las asistentes sociales , hay gente referente en el hospital de ciertos temas, el referente del hospital amigo, el psicólogo, el referente de salud , referente de espiritualidad... en el fondo nos ha tocado a nosotros ir implementando estas lógicas en hospitales donde la mayoría son profesionales de formación más biológica, haciendo distinciones , acá esta la asistente social , psicólogo y la asistente social encargada de... la Ruth, que ella está en el SOME ,que ve los registros , fichas y luego están 140 funcionarios, entonces todo el resto o son administrativos o son del área profesional más biológica. Entonces hay que ir de a poco incorporando y que las personas también vean que es positivo que tiene un valor, que es positivo para nuestras intervenciones la incorporación de estas variables.

## Anexo N° 4

### Rejilla “Entrevistas en Diálogo”

Ámbitos	Entrevista Carlos Zamora	Entrevista Marcela Cerda	Cuadro de diálogo.
Acreditación	<p>“[...] con la acreditación del hospital “El Salvador”, o sea lo que nos ha tocado de ahora, lo que nos ha tocado desde ahora ha sido la supervisión de los tres hospitales autogestionados, los tres primeros que les nombre, es la mantención de las medidas, en pocas palabras es ir, supervisar, revisar, un “checklist” viendo que puedan cumplir y participamos obviamente en la última etapa de la acreditación[...]”</p>	<p>[...] como está toda la lógica de la acreditación, y la acreditación de los hospitales, voy a decirlo breve porque es una larga historia, la idea es como existen muchos hospitales públicos y hospitales privados se quiere resguardar la calidad de la atención[...]</p> <p>[...]para garantizar la calidad supuestamente tenemos que cumplir ciertos estándares, entonces por eso se generó todo el tema de la acreditación y ahora todos los hospitales públicos estamos pasando por un proceso de acreditación, hospitales, clínicas, consultorios, lo público y lo privado, todo.</p> <p>[...]hay un ámbito dentro de la acreditación que se llama dignidad de la persona del paciente y se entrecruza el tema del acompañamiento el consentimiento informado los derechos de los usuarios, también lo piden, entonces como estamos en este tema de la acreditación, todo se mide a través de indicadores, verificadores concretos[...]</p>	<p>-Se aprecian similitudes en los discursos, la información se comparte por parte de ambos, sin embargo se logra entrever una visión más crítica por parte de Marcela.</p> <p>-No sabemos si esta acreditación realmente garantiza un buen funcionamiento del programa, no deja claro como ha afectado la implementación a los usuarios (internos y externos) puesto que la acreditación se basa en indicadores centrados en la mera estrategia e implementación. No tenemos conocimiento sobre el real impacto.</p>
Información	<p>[...] invitamos a la directiva o al director del establecimiento y les contamos acerca de esta estrategia, le contamos</p>	<p>[...]las normativas son para todos, vienen en general de arriba, y cuando ya es una normativa, es como una guía clínica, ya viene una norma un protocolo estandarizado</p>	<p>- Se logra identificar discursos con distintos objetivos, en donde por un lado se justifica la estrategia como una buena medida y por otro se intenta hacer algo distinto a lo que por protocolo se realiza.</p>

	<p>de la estrategia que baja del nivel central, el nivel ministerial y que consiste en esto y les preguntamos si ellos se pueden comprometer con alguno de los que le corresponden objetivo de Hospital Amigo, y ellos dicen “miren saben que si estamos dispuestos a trabajar, los que nos competen a nosotros son estos seis por ejemplo” (mmm), perfecto entonces nosotros le pedimos que puedan elaborar un plan de trabajo en el cual a través del año ellos puedan decir “vamos ir cumpliendo de aquí al primer semestre o primer trimestre esta mantención de medidas y así al finalizar el año poder tener con este ejemplo las seis medidas implementadas en el hospital”[...]</p>	<p>que nosotros tenemos que seguir , aun así hay inducciones, periodos pilotos , acá se han hecho una serie de charlas, con el personal ,con los funcionarios, distintas instancias, tanto del hospital amigo o también con el tema de la acreditación, con el tema de la ley, nosotros el año pasado, con la Ruth, trabajamos coordinadamente e hicimos varias charlas y también en alguna medida más centrada en los funcionarios, como veían ellos la incorporación de estas nuevas políticas, que temores les generaba, cómo hacer más participativa la implementación[...]</p>	<p>-Carlos nuevamente se situa en la estrategia, y parece agradarle esta manera de implementar medidas. Se dedica a explicar como la información es entregada, pero al parecer no hay mediación en la entrega de esta información, puesto que es “recitada” solo a los directivos del hospital, sin preocuparse por como esta información llegara a los funcionarios o inclusive al publico general.</p> <p>-Marcela señala que la entrega de información se entrega de una forma estandarizada y que en su caso particular (fuera de normativas, por iniciativa propia del hospital donde ella trabaja) intentan mediar esta entrega de información, intentando preocuparse por quien la recibe y como la recibe.</p>
<p>Recursos</p>	<p>[...]vamos ir cumpliendo de aquí al primer semestre o primer trimestre esta mantención de medidas y así al finalizar el año poder tener con este ejemplo las seis medidas implementadas en el hospital” para ello nosotros también</p>	<p>[...] estos programas se mueven por financiamiento, entonces existe control respecto de ese financiamiento, por ejemplo y existe control respecto de ese financiamiento también si tu postulas a comienzo de año a un proyecto por decir así, nos movemos bastante con esa lógica, entonces iniciando el año o a finales de año pensando en el</p>	<p>- Hay acuerdo en ambos discursos, no se aprecian grandes diferencias en la temática económica.</p> <p>- Se aprecia que Carlos reconoce el hecho de que los recursos son limitados. Marcela, al vivenciar diariamente la cotidianidad del Hospital, reconoce las necesidades existentes y agradece los</p>

	<p>contamos con un pequeño recurso que baja de nivel central y nos puede también servir para apoyar la gestión, en este sentido también nosotros ese recurso también se les entrega a los hospitales que ya están trabajando también para apoyar su gestión en lo que necesiten para seguir implementando de mejor manera el Hospital Amigo, llámese compras de pizarra para identificar al usuario o al hospitalizado o comprar algún elemento que pueda hacer más llevadero la estadía por ejemplo, al acompañante que va a estar con la persona hospitalizada , etc.[...]</p>	<p>siguiente, tomando como proyecto cuales cosas queremos, cuales son las cosas que queremos hacer, por qué es importante. Por ejemplo acá habían poquitos recursos y el año pasado se incorporaron muchas más cosas esto del tema de los microondas eso se ha ido implementando poco a poco [...]</p> <p>[...]Por ejemplo acá van a ver más o menos 10 pacientes por sala...entonces como tú logras incorporar eso, ya que lo que puede ser un derecho para uno no vulnera el derecho de la privacidad del otro. Bueno, entonces ahí hay que comprar biombos e implementar una serie de cosas que estamos necesitando[...]</p>	<p>recursos entregados, sin dejar de reconocer que la implementación no solo pasa por un tema económico, sino que tiene que ver con todo un cambio de practicas. Es decir, el programa afecta a muchas áreas del quehacer de un Hospital, no solo al económico.</p>
<p>Fundamentación Objetivos</p>	<p>[...]Hospital Amigo y no nos quedaría más que seguir trabajando en ellos, más que nada supervisando que se sigan cumpliendo y ojalas incitando que se puedan hacer prácticas que de alguna forma sean coincidentes con el tema satisfacción de usuario y el trato, que al final son los dos grandes temas que nosotros estamos a cargo,</p>	<p>[...]Desde el año 2012 se reglamentó sobre los derechos del paciente que vayan más allá de los procedimientos clínicos, los procedimientos clínicos ya están mas estandarizados en guías clínicas, procedimientos claramente establecidos, tiempos definidos para que tu recibas tal o cual atención, etc. [...]</p> <p>[...]Este programa del Hospital amigo, venía previo a la Ley, ya había una lógica desde el ministerio de incorporar a la</p>	<p>-Los discursos apuntan a distintos elementos, no se complementan entre si. Para un actor el objetivo es la estandarización de protocolos y cumplimientos de las estrategias para un solo e importante fin: La satisfacción usuaria. Es una lógica bien capitalista, por decirlo de algún modo. En donde se ofrece un servicio, se manejan recursos. Para el otro existe una fundamentación más profunda, ella habla de un cambio de paradigma con varios ejes importantes, en donde la satisfacción usuaria seria uno de muchos puntos objetivos que tendría</p>

	<p>nosotros apelamos a que la estrategia de Hospital Amigo ayude respecto al trato que se pueda tener con el usuario en los establecimientos de salud[...]</p>	<p>familia en los tratamientos de los usuarios. Porque entendemos que esta el paciente objetivo que está hospitalizado, pero entendemos que las familias también son usuarios del sistema, aún cuando no estén con la patología en sí. Pero el enfoque es más bien familiar y comunitario [...]</p>	<p>por ej. El Hospital Amigo.</p> <p>Ella tendría más clara esta lógica de permitir el paso de la familia y la comunidad a este espacio, que antes se designaba como una institución cerrada.</p>
<p>Estandarización</p>	<p>[...] igual de todas maneras en este proceso seguimos estandarizando cosas, o sea por ejemplo, protocolos de alimentación, protocolos de horarios de visitas, ojalas todo este lo más estandarizado posible, o sea a pesar de que los hospitales cumplan con la mantención de las medidas siempre hay algo que ir mejorando [...]</p>	<p>[...]Entonces eso también genero que el año pasado se acreditara representantes de distintos cultos, para que hubiese alguna normativa también respecto de eso, porque si no iba a llegar la iglesia entera...y en el fondo el tema es como tu concilias una lógica hospitalaria, con todas sus prácticas clínicas e incorporar a otras personas, como los representantes de los cultos, las familias...como haces un equilibrio entre tu actividad clínica habitual en instituciones que son cerradas, un hospital es una institución casi total, aquí las personas se rigen por un mismo horario, mismas prácticas, se pierde un poco la identidad, todos entramos a un sistema súper estandarizado y regulado [...]</p>	<p>En la idea de estandarización encontramos un choque entre las argumentaciones de los dos entrevistados, por una parte para Carlos la estandarización es una de las bases del programa, siendo esta una de las metas a lograr en casi todos los ámbitos, pero en cambio para Marcela es imposible generar pautas de normalidad dentro de un sistema que se ha formado a partir de creencias distintas.</p>
<p>Capacitación</p>	<p>[...]son los mismos unidades que deben capacitar a sus funcionarios respecto al tiempo de que puedan estar los acompañantes, etc. pero no capacitación, lo que si tenemos instalado es que a finales de año, este año no pero</p>	<p>[...]hay inducciones, periodos pilotos, acá se han hecho una serie de charlas, con el personal ,con los funcionarios, distintas instancias, tanto del hospital amigo o también con el tema de la acreditación, con el tema de la ley, nosotros el año pasado, con la Ruth, trabajamos coordinadamente e hicimos varias charlas y también en alguna medida</p>	<p>En este concepto también encontramos diferencias entre los entrevistados, uno de ellos en este caso Marcela nos muestra una preocupación por las sensaciones de los participantes tanto pre como post programa, mostrando una visión más profunda de las posibles consecuencias a estos personajes, sin embargo para Carlos la capacitación debe ser cuando se ha implementado el</p>

	<p>en los años anteriores se hace un encuentro de Hospital Amigo en donde cada servicio de salud va y cuenta su experiencia respecto algunos temas, innovaciones que han hecho y eso se comparte a nivel país, cada establecimiento tiene una encargada de Hospital Amigo y nosotros la idea es invitar a cada uno de cada hospital para que puedan asistir y ver nuevas implementaciones que tengan que ver y que repercutan en lo que es satisfacción usuario [...]</p>	<p>más centrada en los funcionarios, como veían ellos la incorporación de estas nuevas políticas, que temores les generaba, cómo hacer más participativa la implementación[...]</p>	<p>programa y sin observaciones sobre las implicancias que puedan tener sobre los actores.</p>
<p>Inclusión/ Exclusión</p>	<p>Se enfoca en usuario y su satisfacción.</p>	<p>[...]para volver la atención de salud algo más naturalizado, más cercano e inserto en la comunidad. Y en ese sentido, la intervención no es hacia un individuo; es hacia una familia, y una familia con la diversidad de familias que hay, no solo la familia clásica [...]</p> <p>[...]En general cuando se hacen políticas, no sé en particular esta, en general hay también un espacio donde se dan diálogos ciudadanos o debates participativos, donde también se invitan a usuarios a participar de la construcción de políticas, no sé en este caso. Me imagino que habían demandas ciudadanas respecto a los derechos de los usuarios. La nueva normativa</p>	<p>Si de forma hipotética se pudiese poner cara a cara a estos entrevistados sobre el tema inclusión- exclusión casi de forma certera se generaría una discusión, ya que existe una clara diferencia sobre la valoración de estos conceptos. Por un lado Carlos deja fuera a los funcionarios de los centros hospitalarios y familiares generando solo el interés en la satisfacción del usuario enfermo, en cambio en Marcela notamos claramente la inclusión de toda la comunidad de usuarios hospitalarios tanto externos como internos. Generándose así una gran diferencia entre logros esperados por cada parte entrevistada.</p>

		<p>también incorpora la gestión de reclamos, la OIRS[...]</p> <p>Se incluye a funcionarios “usuarios internos”</p>	
<p>Perspectiva que considerables de evaluar</p>	<p>[...] la estrategia, una estrategia, son la mantención de las medidas en pocas palabras, yo creo que hay que arremeterse un poco a eso, pero a pesar de que son las diez medidas que son las universales, que tienen que estar en los hospitales, lo que tenemos que orientar es que el trabajo que se cumpla [...]</p>	<p>[...] incorporar metodologías cualitativas para ver realmente como esto efectivamente fue para el usuario tener el acompañamiento o no y yo también creo que es interesante lo que ustedes se están planteando como de ver el impacto que ha tenido en los funcionarios, porque puede que en la lógica haya una dificultad para implementarla más que nada por la resistencia de los funcionarios o de los usuarios internos como le llaman al funcionario del equipo, que maneja una lógica que dice que hay usuarios externos y usuarios internos, nosotros somos usuarios internos del hospital, aparte del funcionario [...]</p>	<p>Otra vez se genera un conflicto de ideas, en este caso cada entrevistado considera importante evaluar por parte del programa cosas diferentes, por un lado Carlos se fija en cumplir con la mayor cantidad de medidas que conforman el programa, en cambio Marcela se preocupa de la opinión del usuario tanto externo como interno, generándose así otro conflicto de intereses diferentes entre cada parte entrevistada.</p>
<p>Cancelación de programa</p>	<p>[...] no creo que se pueda hacer eso, creo que este es un paso sustancial respecto a la satisfacción usuaria y no, a pesar de que quizás se siga trabajando en esto se darán cuenta que existe mucha resistencia de los funcionarios por temas que uno también puede entender pero yo creo que no a lo más en algunas partes las horas se acortan por x cosas, están arreglando cierto</p>	<p>[...]Y ahí toda una lógica de por qué no se cumplió y ahí vienen todos los planes de acción de mejora continua, si a lo mejor falta información, ya el próximo año la plata se va a gastar en difusión, o no entonces, pasa que en realidad las personas están informadas, pero hay poco espacio físico, ya bueno hagamos una inversión en ese sentido, en todo caso en relación a los presupuestos para, en comparación a los otros presupuestos como pequeños igual que la salud mental, son instancias todavía marginales que están poco</p>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Imposibilidad en la cancelación del programa.</li> <li>- Cancelación imposible, porque el programa es beneficioso para la población y para los usuarios de los hospitales.</li> <li>- Hay un acuerdo en que el programa se encuentra en una mejora continua, mediante la reorganización de los recursos, etc, de esta manera el hospital amigo se mantiene y se ve</li> </ul>

	<p>lugar y por ahí se corta un poco la hora, se pide que sea una persona, la idea que siempre sea una persona por el tema del espacio, del lugar , pero no creo que esto se termine yo creo que Hospital Amigo tiene para rato, no creo que exista la posibilidad que como política, que como estrategia se termine [...]</p>	<p>a poco incorporándose [...]</p>	<p>imposibilitado su cierre</p>
<p>Expectativas</p>	<p>[...]que esto pueda impactar realmente en lo que tiene que ver con satisfacción usuaria, bajen los niveles de reclamo, que la gente pueda estar más conectada con su hospital, que pueda tener claro cuáles son los horarios de visita, que pueda tener claro quién es la persona que lo está atendiendo, que pueda exigir también como derecho que la persona a cargo , el doctor o médico tenga que explicarle con, bastante aterrizado el tema de la situación de ella, de la misma persona o de su familiar o acompañante y por ahí también como les decía que estas diez medidas puedan ser</p>	<p>[...]entonces es interesante el proceso y también el desafío para nosotros que trabajamos en esto, que probablemente para quienes son de formación biomédica, mas difícil todavía , no así tanto para las personas de las ciencias sociales, en general todos estos programas están a cargo de los psicólogos y las asistentes sociales , hay gente referente en el hospital de ciertos temas, el referente del hospital amigo, el psicólogo, el referente de salud , referente de espiritualidad... en el fondo nos ha tocado a nosotros ir implementando estas lógicas en hospitales donde la mayoría son profesionales de formación mas biológica, haciendo distinciones , acá esta la asistente social , psicólogo y la asistente social encargada de... la Ruth, que ella está en el SOME ,que ve los registros , fichas y luego están 140 funcionarios, entonces todo el resto o son administrativos o son</p>	<p>Que se cumplan las estrategias propuestas en el programa y que estas se respeten. Las expectativas no abordan más allá de lo que ya estaba propuesto y escrito en el papel.</p> <p>Principalmente las expectativas están puestas en la masificación del programa en la comunidad, que los usuarios manejen la información del programa y los derechos con los que los pacientes cuentan.</p> <p>Lograr incorporar esta nueva variable, que es la comunidad y que así se valore dicha inclusión, pensando siempre en el bienestar del paciente</p>

	transmitidas a la comunidad y la comunidad también se empodere de eso y pueda exigirlos[...]	del área profesional mas biológica. Entonces hay que ir de a poco incorporando y que las personas también vean que es positivo que tiene un valor, que es positivo para nuestras intervenciones la incorporación de estas variables [...]	
Cambios positivos	[...]de todas maneras la comunidad agradece mucho tener los espacios para poder acompañar a su, al paciente que está hospitalizado, el tema del acompañamiento en el parto ha aumentado de una manera exponencial [...]	[...]Mira yo creo que ha sido positivo, en el sentido de que algo que estaba en un lineamiento teórico, se ha podido concretizar, o sea yo puedo tener una política que diga hospital amigo un hospital inclusivo, tolerancia a la diversidad, pero si materialmente no existen las condiciones, esa política queda en un nivel más bien discursivo, o en un nivel más bien ideal, entonces lo que yo he podido ver en los últimos dos años es que en este hospital por lo menos el programa ha tomado cuerpo en materialidad o sea en espacio físico que es con las personas, o sea la política llevada a su implementación material, que a lo mejor no es tan utilizado, que a lo mejor las personas, también los usuarios tienen que entrar en esta nueva lógica que se pueden quedar, que a lo mejor no estaba en su dispositivo habitual, claro, pero ya materialmente tu vas, pasas y ves el espacio, y eso ya es un cambio, las personas dirán: uy me puedo quedar realmente o puedo utilizar el baño del hospital amigo[...]	Comunidad/visibilidad  - La comunidad aprovecha el espacio que se les da... fue acertado implementar la política.  - Dejó sólo de ser sólo una política “discursiva”, ahora es visible.
Inconvenientes	[...]con la resistencia de algunos funcionarios que	[...]se generaron ciertas disputas y muchas veces no tenía tanto que	Visión de experto de los médicos... cambio de paradigma. Provoca

	<p>son normales en algunas circunstancias, en general el mundo de la salud esta cambiado de un paradigma a otro todavía estamos recién empezando el tema de la salud como derecho, la salud como, donde tiene que estar comprometida también la comunidad y todo lo que contempla la forma de pensar &lt;&lt;como decirlo&gt;&gt; de paciente, nosotros tratamos de cambiar un poco el tema de paciente como usuario, porque tiene que estar la comunidad comprometida también con su propia salud y la resistencia es propia de tener un sistema &lt;&lt; se me olvido el nombre ahora&gt;&gt; sistema médico tradicional, donde las personas va y ahí son los enfermeros , los doctores los que le explican y es casi unidireccional a que cambie eso un poco a traído también resistencia, porque estamos obviamente en el tema de la salud hay un tema que es totalmente de los expertos y que todo el resto no es experto, entonces se hace una división súper grande, la idea desde el modelo</p>	<p>ver con los profesionales, que nosotros pasamos más ocasionalmente en los servicios de hospitalización como en realidad lo que experimentan más las hospitalización que son el personal que está permanentemente en los servicio, llámese auxiliares de servicio, paramédicos, especialmente esos dos estamentos, diría yo. Y ahí claro se dieron este par de situaciones como que desaparecían cosas, también teníamos un cartel grande que era como un pendón, no estaba o el hervidor se echó a perder, o este tipo de cosas, esto que les contaba que las familias ocupan los espacios, entonces ¿cuántos familiares van a poder entrar? Se ha empezado a generar en la práctica habitual esta serie de dificultades, no es que llegaron 7 y ya... o cómo la familia puede intervenir negativamente en los tratamientos (ojo con los discursos, no son míos). Por ejemplo una persona con accidente vascular que está recuperando la funcionalidad de la mano derecha, un accidente vascular izquierdo, entonces está tratando de volver a comer, entonces la persona y llega el familiar y le da la comida, entonces la persona podría ver deteriorado su proceso de rehabilitación porque la familia en vez de ser un elemento que facilite o apoye la recuperación, lo limita al sobreproteger[...]</p>	<p>resistencias en los funcionarios, debido al modelo biomédico con el que llevan años funcionando y ejerciendo su labor de ayuda.</p> <ul style="list-style-type: none"> <li>-posible incompatibilidad del programa, hospital amigo, con el modelo que rige actualmente a los funcionarios de los hospitales.</li> <li>-dependiendo de la labor que se ejerza en cada hospital, se puede evaluar los aportes o los inconvenientes que genera la familia al sistema de salud y a los funcionarios.</li> </ul>
--	---	---	---

<p>salud familiar y también nuestras teorías que han conllevado a la implementación del Hospital Amigo como les decía pasan por tratar de hacer algo en conjunto, equipo de salud y comunidad trabajan en conjunto, y lo negativo es un poco eso, pero yo creo que de a poco se va a ir superando eso[...]</p>		
--	--	--

## **Anexo N° 5**

Nota de campo N° 1

Fecha: 21.06.2013

Hora: 14:30 – 15:10

### **Pabellón Doctor Alejandro del Río**

Al entrar al recinto, se respira un aire de mucha tranquilidad y apacibilidad. Es un espacio de grandes dimensiones, pero lo llenan la música, un televisor encendido y una pequeña estufa que llena de calor la habitación. Además hay un grupo de señoras adultas mayores (4 mujeres, 3 de ellas en silla de ruedas y un hombre acompañándolas) que conversan amigablemente, junto a lo que parecen ser, sus familiares. En el lugar, cercano a la televisión, se encuentra el “Rincón amigo”, que cuenta con un pendón, que explica sencillamente en que consiste el programa “Hospital Amigo”, un hervidor eléctrico y un pequeño horno microondas. Al rincón amigo se acerca una funcionaria del hospital y comienza a limpiarlo. Durante la observación ninguna persona hace uso de dicho espacio.

Al recinto entra una mujer, funcionaria, buscando a dos señoras del pabellón, pero no se encuentran ahí. La psicóloga del hospital, se acerca a esta mujer y comienzan a hablar amablemente. Luego de un rato, llega un enfermero buscando a una de las señoras que están conversando, para hacerle una curación. Se acerca a la señora respetuosa y alegremente, “echando la talla”, la señora ríe y se van a otra habitación ambos muy a gusto. Parecían dos buenos amigos. El grupo de las señoras y el hombre que las acompaña siguen conversando amablemente, ellas se ven muy cómodas, tapadas con mantas y mirando a ratos la televisión, es como si estuvieran en su propia casa. Al rato otra mujer se suma a este grupo y comienza a hacerse espacio en la conversación que mantenían las mujeres.

Una auxiliar se acerca amistosamente al grupo de estas 4 mujeres a conversar con una de las señoras, al parecer acerca de su estado de salud. Se une a esta conversación el familiar que también estaba presente en el grupo, y conversan acerca del tema los tres juntos. Finalmente las tres personas se retiran

Una de las mujeres del grupo se acerca a un enfermero a preguntarle acerca de los remedios que debe tomar. Llama la atención la buena disposición del enfermero y la tranquilidad con la que la mujer se acerca a iniciar la conversación con este. Pareciera una relación muy amigable, no tan sólo una relación médico - paciente.

Al recinto ingresa aceleradamente una mujer, la psicóloga al darse cuenta quien es, se para y se acerca a saludarla con un fuerte y apretado abrazo, el cual es recibido alegremente por la visita. Comienzan a conversar, al parecer por el estado de salud de su familiar, ya que se da a entender que este había vuelto a tratamiento en el hospital por problemas luego del alta médico. Finalmente se despiden, de igual manera como se saludan, y la señora se dirige a su familiar, una de las señoras que se encuentran sentadas en una esquina, y comienzan a charlar por un buen rato. Pasado unos momentos, se acerca a ellas una auxiliar, y como si se encontraran en su casa, se acerca a saludar a ambas mujeres. Coge una silla y la acomoda cerca de ambas mujeres para quedarse y conversar alegremente junto a ellas. Todo esto es realizado con mucha comodidad y naturalidad, como si todas se encontraran en un espacio similar a sus propios hogares. La última mujer en integrarse a la conversación, pasado unos minutos, se retira, para ir a buscar a otra de las pacientes en una sala contigua y la trae de vuelta al pabellón en que nos encontramos. Finalmente, la señora (visita-familiar) con la paciente, se retiran del lugar hacia una sala cercana. Todo esto sin la interrupción ni las preguntas de ningún funcionario, no necesitan, paciente ni familiar, permisos o autorizaciones de nadie para moverse dentro del hospital.

A la habitación, entra un funcionario, enfermero, y comienza a charlar con otro funcionario que se encontraba en el lugar. Conversan amigablemente. Se suma al grupo otra enfermera, y continúan con la conversación amablemente.

Pasado un rato entra al lugar una señora adulta mayor, con un pequeño y colorido coche de juguete, con 3 muñecos en su interior. Además lleva un bolso de bebés colgado a un costado. Al entrar, Marcela, la psicóloga, saluda a la mujer, y al hacerlo le pregunta por el estado de los 3 bebés, como si estos fueran reales. La mujer pasa sin responderle mayormente a la psicóloga y sigue su camino hacia una silla ubicada en la habitación. Luego de un rato, uno de los enfermeros que se encontraba en la habitación, se acerca a la mujer y también le pregunta acerca de los bebés, de cómo habían estado. Como si fueran los hijos de la mujer. Ella nuevamente responde con poca claridad a las preguntas

hechas por el enfermero, de hecho pareciera como que no le hubiese puesto mucha atención a lo que este le dijo.

Otra mujer que se encuentra sentada, sola, en una esquina del lugar, comienza a hablarle a la mujer con los bebés, que se encuentra en la otra esquina. Algo le dice acerca de que le debieran pedir permiso a ella, no se entiende muy bien con respecto a que. Luego se para y sigue hablando, reclamando, en realidad. Algo dice acerca de Santiago y una mujer, todo esto en un tono alterado. Nadie le dice nada, la dejan tranquila seguir con su propia discusión.

Nota de campo N° 2

Fecha: 21.06.2013

Hora: 14:00 – 15:00

### **Pasillo del patio central, cercano a los baños destinados a familiares**

Se observa prácticamente la tranquilidad de una plaza. Las bancas del pasillo rodeadas por grandes sectores de pasto y vegetación se encuentran sin muchas personas en ellas. Por el pasillo pasan algunos enfermeros llevando a adultos mayores hacia otras salas. No hay mucho movimiento a esta hora de la tarde, la tranquilidad se percibe fácilmente en el ambiente.

En una de las bancas cercanas a los baños del “hospital amigo” se encuentra un hombre de avanzada edad conversando con una mujer de una edad un poco menor que al parecer lo estaría visitando. Ambos dialogan con mucho entusiasmo. Se les acerca una tercera mujer, a la cual le cuesta un poco caminar y comienza a hablar relajadamente con la pareja.

Por el pasillo continúan atravesando algunos paramédicos (as) o enfermeros (as) llevando a adultos (as) mayores en sus sillas de ruedas hacia diferentes salas. Me llama la atención un paramédico que lleva a una señora hacia la sala del final del pasillo. El joven conversa alegremente sobre las estaciones y ella responde con mucho entusiasmo.

Posteriormente el movimiento aumenta en el establecimiento. Y varias enfermeras (os) se movilizan con los pacientes en las sillas de ruedas. Llama mi atención las entusiastas charlas que se dan entre paciente y funcionario, conversando sobre temas cotidianos y también sobre el proceso de recuperación o el “alta” que viene en camino.

El baño del “Hospital amigo” se encuentra al final del pasillo. Es una caseta blanca que tiene las dos puertas medianamente abiertas. Por el momento no se ha utilizado. Asumo que los familiares aun no llegan al Hospital, por lo que aquel espacio no esta siendo utilizado por el momento. En las afueras del Hospital se escucha el sonido de algunos vehículos, el cual no logra opacar para nada el canto de los pájaros y la calma tranquilizadora del lugar.

Las tres personas anteriormente mencionadas continúan conversando, no hay presión. El lugar realmente es como una plaza de un barrio tranquilo, no se parece mucho a un Hospital tradicional.

Por el pasillo atraviesa un paramédico llevando a una señora mayor, me llama la atención el interés del joven por la vida familiar de la paciente, le pregunta por su procedencia, por el nombre de sus hijos y ella responde entusiasmada. En el pasillo cercano a una de las salas una pareja de mujeres se para frente a un (asumo) médico, comienzan a preguntarle con respecto al caso particular de su familiar. El medico les comenta los aspectos relevantes del tratamiento del familiar de ambas mujeres. Esta conversación se prolonga por cerca de tres minutos, posteriormente se despiden y ambas se alejan conversando entre ellas con respecto a ciertos pasos a seguir.

En un momento, un niño de unos 10 años le pregunta a un funcionario por la ubicación de los baños. La mujer le señala los baños de final del pasillo y el niño se dirige hacia ellos, donde permanece unos minutos y luego sale rápidamente por el pasillo hasta entrar a una sala.

A unos metros se encuentra un kiosco, la vendedora conversa y se ríe junto a una funcionaria del hospital, se mantiene así por cerca de 15 minutos, hasta que la funcionaria se despide y se dirige hacia el otro lado del pasillo.

Por el pasillo pasa otro paramédico con un adulto mayor en silla de ruedas. Pero esta vez a su lado camina al parecer un familiar del paciente. Una señora de una edad similar a la del hombre. Los tres caminan por el pasillo y ella conversa con su familiar. Le dice que ella ha estado rezando mucho por él, y que espera que para la próxima visita él ya este caminando. Le dice que solo depende de él.

Comienza a ingresar bastante gente al Hospital, al final del pasillo se ven dos grupos de gente joven, al parecer podría tratarse de familiares que vienen a visitar a los pacientes ingresados.

Un grupo de tres personas: una mujer, un hombre joven junto a una mujer de unos 60 años se detienen en un espacio del pasillo. No logro identificar si ella es la paciente ingresada. Ambos jóvenes conversan un minuto con un par de médicos, quienes les señalan que irán a buscar una ficha para regresar a hablar con ellos. Durante bastante tiempo una mujer mayor se pasea por el pasillo, con un coche de juguete que contiene una muñeca dentro. Camina lentamente por el pasillo una y otra vez en ambas direcciones.

Cerca del kiosco un hombre mayor lleva a una mujer en silla de ruedas, al parecer es su pareja. La enfermera hacia donde deben dirigirse y le pregunta al hombre si se va a quedar en el lugar.

Por el pasillo un hijo lleva a su madre en silla de ruedas hacia la sala del fondo. A su lado camina el que parece ser el nieto de la señora. "Abuela" y "nieto" conversan sobre un grupo de scout, la mujer le pregunta al niño sobre las actividades que allí realiza y se alegra porque el pequeño participe de aquellos grupos,.

Otro hombre lleva a una señora en la silla, al lado va caminando una mujer joven que carga las muletas. Los tres conversan sobre el frío que hace aquella tarde.

Después de unos momentos el nieto que conversaba con su abuela, sale de la sala charlando con su padre. Le comenta que el Hospital es muy lindo, que le gustó mucho porque no lo conocía y no se imaginaba que era así.

Nota de campo N° 3

Fecha: 21.06.2013

Hora: 14:30 – 15:10

### **Sala de mujeres, Hospital paz de la tarde**

Luego de conversar con la encargada sobre los objetivos de las observaciones nos dirigimos hacia una sala, amplia con grandes mesones y sillas dispuestas en frente, las paredes son de color verde manzana, y en ellas cuelgan algunos cuadros religiosos y afiches con flechas que indican salidas e instrucciones básicas y de seguridad. En el fondo de la sala hay unas oficinas que está construida de vidrio desde la mitad hacia arriba, una es la oficina de enfermería en la que hay dos funcionarios dentro.

En el espacio hay alrededor de 6 personas, entre pacientes y familiares, una de las señoras se dirige hacia afuera con un aparato que le ayuda a caminar, bien afirmada pide a un funcionario que por favor abra la puerta, sale de la sala hacia el patio.

Se oye música desde un parlante que está cerca de las oficinas, también hay un televisor encendido al lado del espacio Hospital Amigo en el que hay un pendón con las instrucciones sobre el programa, además de un microondas y un hervidor.

Al ser un día viernes, algunos pacientes tienen alta por el fin de semana mencionó una funcionaria, así es como se observa una señora que salió desde una sala de un costado, al llegar a la sala donde estaban las demás señoras, sus ropas, mayormente abrigadas y bien acomodada, un poco maquillada, además de su cara sonriente mientras dice adiós a las demás indican que es su alta. Se nota feliz por terminar una semana de rehabilitación.

El personal se pasea de un lado a otro y también se dirigen a atender a pacientes de una manera muy atenta. La enfermera pregunta cómo se siente a una de las señoras. Desde la sala del costado sale una señora en silla de ruedas, con un familiar, es una mujer que se despide y se devuelve a preguntar de qué sabor le gustaría el jugo, la mujer podría ser una vecina, nuera o amiga que le visita ya que se dirige a ella nombrándola con su nombre en diminutivo y luego sale de la sala despidiéndose nuevamente.

Personal entra a buscar a una señora, otro funcionario le sugiere que se abrigue, la señora sale comentando que se encuentra más contenta por haber podido dormir.

Dentro de las personas que hay en la sala, hay un adulto el cual pareciera ser un familiar de los pacientes, se encuentra sentado cerca de dos señoras que conversan amablemente, él solo observa, no realiza comentarios.

Una señora que sale de la sala del costado se dirige hacia los enfermeros para hablar sobre su permiso de salida del fin de semana, mientras que es observada por las demás señoras que están en la sala, comentan al respecto, el familiar que estaba con ellas también interactúa, pregunta a una de las señoras, la que está dispuesta en el espacio justo en frente de él, si siente sueño, a lo que ella le responde que no. El hombre ríe y habla sobre el frío y las ropas que debería usar su familiar, o la señora a la cual visita.

Desde el patio entra una señora que hace un rato había salido, las demás comentan y la observan. Luego entra una señora, se acerca a personal quien saluda atentamente, dice tener un problema en la rodilla hoy, luego se ríen y caminan conversando. La señora se dirige hacia donde está el grupo de señoras, se sienta y saluda, luego conversa con la señora que está a su lado bien cercanas, luego comentan otra cosa y ríen.

A continuación entra una enfermera e invita al hombre a salir junto a la señora que estaba en silla de ruedas en frente, con ellos sigue una señora, al parecer también un familiar, la enfermera que los llevó se mostraba bastante amena, entró sonriendo y preguntaba con preocupación, las expresiones de su rostro mostraban interés, no dejaba de mirar a los ojos y nombrar por su nombre a las personas, los familiares respondían a este interés y seguían la conversación bien atentos. La enfermera mientras avanzaban hacia afuera de la sala pregunta si habían hablado con el doctor, mientras se aleja indica con su mano el lugar al que deben dirigirse.

De las tres señoras que quedaron, dos continúan conversando intensamente, en sus expresiones y movimientos, la música está un poco fuerte y junto con la TV no permiten comprender completamente lo que se dicen. La otra señora que estaba junto a ellas se aleja de la mesa y se acerca más a un lugar donde le llega el sol en las piernas.

Entra otra enfermera e interactúa con las dos señoras que conversan juntas, luego se para y desde la sala del costado, que al parecer es donde se encuentran los dormitorios trae a otra señora en silla de ruedas a la mesa, la cual bien abrigada, con un poncho y gorro coloridos, se acomoda la ropa constantemente. La enfermera se aleja hacia la

enfermería, tres funcionarios, uno acaba de entrar comenta sobre los pacientes que están de alta, luego cada uno se dirige hacia lugares distintos mientras continúan hablándose.

Por la puerta viene entrando una señora con un coche y en su interior había tres muñecas y en su hombro llevaba un bolso de bebé. Al entrar una funcionaria la saluda y le pregunta “¿cómo están las guagüitas?”, a lo que ella responde que bien. Otro funcionario le pregunta “¿cómo está el bebé?”.

Luego se acercan dos funcionarios hacia donde estamos, la persona encargada que está cerca de nosotros les comenta sobre nuestro trabajo, se ríen y comentan sobre los problemas de los psicólogos.

Una de las señoras que está cercana que está cercana a la puerta empieza a gritar a la enfermera, le pide algo, luego se pone de pie e insulta mientras camina. Se dirige a sentarse a otro sector de la sala.

La señora en silla de ruedas continúa acomodando sus ropas una y otra vez. Luego entra otro funcionario y saluda amablemente, cada una luego de saludar, continúan cada una en sus propias actividades.

## Anexo Nº 6

### Medidas del programa “Hospital Amigo”

#### Las 10 medidas exigidas para la Certificación Hospital Amigo de nuestro establecimiento durante el 2012



El programa Hospital Amigo es una iniciativa que se enmarca dentro de la implementación de un modelo de apertura hospitalaria hacia la familia y la comunidad, donde los pacientes tienen la facultad de nombrar a un familiar como acompañante, a quien se le entrega información sobre el estado del paciente durante su hospitalización.

La finalidad de este programa es incorporar buenas prácticas de atención centrada en el usuario, la familia y la comunidad orientados al trato digno, acogedor y amable.

Para fomentar esta atención acogedora, **se establecen 10 medidas exigidas para la Certificación Hospital Amigo de nuestro establecimiento durante el 2012:**

1. 100% de los Servicios Clínicos con camas básicas cuentan con un mínimo de seis horas de visita
2. 100% de los servicios clínicos con camas pediátricas cuentan con autorización para acompañamiento diurno y nocturno de niños y niñas
3. El 100% de los servicios clínicos cuentan con horario determinado para la entrega de información a familiares de personas hospitalizadas.
4. 100% de los servicios clínicos con camas básicas de adultos cuentan con autorización para acompañamiento diurno y nocturno a adultos mayores.
5. 100% de servicios clínicos de camas básicas adulto cuentan con autorización y protocolo de alimentación asistida
6. 100% de los servicios clínicos con camas de adultos y pediátricas cuenta con un sistema visible de identificación de las personas hospitalizadas
7. Incremento a un 70% de los partos que cuentan con acompañamiento de persona significativa durante el parto, parto y postparto.
8. Las Unidades de Emergencia de los establecimientos de mayor complejidad cuentan con sistema de información a la familia según orientaciones técnicas.
9. El 100% de los servicios clínicos con camas de adulto cuentan con sistema de incorporación de la familia al egreso hospitalario del adulto mayor
10. 100% de los funcionarios cuentan con identificación

**Anexo N°7**

Evaluación programa "Hospital Amigo"

# Orientaciones Técnicas y Metodológicas Compromisos de Gestión

## 2013

---

La finalidad de este documento es dar a conocer los principales aspectos técnicos y las directrices a través de los cuáles será evaluado el Compromiso de Gestión

---

## **Hospital Amigo (Procesos)**



### **Tabla de Contenido**

Introducción .....	3
ORIENTACIÓN TÉCNICA.....	3
1. OBJETIVO GENERAL .....	3
2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS.....	3
3. CONSIDERACIONES TÉCNICAS .....	3
4. METAS NACIONALES Y POR CORTE .....	5
5. MEDIOS DE VERIFICACIÓN.....	5

## Introducción

El “Hospital Amigo” forma parte de las líneas programáticas ministeriales en el contexto global de Satisfacción Usuaría.

Establece 10 medidas orientadas hacia una atención de salud más amable, acogedora, participativa e integral. En la actualidad, un importante número de esas medidas, se encuentran relacionadas directamente con la **ley de derechos y deberes que tienen las personas en relación con acciones vinculadas a su atención de salud**, específicamente en los temas relacionados con la Información al usuario, acompañamiento e identificación de los pacientes y de los integrantes de los equipos de salud. Por otra parte, se relaciona con el proceso de acreditación en Calidad y se constituye además en un indicador del BSC para los establecimientos autogestionados en red, EAR.

Desde el año 2011, se busca fortalecer y consolidar e instalar efectivamente esta línea programática en los establecimientos de alta complejidad del país, y a partir del 2012, se ha incorporado a esta estrategia también a los establecimientos de mediana y baja complejidad a nivel nacional.

## **ORIENTACIÓN TÉCNICA**

### **1. OBJETIVO GENERAL**

**Entregar una atención acogedora, amable y participativa a las personas que concurren a los establecimientos de la red pública de salud.**

### **2. OBJETIVOS ESPECÍFICOS**

**Otorgar una atención acogedora, amable y participativa a las personas, a través de la implementación de las medidas requeridas para certificar como Hospital Amigo \***

### **3. CONSIDERACIONES TÉCNICAS**

Desde el año 2010, se estableció como Compromiso de gestión, el cumplimiento de 10 medidas, a cumplir en marzo, junio, septiembre y diciembre. Con su cumplimiento total, al cuarto corte, los hospitales de alta complejidad del país, podrían ser, certificado por su respectiva Dirección de Servicio de Salud como "Hospital Amigo". El año 2013, se espera que los Servicios comprometan además de que sus hospitales de alta complejidad mantengan la estrategia, comprometan para certificar a los establecimientos de mediana y baja complejidad.

Las medidas requeridas, son:



Documento elaborado por el Depto. Técnico  
XXXXXXX

en conjunto con el Depto. de Gestión de la Información

- 100% de los Servicios Clínicos con camas básicas cuentan con un mínimo de seis horas de visita

- 100% de los servicios clínicos con camas pediátricas cuentan con autorización para acompañamiento diurno y nocturno de niños y niñas
  - El 100% de los servicios clínicos cuentan con horario determinado para la entrega de información a familiares de personas hospitalizadas.
  - 100% de los servicios clínicos con camas básicas de adultos cuentan con autorización para acompañamiento diurno y nocturno a adultos mayores.
  - 100% de servicios clínicos de camas básicas adulto cuentan con autorización y protocolo de alimentación asistida
  - 100% de los servicios clínicos con camas de adultos y pediátricas cuenta con un sistema visible de identificación de las personas hospitalizadas
  - Incremento a un 70% de los partos que cuentan con acompañamiento de persona significativa durante el parto, parto y postparto.
  - Las Unidades de Emergencia de los establecimientos de mayor complejidad cuentan con sistema de información a la familia según orientaciones técnicas específicas. \* \*
  - El 100% de los servicios clínicos con camas de adulto cuentan con sistema de incorporación de la familia al egreso hospitalario del adulto mayor
  - 100% de los funcionarios cuentan con identificación.
- \* \* *Este Sistema de información a la familia en las Unidades de Emergencia, deberá ser de acuerdo a orientaciones técnicas específicas, con un profesional a cargo, en aquéllos Servicios de Salud, ( 11 Servicios de Salud), a los cuales se les asignó cargo para este efecto, mediante Ordinario C31 N° 2206 julio 2008. En los demás Servicios de Salud, que no se encuentran incluidos en esta asignación de cargos, se deberá aplicar los demás contenidos de las Orientaciones mencionadas.*

En este escenario, para aquéllos establecimientos que no han certificado durante al año 2012, como también, para aquéllos que sí lo hicieron, y deben mantener esta condición, este compromiso establece metas nacionales año 2013, que conduzcan a los establecimientos de alta, mediana y baja complejidad, a certificar como “Hospital Amigo”.

Los establecimientos sin certificación años anteriores, que corresponde a los de mediana y baja complejidad, (puesto que sólo por excepción, existen algunos de alta complejidad que aún no han certificado) elaborarán un Plan de trabajo y cronograma para avanzar en el cumplimiento de las medidas, este Plan debe contener:

- Objetivos
- Metas
- Metodología
- Responsables
- Recursos
- Cronograma de actividades



Documento elaborado por el Depto. Técnico  
XXXXXXX

- en conjunto con el Depto. de Gestión de la Información

A su vez, los **Informes de mantención** de medidas H. Amigo como también los Informes de Ejecución del Plan para certificar, deben reflejar la verificación por parte de la Dirección del Servicio de la implementación e instalación de las metas de H. Amigo en los establecimientos, ó del estado de avance de la Ejecución del Plan para certificar, por lo cual es necesario que esta constatación, sea producto de visitas a terreno por parte de la Referente del Servicio de Salud, auditorías locales, verificación in situ, entre otras.

Este Informe de mantención detallado de medidas es fundamental, puesto que da cuenta del efectivo cumplimiento de la línea programática.

#### **4. METAS NACIONALES Y POR CORTE 2013**

Meta nacional:

I corte: I corte: 100% de los **Establecimientos sin certificación**, ha realizado Plan de trabajo con Cronograma, de acuerdo a Orientaciones Técnicas.

**Establecimientos con certificación:** presenta Informe de mantención de medidas H. Amigo, según Orientaciones Técnicas.

II corte: 100% de los **Establecimientos sin certificación** ha dado cumplimiento al 50% de su Plan para dar cumplimiento a las metas H. Amigo, y el 100% de los **Establecimientos con certificación**, presenta Informe de mantención de medidas H. Amigo, según Orientaciones Técnicas.

III corte: 100% de los **Establecimientos sin certificación** ha dado cumplimiento al 75% de su Plan para dar cumplimiento a las metas H. Amigo, y el 100% de los **Establecimientos con certificación**, presenta Informe de mantención de medidas H. Amigo, según Orientaciones Técnicas.

IV corte: 100% de los **Establecimientos sin certificación** ha dado cumplimiento al 100% de su Plan para dar cumplimiento a las metas H. Amigo, y el 100% de los **Establecimientos con certificación**, presenta Informe de mantención de medidas H. Amigo, según Orientaciones Técnicas.

## 5. MEDIOS DE VERIFICACIÓN

### *I Corte*

- Descripción: Plan de Trabajo con cronograma, según Orientaciones Técnicas (hospitales sin certificación). Informe de mantención de medidas para certificar (Hospitales con certificación)
- Formato: Enviar Plan y/o **Informe de mantención de medidas**, más certificado de cumplimiento del Director del Servicio de Salud.



Documento elaborado por el Depto. Técnico  
XXXXXXX

en conjunto con el Depto. de Gestión de la Información

- Método de envío: correo electrónico a la casilla [compromisosdegestion@minsal.cl](mailto:compromisosdegestion@minsal.cl)
- Periodicidad: trimestral

### *II Corte*

- Descripción: Informe de Avance de Ejecución del Plan (hospitales sin certificación). Informe de mantención de medidas (Hospitales con certificación)
  - Formato: Enviar Informe de Avance Plan y/o Informe de mantención de medidas, más certificado de cumplimiento del Director del Servicio de Salud.
  - Método de envío: correo electrónico a la casilla [compromisosdegestion@minsal.cl](mailto:compromisosdegestion@minsal.cl)
- Periodicidad: trimestral

### *III corte*

- Descripción: Informe de Avance de Ejecución del Plan (hospitales sin certificación). Informe de mantención de medidas (Hospitales con certificación)
- Formato: Enviar Informe de Avance Plan y/o Informe de mantención de medidas, más certificado de cumplimiento del Director del Servicio de Salud.
- Método de envío: correo electrónico a la casilla compromisosdegestion@minsal.cl
- Periodicidad: trimestral

#### ***IV corte***

- Descripción: Informe de Avance de Ejecución del Plan (hospitales sin certificación). Informe de mantención de medidas (Hospitales con certificación)
- Formato: Enviar Informe de Avance Plan y/o Informe de mantención de medidas, más certificado de cumplimiento del Director del Servicio de Salud.
- Método de envío: correo electrónico a la casilla compromisosdegestion@minsal.cl
- Periodicidad: Trimestral

## **Anexo N° 8**

### Consentimiento Informado

#### **Consentimiento Informado para Participantes de Investigación**

El propósito de esta ficha de consentimiento es proveer a los participantes en esta investigación una clara explicación acerca de su rol en ella como participantes. Además de informarlo acerca de la naturaleza de la investigación.

La presente investigación es conducida por estudiantes de quinto año de la Escuela de Psicología pertenecientes a la Universidad de Valparaíso. La meta de este estudio es obtener una aproximación a la experiencia usuaria del programa “Hospital amigo”.

Si usted accede a participar en este estudio, se le pedirá responder preguntas en una entrevista. Esto tomará aproximadamente 40 minutos de su tiempo. Lo que conversemos durante estas sesiones se grabará, de modo que el investigador pueda transcribir después las ideas que usted haya expresado.

La participación en este estudio es voluntaria. La información que se recoja será confidencial y no se usará para ningún otro propósito fuera de los de esta investigación. Una vez transcritas las entrevistas, las grabaciones se eliminarán.

Si tiene alguna duda sobre este proyecto, puede hacer preguntas en cualquier momento durante su participación en el. Igualmente, puede retirarse del proyecto en cualquier momento sin que eso lo perjudique en ninguna forma. Si alguna de las preguntas durante la entrevista le parecen incómodas, tiene usted el derecho de hacérselo saber al investigador o de no responderlas.

Desde ya le agradecemos su participación.

Acepto participar voluntariamente en esta investigación, conducida por Claudia Calderón Flandéz.

Reconozco que la información que yo provea en el curso de esta investigación es estrictamente confidencial y no será usada para ningún otro propósito fuera de los de este estudio sin mi consentimiento. He sido informado de que puedo hacer preguntas sobre el proyecto en cualquier momento y que puedo retirarme del mismo cuando así lo decida, sin que esto acarree perjuicio alguno para mi persona. De tener preguntas sobre



**E: Queremos saber de la experiencia que ha tenido usted acá en el Hospital, desde hace cuanto que usted está viniendo**

P: De la otra semana

**E: De la semana anterior**

P: Le dan permiso si a ella, porque no han hecho cambio, entonces ahora se viene así que mañana la venimos a buscar la llevamos a Valparaíso en la tarde y el sábado el domingo antes de las seis, pero si estoy muy contento cuando viene a ver mi hija que está muy lindo muy hermoso, haciendo sus ejercicios eso me da alegría porque realmente me gusta el ambiente cuando hay buen corazón buenas caras, así como le digo yo tantas cosas que hay en este mundo y lo mas que le pido es que los niños sepan vivir no más, estoy muy contento, muy ordenadito, muy agradable en ese sentido estoy muy contento.

**E: Ha sentido usted una recepción grata de parte de**

P: Muy contento, como le digo de todas las personas todo el personal muy simpáticas, muy agradables, muy servicial a todos y es que a veces salimos enfermitos medios porfiaditos, entonces las niñas yo les doy las gracias para que así tengan más ahí con los enfermitos son medios odiositos...

**E: Y en qué caso usted se ha dado cuenta de cómo son los funcionarios con...**

P: Muy simpáticos, muy agradables, muy servicial

**E: ¿En qué momento?**

P: En todo momento, yo lo que me he fijado, todo momento son serviciales, agradables, con buenos modos, tratan bien a las personas, entonces todo lindo

**E: Usted nos podría dar un ejemplo de esa situación agradable que se da entre los funcionarios y ustedes**

P: Sí, mi familia está muy contenta, muy agradecidos del Hospital

**E: Y usted asiste acá con su familia, usted viene acá con la familia**

P: Si, si, a veces viene mi hija y mi hijo también que tiene más tiempo, tengo harta familia y todos nos preocupamos y todo sale muy agradable, muy contento aquí del Hospital

**E: La familia también le ha reflejado lo mismo, su familia también le ha dicho que esta...**

P: Sí, también contentos, estamos muy felices, mi hijo está agradecido y como digo, precioso, precioso.

**E: Entonces de qué forma cree usted que puede aportar en el tratamiento de su señora, el que este en un lugar como dice usted más bonito...**

P: Yo he encontrado aquí lo mejor, lo mejor, es bonito, limpiecito, las niñas como le digo bien cariñosas bien amables y eso también por ser cariñosas, por ejemplo la niña que está ahí trabaja la mamá con la hija, entonces la mandan acá a mirarla también... son muy agradables, cariñosos, es que a mí nunca me ha gustado ser más que otro o ser peñador, aparte de todo soy bien ordenado si es que me falta una cosita compro, pero no me meto en lo de los demás, porque no me gusta. Así que ahí estamos batallando en este mundo.

**E: Y cuando por ejemplo usted viene acá o viene su familia como es cuando se encuentran, porque aquí viene harta familia a ver a las personas que están hospitalizadas, como es cuando llega usted por ejemplo y se encuentra con otras señoras...**

P: Como te digo muy agradable, estoy muy contento yo y ellos también muy contentos aquí, bueno a mí en todos los hospitales me han atendido bien, pero aquí es una cosa especial

**E: Que es lo que a usted le parece especial**

P: Lo especial es la atención, es todo ordenadito, más bonito. Y la señorita que está a cargo del hospital es muy buena ella... yo echo de menos a mi mujer porque mi mujer es muy buena cocinera, siempre hace buena comida, mis nietas, mis hijas están en la casa pero nunca igual como ella.

**E: Echa de menos algunas cositas...**

P: Sipo la echo de menos...

**E: Y cuando usted viene para acá y puede estar con ella y compartir en los espacios...**

P: Claro, vengo para acá, me paseo miro todo acá lindo, ella está contenta también, a veces me pongo a llorar en las noches, pero le pido a dios que me de paciencia, así como ella me ha cuidado a mí, una vez yo me caí y tenía machucones y ella me daba los remedios, estoy contento con ella, mi hija siempre me dice que no ande haciendo maldades, yo le digo soy tu padre nunca he llegado curado a la casa, te he dado un buen ejemplo, me preocupado de todo, porque le he dado todo lo que he podido, así que en ese sentido estoy contento, orgulloso de mí, porque verdaderamente porque me ha dado una alegría bien grande y gracias a Dios que este en este lugar para todas las personas que lleguen en este lugar

**E: Y usted como siente que puede aportar en la rehabilitación de su señora, en el tratamiento que ahora ella va a seguir, además de venir a verla**

P: Si, ¿en el sentido de que puedo aportar?

**E: Por ejemplo en los ejercicios que ella tiene que hacer, ¿a usted le enseñan acá?**

P: si, y en la casa también le hacemos, tenemos varias cositas para ayudarla, unas niñas que van a verla allá, muy bien la han recomendado aquí, muy bien recomendada. Yo siempre les traigo turrónes allá, me dice vas a enfermar a las niñas con tanto turrón.(existe cierta retribución por parte de los cuidadores-familiares hacia el personal del hospital, q no es monetaria, no es sólo el pagar por el servicio)

**E: Y eso de lo han enseñado acá por ejemplo todo lo que tiene que hacer o donde se lo dijeron lo que tenía que hacer**

P: aquí, aquí haciendo masajes, una doctora me dijo hágalo así, porque si yo puedo hacer algo lo hago al tiro. La otra vez abrí la puerta y me dijeron quédese ahí sentado no más y yo le dije pero si yo puedo abrir la puerta, voy abrirla si no cuesta nada.

**E: ¿Qué le dijo el caballero?**

P: Me dijo siéntese no más usted, no se preocupe, y yo le dije pero si yo puedo ayudar lo voy hacer...

**E: Y usted aquí ha encontrado el espacio para que le permitan hacer esas cosas**

P: Sí, aquí las niñas muy agradecidas las niñas, les digo yo estoy pal servicio

**E: Y ellas entonces también agradecen la cooperación**

P: Claro

**E: Y usted ve que otro de los familiares por ejemplo que vienen también ayudan**

P: Sí, si si, claro, pero no es que lo diga yo, pero ellos no tienen esa gracia que uno tiene, uno tiene una gracia por decir, dejar un buen ejemplo a los niños, a la juventud, dar lo mejor que se pueda, yo le digo en mi casa tengo uno nieto, tiene 22 años, está en la Universidad yo le digo yo te doy todo lo que tú quieras, pero es un buen niño yo no tengo nada que decir.

**E: Entonces usted ve que las otras personas también intentan ayudar acá en el hospital**

P: Sí, algunas personas sí, pero no como yo lo hago, si yo tengo que ponerle una sillita alguien acá yo lo hago, quiero ser agradable, servir, si yo puedo dar un pancito yo lo doy de corazón, porque Dio esta mirándome, lo hago de buen corazón.

**E: Y usted que la visita de Valparaíso en este viaje tan largo, usted como lo hace por ejemplo con la alimentación suya, puede traer su almuerzo**

P: Gracias a Dios no me ha faltado, soy ordenado, yo me voy de acá a almorzar, es que dos veces almorcé acá y no me gusto, yo salgo a comer.

**E: Y traer de la casa, no le gusta la idea**

P: ah?

**E: Traer comida de la casa...**

P: No, no, cuando yo trabajaba y ella estaba allá, o esperaba que ella me sirviera, estoy acostumbrado a comer tarde...

**E: Pero acá por ejemplo usted puede comer, tiene algunos espacios como para tomar tecito o no**

P: Si, si hay todo aquí llego y si quiero tomar tecito, le pido a la señorita que está ahí, todo bonito, todo bonito.

**E: Entonces usted está conforme con...**

P: Si, muy conforme, muy conforme, muy contento también, porque le digo yo que me voy a enfermar yo para que me traigan para acá.

**E: Y usted por ejemplo espiritualmente con su religión, usted nos decía que es muy creyente, como vive el proceso de la enfermedad de su esposa acá**

P: Pienso que la cuiden y que la mejoren luego, eso pido, (Se relaciona un poco quizás con lo que decía la calderón de la esperanza) como les digo la quiero harto también, lo que dice ella lo apruebo yo, lo que digo yo lo aprueba ella, un día vino mi hijo para acá y fuimos a una oficina y me dijo papá para mí que tú no quieres a mi mamá y a me dolió harto, me dieron puras ganas de retarlo, pero para que, yo le digo si llegará borracho, llegará tarde, todo lo que tengo se lo soy a ustedes, pero con una condición que sean buenos hombres y buenas mujeres y que el hombre sepa valorar en lo que vale la mujer, es más bonito así. Eso es lo que les dejo a la juventud, a mis hijos, hubiera tenido 17, pero me quedaron nueve.

**E:Y usted siente acá que finalmente se siente integrado acá en el hospital**

P: Voy a enfermarme para que me traigan para acá (risas)

**E: ¿Qué cree usted que le hace sentirse tan cómodo?**

P: Siento que, por una parte las personas que me atienden, muy buena voluntad, muy cariñosa, muy amable, entonces eso me hace feliz y muy bien, porque yo soy así amable, cariñoso hay gente que piensa mal, yo me he topado con señoritas casadas que me conocen de niño yo nunca he actuado mal, entonces ellas me abrazan yo también las abrazo, pero no con maldad, mi hija un día me reto, me dijo papa no andes haciendo esas cosas.

**E: Muchas gracias por su colaboración.**

**Informante N°2**

**E: ¿cómo ha sido su experiencia en el espacio que le ha brindado el hospital?**

L: Para mi realmente ha sido bueno en el sentido de que el horario que permiten las visitas es bastante extenso de 12 a 7 de la tarde es un horario que por ejemplo hay personas que trabajan entonces pueden acomodarse entre las familias o entre las personas que visitan al enfermo para poder organizarse y venir en distinto horario, a veces en algunos hospitales el horario es más breve, en horario creo que es bastante bueno.

**E: Y más allá del horario el espacio más físico, donde puede movilizarse, donde puede usted, estar con la persona a la que viene a visitar...**

L: también es nosuper adecuado, porque ... Bueno no saca tampoco a la persona de su ambiente porque puede estar tanto en la habitación, en el comedor, en el patio entonces es más bien adecuarlo al paciente, lo adecuan a la necesidad del paciente, entonces es super completo, es bueno para el paciente, porque puede elegir dependiendo de su condición física.

Y la atención también es muy buena, no solo por lo que yo he podido apreciar si no por lo que me cuenta, la persona que yo visito que es una amiga una visita, ella me cuenta que la atención.. por ejemplo si hacemos la comparación con la atención de otros hospitales, también es mucha la diferencia porque acá es como más, más humano, se trata más a la persona en si, no como paciente, entonces eso hace la diferencia. Es lo que yo he podido apreciar también.

**E: En cuanto al mismo lugar, ¿cómo se ha sentido usted en este espacio?, más allá de lo que le reporta la persona a la que viene a ver.**

L: por lo que dije en delante, para mi todo eso influye para que yo me siente cómoda y pueda visitar.

**E: Usted me decía que esta como reflexión que tiene usted como de los pacientes, la atención es lo que más destaca, ¿cómo usted puede llegar y acercarse a los funcionarios, preguntar, cómo lo hace, cómo se da esa relación?**

L: de las pocas oportunidades que he tenido, porque yo en realidad por los horarios, a veces vengo muy poco, pero las veces que he tenido que ocnversar con alguien, ha sido grato, no nunca he tenido una situación, ni alguna diferencia o algo negativo.

**E: Y a la vez, ¿cómo lo receptionan ellos? Cuando se presentan esas dudas.**

L: aclaran cualquier duda, bueno como no ha sido algo constante, que tenga que recurrir mucho, pero yo creo que en dos oportunidades me han dejado satisfecha con la respuesta, no tengo nada que decir.

**E: y en cuanto a la persona que usted viene a visitar, ¿cómo ha sentido que ha aportado en el proceso que ella ha llevado acá.**

L: lo poco que puedo aportar en cuanto al visitarla, eh... como yo soy la persona más cercana, o sea ella tiene familia pero están lejos, entonces prácticamente no tienen contacto, entonces yo y mis vecinos, una vecina también que la visita, entonces para ella ha sido, por lo que ella también me ha comentado y por lo que yo he visto a ella la mantiene más animada. Porque ellos pasan por procesos, porque ella en una semana que yo vine a verla como dos días y ella al parecer porque veía, pensaba que no iba a evolucionar, en su enfermedad en mejoría hubo unos días en que estuvo muy depresiva. Pero yo creo que al ver la evolución que ella ha tenido, en el tratamiento y también donde se rodea de personas que la ayudan y se siente apoyada eso también hizo la diferencia para que ella cambiara esa situación de que se sentía así como ya que no quería nada, entonces creo que ese es el aporte que puedo hacer, que es poquito a lo mejor, pero ayuda, que esté rodeada de personas que puedan apoyarla.

**E: Y por otro lado, ¿de qué manera en este espacio, la han incluido para que usted pueda aportar en la rehabilitación?**

L: acá con el centro como algo en conjunto realmente no es algo que se ha dado porque es como que uno viene a las visitas, y la visita como decía se puede realizar en el entorno de la habitación eso hace la unidad entre el centro y las personas que visitan yo creo que ese es el nexo, pero más allá de que alguien me haya dicho de alguna forma que yo pueda aportar, no se ha dado esa posibilidad, no se si se hace, como yo vengo menos tiempo. Igual yo vengo los fines de semana también y los doctores a veces no están.

**E: Con este nuevo programa que le contábamos se abren las puertas a que pueda asistir usted, a que puedan asistir mucha otras personas, hay más personas dando vuelta en este lugar, ¿qué le parece esa oportunidad o esa situación que se da en el hospital con más personas dentro?:**

L: Buena, he tenido la oportunidad de compartir además con otras personas, eso también es bueno, porque uno se conoce con las familias también de los otros pacientes, por ejemplo el mismo caso de que compartí con una paciente que llegó acá que yo compartí con ella en el hospital de viña, del hospital Gustavo Frické, donde estuvo hospitalizada la señora que yo vengo a visitar, entonces claro nos vimos y ya está esa comunicación, entonces ahora claro nos vimos, nos saludamos y conversamos con la familia, con otra señora también que está ahora acá, entonces igual es agradable

**E: ¿Y la convivencia en general cómo es?**

L: Por lo que he visto es buena lo que se da con las familias, con los pacientes, las personas que trabajan acá en general es buena, entre todos , las personas que visitan a otros yo he visto buena relación.

**E: ¿Cómo es que ellos conviven, se relacionan?**

L: Por lo que yo veo y he sabido por la sra que visito también en el horario que uno no está visitando ellos comparten como en el almuerzo por ejemplo conversan, en la once o en la misma sala, se conocen sus vidas y ahí van compartiendo, a veces tienen gustos similares y hablan de temas que les agradan entre ellos

**E: Y en un ámbito más existencial de preguntar ¿cómo ha sido la situación de enfermedad que está viviendo ella y como ha sido vivirla aquí en el hospital, como le permiten tener la esperanza o si ella cree en algo, como ha sido la fe que ella tiene en la recuperación, como se ha presentado la oportunidad de darle esperanza o permitirle creer en algo, o ciertos rituales, como se ha dado esa situación?**

L: En cuento a rituales, no ,no es como que se genere un ritual, pero tanto la forma como puedo yo a ella animarla a continuar o como ella misma puede tener un motivo para continuar, más allá de la recuperación que pueda ir teniendo o evolución que pueda ir teniendo, ella es una persona creyente y yo soy una persona creyente, entonces creo que es fundamental la fe en cuanto a creer en Dios , creo que eso para ella también ha sido una ayuda fundamental y es la parte que yo también la puedo instar a que a veces hay situaciones difíciles pero todo sirve para algo, no solamente a veces para uno mismo, sino que también para todo el entorno.

**E: ¿Cómo permite el hospital estas formas de creencias, estas formas de ver la enfermedad, dejan algún espacio?**

L: Yo creo que eso se da de forma natural con las visitas, entonces no es necesario tener un lugar específico para o un lugar especial para poder hablar de eso, de algo o de la fe , eso se puede dar en cualquier lugar en realidad

**E: ¿Pero aquí como que igual se da la libertad para puedan tener esos momentos?**

L: Claro, o sea se da naturalmente por los espacios que tiene la visita, la verdad es que no se si hay algún lugar no sé, la verdad no me he informado mucho, igual el tiempo que ella lleva acá no es tan extenso tampoco, entonces tampoco se mayormente, si es que hay algún lugar físico , para algo especial

**E: Volviendo un poco con lo que dice al principio de que este lugar es un lugar cómodo, ¿cómo ha podido utilizar el espacio, porque en este programa, se busca también que haya por ejemplo un sillón, que se llama espacio amigo, y ahí hay un hervidor para tomar té, usted se ha acercado a estos espacios, los ha utilizado?**

L: No, no la verdad es que no, no los conozco la verdad, porque el lugar que yo, cuando visito, es el dormitorio, el comedor, pero no conozco el que dice de que tiene hervidor o

sillón, para que las personas puedan como, como un autoservicio, no sé realmente no lo conozco

**E: ¿Usted ha visto a los otros familiares que vienen a visitar, tranquilamente en el lugar, no es que están como presionados a estar solamente en un espacio quizás al lado de las camas?**

L: Las veces que yo he estado, no, no. No es algo que les digan “Tiene que estar en este lugar”. Al menos. No he visto eso. Lo que pasa es que ellos tienen horarios; horarios en que tienen que estar en el comedor, horarios...Tengo entendido que también tienen que cumplir con cierto orden, con ciertos horarios, entonces por ejemplo en los horarios que yo he venido, los he encontrado ya sea en el dormitorio, en el comedor. También nos hemos reunido en el patio por ejemplo, que es un lugar como bien agradable. Pero yo cuando he venido no hay como un lugar específico en donde estar, tipo cafetería ponte tu, tiene más que ver con los horarios de la vida de ellos, y ahí está uno.

**E: Cuando usted dice que el Hospital se acomoda a los pacientes, ¿Con que tiene que ver esto?**

L: Es bueno por la rehabilitación, porque hay horarios de rehabilitación, después tienen su horario de almuerzo. Por ejemplo yo he llegado en el horario de almuerzo y la visito en el momento, conversamos un rato, por un periodo breve. Y bueno, en la tarde es como más apropiado, porque si están más relajados después de almuerzo es más cómodo; pueden salir al patio...

**E: Usted ve a personas conversando en el patio?**

L: Sí, salen con sus familiares y visitas. Y eso es bueno porque así la persona no está entre cuatro paredes, y más que nada el entorno aquí es tranquilo, es agradable por la vegetación. Entonces eso para ellos es súper bueno.

**E: Quizás no es como un Hospital tan tradicional...**

L: Sí, claro. Igual la atención, en comparación a la experiencia que ella tuvo en el otro Hospital y que yo vi, es super buena. Porque allá nada de tratar con más humanidad o con delicadeza a la persona que tiene...Por ejemplo yo allá vi que cuando ella llegó recién, le tomaban...por ejemplo para darla vuelta en la camilla la movían sin importar que tuviera una lesión, yo tenía que decirles “Oiga, disculpe, ella tiene una lesión, por favor tenga más cuidado, no es tan simple, es una quebradura”. Entonces aquí es distinto, aquí se preocupan de darle un buen trato a la persona, de no lastimarlo. Porque yo sé que la persona siente dolor, eso es importante creo. Además algo importante es lo económico, por ejemplo la persona que yo visito es sola, y vive con la pura pensión, por eso ella no tendría los medios como para costear lo que es la rehabilitación. Por ejemplo el servicio kinesiológico, es mismo servicio de enfermería que le dan acá, que alguien la pueda atender las 24 horas de día. Porque las personas que vivimos cerca de ella podemos asistirle, pero no siempre; por el trabajo, por la familia...surgen cosas que nos permiten estar tanto tiempo con ella. Entonces acá es bien completo, de harto cuidado, y además

ella no tiene que desembolsar el dinero que no tiene para una rehabilitación como esta, no tendría como tener un servicio como el que tiene acá, entonces eso es una ayuda tremenda para ella. Porque uno puede ayudar, pero quizás uno no dispone de los medios para hacer todo este servicio.

**E: Hay al parecer bastante preocupación desde el Hospital de que este servicio sea completo...**

L: Si, es algo completo, es integral, yo creo que eso es lo más importante de este centro, esta la parte humana, porque se preocupan del buen trato con las personas, y eso es algo que uno no ve en todos lados. Al adulto mayor a veces no cuida tanto, uno se olvida que uno también va a ser un adulto mayor en el futuro, y las personas no lo ven de esa forma. Entonces, creo que acá si es completo

**E: Con respecto al compartir con los otros familiares de los pacientes, ustedes conversan sobre los pacientes, sobre otros temas, como es este compartir?**

L: Si, conversamos, pero más que de los pacientes conversamos de otras cosas. Puedo hablar por mi, pero como vengo por tiempos no tan extensos. Cuando uno viene a visitar, comparte un ratito cuando se da el tiempo, pero no por muy largo rato. Más son conversaciones como de pasillo, o cuándo los otros pacientes no están con visita uno conversa con ellos un poquito.

**E: ¿Se hace más grato el ambiente, pudiendo generar estas conversaciones?**

L: Si, y yo creo que para los pacientes sobre todo, porque hablan de sus cosas y uno comparte experiencias también con el resto de las familias. Y También sirve porque pucha, siempre uno esta al medio, y siempre hay alguien que está peor y alguien que tiene mejor o mas sano a su familiar. Entonces por ejemplo para las personas que tienen un paciente que está en estado más critico, ve a al lado también hay alguien que lo está pasando mal, entonces se pueden ayudar y animar, y eso va fortaleciendo también a las personas.

**E: Con los familiares de los otros pacientes, ¿Hay algún tipo de comunicación fuera del Hospital? Por teléfono por ej**

.L: no, contacto por fuera la verdad no se ha dado, más que nada es algo de aquí, del centro.

### **Informante N° 3**

**E: Bueno, señora Hilda usted me cuenta que hace un mes más o menos que está viniendo al Hospital...**

H: Si, a mi marido lo hospitalizaron aquí el 23 de septiembre, ya va a enterar un mes, un mes 15 días.

**E: Usted desde un principio lo acompañó bastante tiempo aquí.**

H: No dejo nunca de venir a verlo, yo vengo todos los días, a pesar que yo había dejado todos mis tratamientos de lado por él, pero ahora los retome así que, justamente el miércoles ya no lo voy a venir a ver, no voy a poder venir a verlo porque me toca médico.

**E: Pero, ¿siempre ha estado presente usted?**

H: Siempre, donde ha estado las tres veces que él ha estado hospitalizado he estado yo ahí

**E: En este mes que usted lleva acá, ¿cómo ha sido la experiencia en este lugar?**

H: La experiencia para mí ha sido bonita, porque la atención es buena, a pesar que él no puede movilizarse para nada no puede tomar nada, prácticamente es una guagua hay que darle todo

**E: Usted tiene que estar ahí bien presente**

H: Claro, pero no es porque no lo atiendan aquí, sino que es porque para...como le quiero decir yo..., que a veces las enfermeras están ocupadas también, entonces hay pocas personas para cubrir todo aquí

**E: Usted ¿cómo que coopera un poco con los cuidados?**

H: En lo que puedo, le pongo los zapatos a veces y la comida lo esencial, porque le doy el almuerzo, la once y la comida y de ahí me voy.

**E: Usted hace esas tareas que la ayudan también a él**

H: Claro, le lavo los dientes también, lo más que pueda hacerle a él po'

**E: Usted siente que el personal agradece esta cooperación**

H: Yo creo que sí, porque yo lo hago por cooperar y por mi marido que no se puede hacer nada

**E: Claro, usted cuando llega acá y ve que hay momentos en que las enfermeras no están presentes, usted les pregunto a ellas si usted también podía ayudar o fue espontáneamente**

H: No, no le pregunto, porque yo veo lo que le puedo hacer a él y se lo hago.

**E: En general, hay buena comunicación con el personal**

H: Sí, gracias a Dios hasta aquí no he tenido ningún problema ninguno, porque yo soy como usted me ve no soy peleadora, no. Me adapto bien, no he tenido problemas con nadie aquí en el Hospital.

**E: Y los funcionarios se han acercado a usted como a enseñarle ciertas cosas que usted puede hacer aquí**

H: Si, a veces sí, por ser ayer no más una señorita muy amable vino, estoy bien agradecida, porque una le corto el pelo al viejito, yo creo que a ella no debe hacer eso , pero yo estoy bien agradecida, porque mi marido tenía el pelo ya muy largo.

**E: Entonces, comparten un poco**

H: Sí, mire el personal es bien bueno.

**E: Entonces, por ejemplo cuando usted tiene dudas con respecto a los cuidados, se las hace, se acerca a ellos a preguntarle, de repente los medicamentos.**

H: No, porque los medicamentos yo me he dado cuenta que se los dan todos los días bien, porque yo le compro los remedios y si se los dan bien y tiene otros remedios para la sangre, si pero se los dan bien.

**E: Y usted coopera también con eso**

H: Si, a veces ellas me los pasan a mí y yo se los doy con el agüita y todo.

**E: Entonces ellos también la incorporan a usted en el tratamiento**

H: Si, a veces ellos me pasan los remedios para que yo se los de.

**E: Usted pasa mucho tiempo acá en el hospital**

H: Yo todos los días

**E: ¿A qué hora más o menos usted llega?**

H: Yo llego aquí como a las 12:00 pm o a veces 11:30 am y de ahí me voy lo mas tardar 18:45 pm.

**E: Esta toda la tarde**

H: Sí, toda la tarde.

**E: Más o menos que funciones hace usted acá, que cosas**

H: Yo comparto con mi marido, sobándoles las manos, porque no tiene movilidad en las manos, ya que la enfermedad que él tiene le llama dolores, entonces que le duele una cosa que le duele otra.

**E: ¿Cuánto tiempo lleva acá?**

H: Mire el lleva un mes aquí, pero lleva cuatro meses enfermo, porque estuvo dos veces hospitalizados, estuvo hospitalizado en Quilpué en una clínica.

**E: ¿Producto de la misma enfermedad?**

H: De la misma enfermedad

**E: Pero él se ha recuperado, ¿como lo ha visto?**

H: Mire yo, la verdad que aquí es bueno, pero no encuentro nada, nada de cambio y el doctor hablo conmigo e hizo un reunión y me dio un mes más para tenerlo aquí y me dijo, ...ojalas este equivocado..., pero quizás mi marido no tiene remedio.

**E: Pero, aun no se sabe muy bien lo que pueda pasar**

H: No, no se sabe muy bien por eso yo prefiero tenerlo un mes más aquí.

**E: Él organizo una reunión especial para hablar**

H: Sí, claro están muy preocupados, por eso estoy contenta, porque se han preocupado de la enfermedad de mi marido.

**E: El médico converso con usted, le explico todas estas cosas también.**

H: Sí, en la misma reunión me explico y luego después de la reunión estuvimos conversando.

**E: Le entrego bien la información, la información necesaria**

H: Sí, bueno hay que esperar lo que sea, lo que Dios quiera, para que nos vamos a echar a morir todavía si se está viendo la posibilidad de estar un mes más.

**E: Usted está bien presente acá acompañándolo y apoyándolo.**

H: Si, si, según me dijeron le conseguirían una silla especial, ojalas sí, porque me estaban diciendo también que si se iba a la casa.

**Entrevistador: Y esto de la silla especial, ¿Cómo se hizo todo esto?**

H: Por intermedio de la señora Marcela ella es la que está haciendo las gestiones

**E: Cuando le hacen los ejercicios usted está presente**

H: No, no me, no quiso el Kinesiólogo que yo estuviera, porque yo soy muy delgada y como soy una persona de edad entonces quiso que mis nietas estuvieran con él, así que todos los días le llevo dos nietas para que estén con él. Ahora justamente están con el ahí, lo acompañan ellas.

**E: ¿Para hacer los ejercicios?**

H: Sí, para que no se les vaya para atrás o para el lado, pero no se va para el lado ni para atrás porque puede poner estable los pies.

**E: Lo que igual es un avance.**

H: Claro, ojalas pudiera mover aunque sea una mano, porque eso es lo que lo tiene más enfermo, más nervioso

**E: Y el hecho que estén presente sus dos nietas ¿qué le parece?**

H: Bien, si porque me ayudan bastante y en la casa igual, porque ellas adoran a mi marido bueno el es el abuelito, pero como se criaron en la casa, entonces ellas le dicen papá. Ellas están presentes todos los días y andan de carrerita, porque resulta que ellas tienen sus niños, por ejemplo una hoy día no mando sus niños al colegio, porque no tenía con quien dejarlos para recibirlos en la casa cuando viniera el furgón a dejarlos así que se vino con él para acá

**E: Ah, ¿Y puede venir ella con su hijo?**

H: Sí.

**E: ¿No hay restricción?**

H: No, lo que no tiene que hacer es entrar a las salas no más.

**E: La idea de que vinieran las nietas y que usted se quedara descansando en ese momento fue idea de usted o nace del personal.**

H: Del Kinesiólogo, dijo que las niñas mejor, es que ellas están bien involucradas con él, las chiquillas están encargadas de ayudarme en la casa también.

**E: ¿Y cuál cree usted que es la finalidad de que sus nietas participen?**

H: Que ellas están aprendiendo para los cuidados en la casa, esa es la idea.

**E: Señora Hilda, usted está hartas horas acá en el Hospital**

H: Sí, yo estoy toda la tarde acá, desde las 11:30 am que yo llego aquí hasta las 19:00 pm de la tarde

**E: Y respecto al espacio físico, a ese sillón que vemos ahí, usted se siente cómoda**

H: Sí, sí lo principal que si uno se quiere tomar una tasita de té se la toma tranquilamente uno puede traer su almuerzo también, aquí uno lo calienta no más, no hay problema nadie me dice nada.

**E: ¿Se siente cómoda?**

H: Es como si estuviera en la casa, porque nadie me dice nada, por el contrario le ofrecen a uno, por ejemplo las enfermeras me dicen “¡ay! Usted tan temprano que viene y no ha

almorzado”, a veces me vengo almorzada, pero a veces no me vengo con almuerzo y a veces traigo almuerzo y así relativo.

**E: Y usted acá se acomoda, trae sus cosas, su tecito, se siente con la libertad de moverse**

H: Claro, sí sin ningún problema.

**E: Se mueve libremente acá por todos lados.**

H: A uno como terapia le sirve, como este lugar es tan acogedor no se aburre uno aquí.

**E: ¿Qué cosas son las que más le entretienen acá?**

H: Mirar para afuera, mirar los enfermos, el lugar que es muy bonito y acogedor, eso me entretiene y me gusta y no me aburro.

**E: Viene con agrado entonces usted acá**

H: Sí, no me hago problemas.

**E: Y usted ha visto eso en otros familiares que vienen, que también ocupen los espacios se hagan su tecito y en general que no tengan problemas?**

H: Un poco, ocupan también de repente.

**E: a qué se refiere con un poco?**

H: Porque de repente más la gente viene en las noches (o tarde) ya no vienen con hambre.

**E: algunos vienen a almorzar aquí...**

H: Si po... soy yo la masfregá... (ríe)... como el no puede comer solo, entonces yo vengo y así las enfermeras se pueden ocupar de otro enfermito...

**E: Entonces usted siente que el lugar le acomoda, que puede ayudar...**

H: Bueno, si yo puedo ayudar ayudo... no hay problema, pero poco me dejan como me ven cojita...

**E: La cuidan también un poco... y eso mismo nace la idea de que las niñitas ayuden un poco...**

H: Si claro, si si, las chiquillas ayudan más que yo

**E: entonces la relación con los funcionarios también es buena?**

H: si, si. Estoy contenta

**E: a resultado una buena experiencia?**

H: Si, si, buen experiencia que he tenido yo aquí, y en todos los hospitales, estando mi marido enfermo yo paso todo el día en el hospital.

**E: se vuelve un ambiente cotidiano**

H: eso, además cuando mi marido estaba en la UCI, en la clínica, era mi hija la que lo iba a ver porque la entrada era de 12 a 1, era poco lo que se podía estar. Bueno, ahora se participa mucho.

**E: ahora lo acompaña en todo el proceso**

H: Sipo, porque él ha sido buen padre, buen marido y buen abuelo, y con esta enfermedad ahora...

**E: es una forma de retribuirle**

H: Si po, entonces uno no puede dejarlo de lado, tiene que tratar de ayudarlo lo más que pueda.

**E: Señora Hilda y la relación con las demás personas que vienen a visitar a los pacientes...**

H: Noo yo me llevo bien con mi familia...

**E: con su familia... y por ejemplo con las otras personas que vienen a visitar...**

H: Mire... si hay que conversar conversamos, si, no hay problemas. Uno conversa de todo, no tan solo de la enfermedad, sino cosas de todo, cosas que han pasado...

**E: tiene cosas para entretenerse ud...**

H: claro, y se desahoga uno, porque a veces uno llega en la tarde y me da pena a la casa, que está sola, están los perros no más, entonces da pena y aquí... hay más gente, así que...

**E: entonces le hace bien conversar con la demás gente...**

H: si...

**E: se logran ayudar también en ciertas cosas...**

H: Mire aquí nos ayudamos entre todas las personas.

**E: y como qué clase de ayuda?**

H: como por ejemplo: si el caballero de ahí no puede acercarse a la silla uno lo ayuda y lo va a dejar a su camita, uno ayuda en algo y así todos cooperamos... si se le cae una cuchara a un enfermito ahí uno va y la recoge y la lava...

**E: son buenas las relaciones entre las familias también**

H: sip, no tengo nada que decir, nos llevamos todos bien

**E: y siempre son las mismas personas? Las familias que vienen**

H: si, porque somos pocos nosotros, somos pocas las familias, sobre todo mi marido, mi marido no tiene hermanos, es solito, eran tres hermanos y fallecieron dos.

**E: viene usted, vienen sus nietas, viene alguien más?**

H: mis cuatro hijos vienen, se turnan porque hay uno que está en Copiapo, la otra trabaja en Santiago y dos que están acá... entonces ellos teniendo su día libre vienen a verlo al tiro a él

**E: y ellos también se relacionan quizá con otros hijos que vengan a ver a sus papás u otros familiares de otros pacientes?**

H: no, porque como ellos vienen por un ratito

**E: usted es la que está más aquí**

H: yo soy la que está más aquí, la más pegajosa... a veces viene una señora también que bien harto, a veces me habla ella, a veces le hablo yo...

**E: Se conocen entonces...**

H: si.... Ahí viene mi marido.

**E: hola**

H: nos están haciendo una entrevista

**E: y ellos son su familia, así aprovechan de pasear un poco**

H: Claro , si, si

**E: el sale ya de acá o...**

H: no, el no sale nunca, iba a salir pero sufrió de una infección urinaria entonces no puede salir

**E: y por ejemplo con esta señora que usted nos contaba, que también viene harto por acá como comparte usted con ella?**

H: bien, si ahora no más estábamos conversando y le dijo una señorita que llevara al marido ahí a la terapia, así que me dejó unas revistas pa que viera.

**E: estaba cómoda ahí...**

H: es que uno se relaja, hasta yo duermo ahí

**E: no ha tenido ningún problema**

H: No, si en lo que llevo no he tenido ningún problema.

**E: ha sido bien grata la estadía acá**

H: si, si, no hay na que decir, na que decir.

**E: usted me ha dicho que la estadía ha sido buena, me gustaría que me dijera que cosas de la estadía han hecho que sea bueno.**

H: Bueno, yo estoy agradecida porque a él lo han atendido bien, no tengo problema, porque como el no se puede valer solo...

**E: y como para usted, como cuidadora digamos**

H: también po, si, si, bien agradable, las enfermeras bien, si uno les pregunta algo... no como otras que si uno les pregunta la dejan hablando sola, andando detrás de ellas.

**E: y acá cómo es?**

H: acá es bueno, si uno pregunta algo, le dicen a uno, si justo hoy día fui a preguntar por unos remedios y la señorita me dijo que tenía que esperar porque el doctor me tenía que dar la receta, así que cuando estuviera lista me la iba a pasar y ahí le dije que ojalá fuera antes que yo me fuera para alcanzársela a ir a comprar, así voy a la cruz verde de ahí y vuelvo al tiro, así no le faltan los remedios.

**E: los remedios de él los tienen que comprar ustedes?**

H: no, algunos no más, no todos porque hay remedios que le dan aquí. Son dos que le compro no más

**E: para qué son? (no sé si eso le pregunta por qué no se escucha bien)**

H: Pa los dolores y unas gotas. Las gotas me las venden... no son caras pero las venden por receta retenida, tengo que esperar que el doctor me la firme.

**E: Bien, creo que eso sería ya... gracias por darnos este espacio...**

H: si, no, si yo las entiendo (y se corta ahí).

#### **Informante N° 4**

**E: Bueno como le estábamos contando, nosotros vamos a hacer una investigación acerca del hospital amigo el cual consiste en que los hospitales abren sus puertas a la comunidad.**

**Este programa incluye por ejemplo ehh nuevos espacios físicos más cómodos para las personas que vienen a visitar, en relación a esto...**

**¿qué actividades realiza ud en este espacio que el hospital le otorga?**

S: Ehh bueno, acá mi marido lleva como dos meses hospitalizado entonces yo cuando vengo lo acompaño en esos ratos porque él se siente muy solo aquí, extraña la casa, entonces le gusta que venga po', pero igual como que me canso hartito al venir para acá no estaba acostumbrada y aquí puedo descansar cuando me vengo muy rápido, además es taaan bonito es como, como se dice eso?Ehh eh relajante, porque es tranquilo aquí, bonito como les dije tiene espacios bien grandes donde mi viejito puede moverse.

**E:yud. ¿qué hace en esto espacios?**

S: Salgo al pasillito a tomar aire sobretodo cuando hay sol, pero yo todo el rato estoy con mi marido, porque yo se que él me necesita en la condiciones en las que está porque se cansa rápido y yo lo ayudo a hacer sus cositas, no tanto como en la casa porque aquí está más protegido, en la casa estoy yo nomás y a veces me cuesta cuando empeora, aquí se le aliviana más la carga a una.

**E: Y en relación a eso cuéntenos más ¿cómo usted, lo ayuda?**

S: yo le doy su comida cuando está peor de los bracitos, también a veces lo llevo en la sillita a pasear, le converso de lo que pasa en la casa, por ejemplo, yo tengo una nieta que tiene 5 años chiquitita que siempre se acuerda de él y le manda saludos, porque es la regalona del tata, es la nieta más chica y él la echa tanto de menos. Le hablo de las pillerías que ella hace es bien despierta si ya se sabe todas las letras ya y toma los libros y hace como que lee.

**E: Y ¿cómo se siente usted ayudando a su marido?**

S: Es que yo le hablo, y le cuento chistes, historias de antes, siempre le estoy recordando de cuando éramos chiquillos, porque nosotros nos conocíamos de antes de casarnos, entonces le recuerdo esas cosas bonitas y también las peleas porque a veces es bien gruñón mi viejito, pero así le doy un poco de ánimo así pa que a poquito se vaya mejorando.

**E: Háblenos un poco más de ese apoyo como más emocional que usted le da.**

S: Eh como es eso?

**E: Eso que ud, nos dice que le cuenta chistes, lo principal que ud dice que hace es subirle el ánimo, háblenos más de ese subirle el ánimo.**

S: Ah sipo es que es importante que el esté bien de ánimo, porque cuando las personas se ponen tristes al final se enferman más eso decía mi abuelita que no me dejaba estar nunca triste, entonces yo trato de animarlo de hacerlo reír, cosa que así se vaya mejorando más rapidito.

**E: Y eso que ud, hace aporta en la mejoría de su marido.**

S: Si yo creo que si, porque así yo he escuchado que cuando uno está feliz como que se mejora más rápido eso como de las defensas que dicen, y si uno está triste empeora y aquí se ven hartos viejitos como más solitos y a mí me da pena verlos así, yo trato de conversarles, pero yo creo que lo que ellos necesitan es a sus familias.

**E: ¿entonces usted, cree que la familia puede apoyar al tratamiento de sus familiares?**

S: Si cada uno apoya a su manera, por ejemplo yo le leo trato de leer siempre, porque a él le gustaba todos los días leer el diario, así que yo casi siempre se lo traigo y le leo un ratito que sea, porque a veces se me olvida, y ... y llego acá, sin diario y me da pena porque yo se cuanto a él le gusta estar informado, pero como ve las noticias acá, no me preocupo tanto, pero siempre que me acuerdo, se lo traigo.

**E: De ¿qué manera ha visto ud que las personas apoyan a sus familiares?**

S: Así mismo, que a veces les traen cositas de la casa, siempre con el permiso de la enfermera porque no pueden comer de todo. Es que algunos tienen diabetes o problemas de presión, como mi viejito, entonces uno escucha a los médicos de si pueden comer esto, o no pueden comer esto y así uno los va regalando, pero es difícil no tenerlos con uno, imagínese llevamos casi 30 años juntos y ahora que está enfermito es complicado. Pero uno siempre trata de estar con ellos, así como se pueda nomas po, leyéndole o acompañándolo no más. A mí me gusta estar con él, y siempre le han gustado las visitas, cuando iba gente a la casa antes, uff él los atendía como rey a todos.

**E: De ¿qué otras formas participan los familiares? Como en el tratamiento como por ejemplo en los ejercicios...**

S: Ah también se ayuda, yo veo que a veces la gente les hace así como ejercicios en las piernecitas o en los bracitos, como que ven lo que hacen los médicos o enfermeros y uno les pregunta y como que se va aprendiendo también algo. Ve que así uno ayuda en lo que puede, porque es como patuo estar aquí sin hacer nada, yo si puedo hacer algo lo hago, mientras no les moleste a las señoritas, pero ellas en general son amorosas, y tratan muy bien a la gente acá.

**E: Entonces usted, ¿ve que los enfermeros les enseñan?**

S: Si ellos siempre están dispuestos a enseñarnos cosas, de como ayudarlos a veces con masajitos bien sencillos que yo después se los hago cuando se va a la casa los fines de semana, también hay un hijo que viene y él siempre ayuda a trasladarlo, cuando hay que cambiarlo de cama o bañarlo y él también ha aprendido algunos ejercicios, porque yo no me lo puedo, ve que también yo ya estoy viejita, entonces ahí el hijo ayuda, y también en la casa pue.

**E: ¿cómo ve usted que participan las otras personas en los cuidados de su familiar?**

S: Como le decía, le traen comida que a ellos les gustan, porque la comida de aquí es como pa enfermitos entonces no es muy sabrosa, así que cuando se puede un desarreglo ... y ellos felices, si a todos nos gusta comer rico, a mi viejito le gusta la comida que yo le hacía, así que cuando hago algo que le gusta, siempre le traigo, y como hago siempre comida sana, no hay problemas que le traiga una cazuela o un pedacito de carne.

**E: Y ¿qué más ve que hacen los demás?**

S: ¿cómo, qué hacen los demás?

**E: Cómo cooperan aparte de traerles comida como usted decía que le conversaba a su marido.**

S: también veo que les conversan harto y me gusta que les hablen, porque como que les sube el ánimo y se ponen felices cuando vienen sus familiares, si ¿a quién no le gusta ver a su familia cuando está enfermito? Si como yo se que a mi viejito le gustan las visitas, nosotros tratamos de venir harto, él no es tan conversador como yo, pero se pone contento, sobretodo cuando vienen los chicocos y esa vivaracha que lo hace reír todo el rato.

**E: Con estas otras personas que vienen a visitar a sus familiares, ¿cómo se relaciona usted con ellos?, ¿qué le parece o cómo se siente usted, con más gente alrededor?**

S: Si la gente es agradable aquí, nos saludamos y uno ya va aprendiéndose las caras ve que igual pasamo harto tiempo juntos así que algunos vienen ratitos cortitos y otros como yo estamos más rato, además que algunos vienen de lejos así que uno conversa a ratitos, mientras a veces hacen los ejercicios a los enfermitos, uno se queda afuera y hay otras señora igual que uno así que uno conversa no más, en general es muy bonito, porque uno no se aburre.

**E: Ah, ok, entonces como...ya que usted dice que pasan harto tiempo juntos, ¿qué siente al estar con más personas que quizá estén en la misma situación que usted?**

Mmm, igual yo creo que es bueno, porque claro...porque nos acompañamos igual conversamos, por ejemplo cuando se van a hacer sus ejercicios, cuando los viejitos se van a hacer los ejercicios, uno se queda aquí...A veces dan ganas de ponerse a tejer o conversando un ratito con las otras personas, otras de las personas que están aquí, así que eso es, hace que el rato sea más agradable. Ahora me traje mi tejido es que estoy haciendo unas cositas pa navidad unos viejitos pascueros y unos pañitos pa decorar la mesa no ve que la navidad ya se viene, si el otro día fui al super y ya estaba lleno de arbolitos y ya la gente está vuelta loca comprando, mejor que me encarguen cositas a mi y yo se las hago, si en navidades anteriores me ha ido re bien con mis amigas que me compran, ellas me encargan y ahí yo hago mis pesitos.

**E: así usted se mantiene más activa.**

S: si, aparte que me gusta...

**E: Bueno señora Sara me gustaría saber algo más con respecto a que hay más gente en el hospital ¿Qué le parece que vengan otras personas?**

Si a mi me gusta, es que yo me pongo bien conversadora a veces, yo no tengo problema cuando llega gente nueva, me gusta ver quienes vienen, y es entretenido que ande harta gente por aquí, así hay...cuando llegan los hijos, hay así más movimiento y uno se entretiene, como más vida. Como yo le decía a mi me gusta compartir con otras personas, por decirle, a mi me gusta que gente joven como ustedes venga a conversar con uno, a hacer sus trabajos, así uno le cuenta cosas y les ayuda a ustedes también que son tan jovencitas...A mi me gusta poder ayudarlas y también poder contarles lo que uno siente también, que a veces nadie te pregunta, pero a mi me gusta mucho hablar con la gente, con respeto eso sí, uno tiene siempre que...yo no soy metida tampoco, pero conversar un poco, conocerse, eso sí...Antes cuando mi marido estaba mejor, participaba en muchas cosas, a todo lo que me invitaban yo iba, así que conozco mucha gente y eso es entretenido uno conoce muchas partes también, por ejemplo he ido a estos viajes del adulto mayor, he aprovechado mucho eso, y ahí sí que uno lo pasa bien con las señoras, las revolvemos más. Este verano, o sea, el pasado 2011 nos fuimos a la serena con las viejitas del barrio, hacía un poco de frío, estaba medio nublado, no nos tocó muy buen clima, pero igual metimos las patitas al agua, ve que son tan ricas las playas por allá. Lo pasamos bien, me gusta compartir con la gente...

**E:Si, es importante que una esté conectado con la gente.**

S: Si, así uno...para que uno tenga apoyo con los amigos, los vecinos, uno nunca sabe cuando puede pasar alguna desgracia, la gente está mala, hay que llevarse bien con los vecinos, porque ayudan...

**E:Señora Sara, y en relación al trato que usted tiene con los funcionarios, ¿cómo se relaciona con ellos?**

S: Mire, yo no puedo decir nada malo de aquí del Hospital, que quiere que le diga...Los que trabajan acá son todos buenos, son profesionales y se preocupan mucho...las señoritas son bien cariñosas, son atentas hasta con una que no tienen ni porque preocuparse, pero igual ellas se preocupan, y te saludan siempre, son bien amorosas, yo no tengo nada que decir de ellos, puras cosas buenas...ah, y lo más importante que a mi viejito lo tratan con mucho cuidado, así que yo estoy bien agradecida de ellos, son buena gente aquí...Mi viejito necesita mucho cuidado y aquí se preocupan por él, sí, no...es bueno todo, dan los remedios y los cuidan mucho, yo la verdad es que estoy bien agradecida, sí, sí...

**E:Y usted dice que aparte de preocuparse de su marido, también se preocupan por usted, ¿cómo es eso?**

S: Sí, sí, sí se preocupan...siempre están pendientes de cómo está una, si necesita algo, si he comido...esas cosas

**E:Y a usted, ¿cómo le hace sentir que los funcionarios se preocupen de usted?**

S: Bien, me siento bien, es bueno...así, porque así una se siente como si estuviera con gente más de confianza, como...si a veces ni la familia se preocupa por uno y lo hacen ellos...

Yo les pregunto cualquier cosa y ellos me responden todo, porque pregunto tanto que paso todo el día acá. No es como en otros lados que son más cortante, son como un poco fríos, como le dijera, como que una le estuviera que estar pidiendo siempre un favor y ponen una cara (con actitud de desprecio). Pero aquí no, son atentas las señoritas y le sonrían a una y siempre con buena cara, como le digo, les agradezco tanto.

**E: Entonces usted ha estado en otros hospitales, ¿cómo ha sido el trato en los otros?**

S: Tanto distinto en los otros Hospitales, no se preocupan por una, no se sabían ni el nombre a veces, trataban a mi viejito ahí nomás...Pero uno tiene que aceptar nomás, así son las cosas, así que.. Porque una necesita que lo atiendan, tener horas para los exámenes, y conseguirse los remedios que dan, también estas cosas...los suplementos de alimentos, que son bien buenos...Entonces hay que aguantarse nomás que la gente no nos trate muy bien.

**E:Y acá, es ¿distinto el trato?**

S: Si, si, es distinto, son bien buenas personas todos...las señoritas son amorosas...es muy bueno el lugar nada que decir de las señoritas...aquí todos pendientes de cómo está uno y como van las cosas con mi viejito y siempre me ayudan, es bueno el lugar...

**E:Ud. me da entender que es un trato más cercano, humano, ¿cómo lo definiría usted?**

S: Si es que es como más a ver... cómo explicarlo, es como con cariño no solo por la obligación de su trabajo, se nota que es como una preocupación por uno y la hacen sentir importante, son tan amables aquí las señoritas, todos.

**E: ¿Cómo es eso de sentirse importante? que me cuenta usted.**

S: Que una no es como en otros hospitales que es como si fuera un sillón, o si estuviera siempre estorbando aquí no siento que estorbo porque estoy como libre puedo hacer lo que yo sienta que es bueno para ayudar a mi viejo, además puedo estar con el, salir al patio, traer mi almuerzo y no me hacen problema si lo quiero calentar o tomarme un tecito después de la comida. Es que yo estoy acostumbrada en mi casa a tomar tecito, sino me duele la cabeza si no me lo tomo, siempre me tomaba un tecito después del almuerzo mi viejito me acompañaba, mientras comíamos ponía la tetera y nos quedábamos viendo las comedias.

**E:¿Y eso puede hacerlo acá señora Sara?**

S: Si yo lo sigo haciendo, traigo mi tecito y acá como está el hervidor yo caliento agüita es como bien hogareño, me preparo el tecito para mi le hago uno a mi viejo y a veces vemos la teleserie, sino conversamos un ratito ahí con las otras visitas.

**E: Explíqueme eso de hogareño, ¿es como parecido a su casa?**

S: No po', mi casa no es tan grande, ahí tengo que hacerle todas las cosas a mi viejo, ya estoy pensando en dejarlo acá mejor (jajajajaja). Acá me siento cómoda, mi viejito también dice que le agrada estar acá, lo único que le hace falta su huertito, que a él le gusta regar hartito, tener sus plantitas, y las cuida, lo bueno es que aquí también hay hartito verde y hartas florcitas que le recuerdan su jardincito, no lo puede regar, pero con mirarlo él se siente bien. Aunque ahora último estaba más cansado, pero igual siempre preocupado de sus plantitas, igual yo espero que me lo den de alta luego para estar allá en la casa, que nos van a ver los nietos allá, aquí les queda más lejos, entonces han venido poco y para hacer las cosas que hacíamos allá, estábamos acostumbrados solitos los dos.

**E: ¿Le ha costado un poco acostumbrarse a estar con más gente acá en el hospital?**

A mí no, porque me gusta ver a la gente y me entretengo con eso pero a mi viejito al principio le molestaba que a veces hay mucho ruido y uno que está acostumbrado a estar solo, yo con mi viejito no más en la casa y a veces que van los nietos, pero aquí siempre anda gente, entonces a mi viejito por ejemplo que estaba acostumbrado a tomar la siesta le costaba por la bulla, las visitas que a veces vienen con niños, entonces los niños usted sabe andan de aquí para allá y a veces uno quiere puro descansar. Por eso a veces mi viejito me dice que extraña la casa.

**E: Y que le han dicho los médicos acá respecto a su marido, el tiempo que debe estar acá**

S: Que hay que cumplir el tratamiento al pie de la letra para que se mejore luego y hacer los ejercicios, porque a veces uno deja de hacerlos y no avanza la cosa, me han dicho que hay que tener harta confianza no más, que va a salir luego...

**E: Si hay que tener harta confianza y fe que todo va a salir bien pues Sra. Sara.**

S: Si, además, que yo soy bien creyente entonces le pido a diosito, el que me lo mejore para irnos luego para la casa, le he pedido a todos los santos que me ayuden, le debo hartas velitas a San Expedito.

**E: ¿Qué cosas hacían en torno a la fe de la que usted me habla?**

S: Nosotros con mi viejo siempre íbamos a la iglesia, pero ahora último veíamos la misa por la tele no más, que él se me cansaba mucho. Si, pero siempre nos preocupábamos de prender la tele y verla, él siempre se acuerda, porque son cosas que uno tiene de chiquitito que los papas le enseñaban a uno, ahora los jóvenes ya no están tan

interesados, yo les digo a mis hijas que vayan a misa que lleven a los niños, pero ellas prefieren ir a otros lados, que no tienen tiempo

**E:El mundo de ahora Sra Sara, ya no hay tiempo para nada casi**

S: Si po' es que ahora andan todos tan apurados.

**E: Y usted con su marido aquí en el hospital, ¿que hacen en torno a la fe? Rezan hacen cadenas de oración.**

S: si rezamos juntitos y con los hijos cuando vienen, pa darle más fuerza.

**E: Claro, bueno Sra. Sara le agradecemos su tiempo, esperamos que su marido se mejore pronto, para que pueda ir a su casa, estar más tranquilos**

S: Si, gracias

**E:Cuídese**

S: Gracias, ustedes igual.

#### **Informante N° 5**

**E: Nosotras estamos haciendo la tesis y estamos viendo un poco como es la experiencia de los familiares que vienen ayudar acá, como usted que tiene un familiar hospitalizado, cómo es la experiencia suya en el hospital, en base a un programa del gobierno que se llama Hospital Amigo, es un programa que lo que hace más que nada es permitir aumentar las horas acá dentro del hospital, la visitas, permitirle que usted pueda acompañar a su paciente.**

**¿Usted cuanto tiempo lleva viniendo para acá? ¿Qué tiene a su señora hospitalizada?**

E 5: Desde el 4 de noviembre que está hospitalizada, sucede que nosotros sufrimos un accidente automovilístico, me chocaron, entonces es el motivo que estamos con mi señora aquí, porque ella toco la peor parte, el impacto fue para el lado de ella, para el lado del copiloto, entonces ella sufrió un (emm), se fracturo la pelvis, así que fue un poco doloroso eso y cuando chocamos fue bien atendido por los parte de los que nos acogió acá ... por el hospital "Santo Tomás" de aquí de Limache, ahí nos llevó la ambulancia, entonces ahí fueron las primeras atenciones, ahí nos tuvieron una semana , yo gracias a Dios no me paso mucho a mi, pero a ella sí, porque a mí lo que me ocurrió fue que me apreté con el volante y tuve un poco de dolor de pecho, hasta para respirar me dolía, entonces y machucones, todo moreteado acá, pero como les digo a ella le toco la peor parte y la llevaron a hacerse unas radiografías y ahí le dieron el resultado de que tenía fracturada la pelvis, tenía una trizadura, entonces como le digo la tuvieron una semana

ahí en ese hospital y como nosotros pertenecemos a un grupo que se llama “Terapia”, que también pertenece aquí al hospital, pero la terapia se hace en una casa de nuestro pueblo que se llama la “Casa del Adulto Mayor”, entonces ahí nosotros pertenecemos a ese grupo de terapia, nos hacen ejercicios, siempre por el hospital, la Marcelita tiene que ver con nosotros, es que este grupo se inicio a ver hace ya parece que son como 5 años y la Marcelita en ese tiempo estaba haciendo la práctica, entonces el director del hospital se ha portado super bien con nosotros, en realidad todo el personal aquí excelente, lindo el trato que tienen hacia la persona,

**E: ¿Qué cree usted que influye que este trato sea así tan bueno, que lo traten tan bien?**

E 5: Yo pienso que.... bien bien los que los contrataron, hacen bien su trabajo, más a fondo no sé

**E: No cree usted que tenga que ver que con que como es usted con las personas**

E 5: Con todas las personas es igual, porque donde esta mi señora en la sala donde esta, todas las personas son amables, las enfermeras, están las auxiliares, muy amables todo aquí, nosotros hemos tenido una acogida pero excelente. Así que estamos muy contentos, muy conformes con la atención que nos han dado acá

**E: Y eso igual lo hace sentir más cómodo**

E 5: Si de todas maneras, porque en ningún momento me han puesto obstáculos para venir a ver, nosotros entramos a la hora que queremos, es como estar en un pensionado, entienden que uno, no es como en otro hospital, que allá tienen una hora de visita no más, bueno igual aquí tienen su hora de 16:00 a 19:00, pero no sé para otro familiar, en cambio con nosotros se han portado un 7. A la hora que yo quiera venir, aparte después de las 19:00 ahí no, pero yo puedo venir a las 11:00, puedo venir a ver a mi señora y ahí me dejan pasar.

**E: y nadie le pregunta nada...**

E 5: nada, nada, como le digo aquí son muy abiertas para atenderlos a uno, entonces

**E: ¿Y usted cree que ese trato va sólo a su señora que está hospitalizada o para usted también como familiar?**

E 5: yo veo que a todos el trato es parejo, con todos son iguales.

**E: tanto al familiar que viene como al paciente**

E 5: correcto, con los pacientes sobre todo, porque ellos son los que más necesitan la atención, entonces siempre los tratan de hijos de cosas así, muy amorosos, entonces por eso nosotros estamos, yo y mi señora estamos muy conformes, contentos, ella ha tenido una buena evolución, rápida, el rato aquí con el kinesiólogo también es el mismo tiempo que duran las terapia, porque ellos empezaron el grupo que tenemos nosotros, porque en

ese entonces habían varios profesionales que estaban en práctica, entonces habían psicólogas, asistente social, kinesiólogo y varios , habían como 6 personas que estaban en práctica buscando su profesión, así como ustedes.

A mí me están haciendo terapia aquí, por lo que me paso en el accidente, porque como el golpe fue en el pecho y cervical y como lo primero que uno hace es irse, batirse el cuello, pero a mi señora fue peor y por eso se fracturo la pelvis.

**E: Pero ha tenido buena recuperación entonces**

E 5: Si muy buena recuperación, ahora está muy bien

**E: ¿Está caminando ya?**

E 5: El día viernes el traumatólogo, le fue bien, creo que la va a ver hoy día,

**E: Y por ejemplo, cuando la atienden a su señora usted tiene acceso a poder estar con ella o después le informan**

E 5: Si, si, como te digo yo puedo pasar todo el día con ella, pero no tampoco uno puede abusar de la voluntad de las personas, aparte yo vengo un rato, me voy a mi casa, en la tarde vuelvo otra vez, tanto yo como todos los familiares.

**E: Viene más familia suya**

E 5: Sí de todas maneras, yo tengo hijos en el norte, uno en Calama otro en Iquique, en Antofagasta, La Serena, entonces todos se han portado muy bien un 7, se han turnado, viene uno viene otro y así, nunca nos han dejado solos, en el hospital solos.

**E: Y ellos también han venido acá al hospital y han recibido el mismo trato que usted dice**

E 5: Bueno el trato aquí, para toda la familia ha sido así y otras visitas también, porque nosotros pertenecemos a otros grupos también, ha venido mucha gente a visitarla, entonces a nadie le han puesto problemas, entonces ha estado bien visitada mi señora y bien atendida, yo no tengo nada que decir, nada que decir del hospital, excelente la atención.

**E: Y cuando usted dice por ejemplo que no quiere abusar de esa buena atención, qué sería para usted abusar un poco de esa confianza que le dan**

E 5: No podría ser el abuso

**E: Qué cosas tendría que hacer, por ejemplo que usted diga estoy abusando**

E 5: Yo darme cuenta de que ya sería un abuso, como ya está mejor ella, alejarnos un poco ya de las visitas, visitarla la hora que esta... que tiene estipulada las visitas el hospital, el director, entonces también ya venir a esa hora no más, no estar abusando tanto rato, pero ahora que ya está mejor estamos haciendo eso, pero como ahora ella

también le pasaron una silla de rueda le dan permiso para salir al pasillito ahí, así que la sacamos y conversamos unas horas, ningún problema para sacarla, entonces yo vengo la saco o mi hija un rato, después del almuerzo, nos tendemos ahí afuera a conversar con ella.

**E: Y como usted por ejemplo se ha adaptado acá al hospital, porque allá en la casa me imagino usted tomaba once con ella o hacía otras cosas con ella, cómo es acá qué cosas hacen juntos**

E 5: Mire en la casa, estamos solos, porque los hijos están todos fuera así como le cuento, entonces la que está más cerca es acá en Quillota, pero ella siempre nos visita, pero nosotros vivimos solos los dos, entonces todos los quehaceres de la casa, tu sabes que hay tanto que hacer, mi casa es grande, entonces tengo mucho que hacer, a nosotros se nos hace corto el tiempo la pasamos bien, así como te digo nosotros pertenecemos a grupos, ella va a Villa Alemana 3 veces a la semana a gimnasia, por ejemplo lunes, miércoles y viernes va a Villa Alemana a gimnasia, el día jueves vamos a Con-Con al gimnasio, pertenece también al grupo de terapia, también el día jueves eso en la mañana de 10:00 a 12:00, funcionarios de aquí van a visitarnos, por eso parte del grupo pertenece aquí,

**E: En realidad pasan harto tiempo ustedes dos juntos y cómo lo hacen acá estando aquí, porque ya no pueden participar de esas actividades.**

E 5: Ya no por el accidente que tuvimos, pero esperamos que salga bien y seguir haciéndolo

**E: Y mientras tanto acá qué cosas hacen juntos, acá en el hospital.**

E 5: Visitarnos no más y como te digo conversar, lo que más se puede hacer, conversar con ella, darle valor, darle esperanza, darle ánimo, que tire para arriba y eso es lo que toda la familia hacemos. Los que la vienen a ver siempre le desean lo mejor, darle ánimo.

**E: Darle ánimo, como eso más o menos esa es la finalidad con que usted conversa**

E 5: Sí, no amargarla y si hay algún problema no traérselo, dárselo a saber, aunque no hay problemas, yo digo por si hubiera algún problema no se lo vamos a traer a ella acá. Ya que en ese sentido hay que ayudarla, ver que ella se mantenga sin problemas que este alegre y feliz aquí.

**E: La idea suya es hacer que toda esta estadía sea bien tranquila para ella**

E 5: Si por supuesto, eso es lo que estamos haciendo dándole harta fuerza para que salga adelante, para que sea lo mismo que era antes, que tenga esa misma fuerza para las actividades que ella tiene, todo eso hay que conseguirlo con el tiempo y vamos a conseguirlo, siempre que Dios nos ayude también, que nosotros somos bien católicos también

**E: Y cómo viven ustedes acá un poco sus creencias, su fe, porque veíamos que hay una grutita allá al final**

E 5: Si, también tienen una grutita ahí, así que nosotros cuando la sacamos para allá, vamos le damos gracias, que la proteja a ella, entonces la fe, yo pienso que todos los que somos católicos tenemos fe y otra religión tienen su propia fe también por otro lado, pero nosotros los católicos tenemos fe.

**E: Y por ejemplo con otros familiares que vienen también a ver a sus otros pacientes digamos, usted siente que hay una relación con ellos, conversa**

E 5: Yo me he hecho muy buenas amistades aquí, ella también se ha hecho muy buenas amistades con los demás pacientes, juegan al dómينو, juegan a la lota,

**E: Se entretiene ella**

E 5: Si, se ha hecho buena amistad.

**E: Pero por ejemplo, con los otros familiares que vienen a ver a los otros pacientes, ¿usted se relaciona con ellos o cómo se da esa relación?**

E 5: Conversamos, pero no tan a fondo la relación, pero siempre se conversa

**E: Y cómo de qué cosas conversan**

E 5: De lo... cuánto se llama, cómo le paso, por qué están acá, los pacientes de ellos, cuáles son los motivos y también de los trabajos a veces, que ellos vienen en las tardes nomás porque también ellos trabajan se conversan de esas cosas aquí, la vida eh... cuánto se llama, del trabajo eh.

**E: y usted, ¿siente que se ha hecho un poco más ameno esto? ¿O en realidad es porque ya que estamos aquí, nos ponemos a conversar?**

E5: es que nos hemos ido conociendo, o sea que muchas personas, nadie se conocía antes de llegar acá, entonces... no vamos a decir que somos amigos, si no que hemos tenido un acercamiento, uno conversa, cosas así

**E: ¿es como un trato más cordial?**

E5: eh si

**E: ¿y para qué le ha servido esto? ¿Cómo para distraerse, para también pasar el tiempo en que su familiar está en terapia?**

E5: sipo, me ha servido mucho, porque uno se desahoga, porque así como te digo nosotros, vivimos, aparte de que ahora que están los hijos, vivimos solos, y hemos tenido harto acercamiento así como te digo con personas que vienen a verla, eh no tanto por cuanto se llama con otras personas que vienen a ver a sus enfermos, porque nosotros no podemos intervenir en sus tiempos, cuando conversan, nosotros no nos metemos en eso

sentido, cuando la sacamos afuera, conversamos entre familiares, cosas como de ellos, de los hijos que vienen de fuera tienen sus trabajos, cosas de los trabajos de ellos, cosas que hacemos nosotros, cosas que hemos pasado, porque siempre la están visitando ellos, todos los años y vienen de vacaciones, pasamos con ellos, no vamos a decir que pasamos siempre solos, porque siempre la están visitando y con la gente que viene a ver a los pacientes, es poco el acercamiento que tenemos, pero cuando hemos conversado con personas como te digo, son bien amenas las conversaciones, no darles problemas a los pacientes de ellos y así cómo te digo ellos ha hecho muy buenas amistades, ellos se entretienen en el lapsus en que no hay médicos, cuando tienen sus tiempos, ahí en el comedor que tienen se entretienen.

**E: entonces como usted dice es importante no molestar la tranquilidad de todos los pacientes, y usted ve que todos respetan eso?**

E5: eh sí, por ejemplo la enfermera o el auxiliar cuando nos piden que salgamos cuando los van a acostar por ejemplo, nosotros salimos, para no darles problemas, porque ya se terminó la visita entonces nosotros nos retiramos, pero de todas maneras las enfermeras que las acuestan que las bañan, entonces pero de todas maneras las enfermeros los tratan muy bien es igual como si fuera un familiar.

**E: ¿usted, cree que ha sido un familiar más?**

E5: más si las enfermeras, los auxiliares sipo, las tratan así como te digo, los tratan muy bien.

**E: y usted ve que ese trato es parejo, ¿cómo con todos iguales?**

E5: eh sí.

**E: ¿qué características como de las enfermeras cree que hacen sentir tan cercanas, tan familiares?**

E:5 darle más aliento a la mejoría de ellos, que se mejoren más luego, que no sientan tanto dolor, como que el dolor se les calme un poco, creo yo, porque como yo veo, ellas se ríen entre ellas, se echan tallas, porque en la sala de mujer están solo ellas, entonces ellas se conversan se echan sus tallas y todas ya se conocen, se tratan de tu, entonces no cuando uno las viene a ver, cuando quedan solas y ya en la noche, no sé a qué hora, apagan las luces, entonces a veces hay personas que les cuesta quedarse dormida, pero pienso que se hará silencio, porque aquí el respeto es único,

**E: ¿de parte de todos?**

E5: claro, entonces si la enfermera, si el auxiliar les dice: duérmanse, se quedarán calladas en la noche se me ocurre, no molestarse las unas a las otras, si tienen sueño, bueno no se ahí ya no estoy. Pero es muy buena la convivencia entre todos.

**E: ¿Y eso ha hecho que su estadía acá sea diferente?**

E5: si, nosotros estamos muy conformes de la atención de acá porque en otros hospitales no es tan excelente la atención

**E: Ud., ¿Ha notado diferencia con la experiencia que ha tenido aquí con otros hospitales?**

E5: si

**E: ¿Cuáles?**

E5: por ejemplo cuando estuvimos e el otro hospital, no vamos a decir que fue malo, pero cuando pasó el accidente la trataron muy bruscamente, con el dolor que ella sentía, por ejemplo el trato era ... fue una accidente de gravedad entonces no es como cuando una persona enferma de un dedo, un resfriado, no es igual, porque a ella la cambiaban de camilla, la hacían para allá para acá con su dolor, que era mucho, en ese sentido no quedamos conformes, cuando la cambiaban de camilla, silla de ruedas, no es el mismo trato de acá, mucho cuidado, los cambian de un lado a otro con el dolor que ella tenía fue mucho, eh .. Pero de ahí la mandaron a Quillota a sacar radiografía y le detectaron la fractura y de ahí la tuvieron una semana y le dieron el alta con una orden para allá, el médico de allá tratante, le dio una orden. Y nosotros cuando vinimos con la orden aquí el trato fue muy excelente, con las enfermeras, la marcelita y el director, hubo disposición al tiro la señora Ruth que tiene que ver con todo el movimiento ella es muy amable, muy buena atención, muy atentos, entonces ella nos dijo, en estos momentos no tenemos cama, pero cuando se desocupe, yo le aviso, a los dos días me llamó y con la cama reservada, nos citó a las 4 de la tarde al médico, entonces llegó ella y la dejaron hospitalizada y desde ahí la atención muy buena.

**E: ¿Qué es lo que usted más destacaría?**

**E: ¿ha sido distinto?**

E5: no digamos que fue demasiado malo, pero es más de lo que se espera.

**E: y por ejemplo ella está en terapia, ¿a veces le piden que colabore en terapia?**

E5: en no, ella está sola con el kinesiólogo, entonces a veces yo estoy en otra sala a la misma hora en terapia, y aquí la vienen a buscar y a dejar el personal, a mí no porque soy ambulatorio, no tengo la necesidad, ando bien con mis pies.

**E: ¿ella tiene que entrar sola?**

E5 con la kinesióloga

**E: pero ninguno de sus familiares pueden acompañar**

E5: si uno la puede acompañar si en el momento ha llegado, pero tiene que ser un familiar, por ejemplo si yo llego.

**E: usted por ejemplo siente que aquí en el hospital ¿puede colaborar en el tratamiento de ella?, darle los remedios por ejemplo.**

E5: si, si siempre lo hemos hecho, por ejemplo antes cuando estaba estuvo 4 semanas en reposo absoluto tenía que usar chata, entonces mis hijas se encargaban de eso, cuando las enfermeras en el momento tenían otros pacientes.

**E: y usted que otras cosas hace o su hija se encarga de ese tipo de cosas.**

E5: yo en ese sentido en cuanto a su ropa mantenerle toda su ropa, me la llevo, se la lavamos la traigo limpia, en ese sentido colaborar en cuanto a limpieza, de su ropa cosas personales que tiene que tener.

**E: y a usted ¿Qué cosa lo motiva a hacer estas cosas, que se sienta lo más cómoda? , ¿Con qué fin lo hace?**

E5: el fin mío es que se mejore pronto y pueda acompañarla, llevarla a mi casa y yo cuidarla también allá, porque he aprendido cómo la atienden acá yo tengo que seguir atendiéndola en mi casa como aquí, porque ella es hiperkinética, tiene jardín, le gustan hartas las plantase, ella no para, sacarles la maleza, regarlas, eso ya no lo podrá hacer, en un tiempo, no va a salir al tiro a trabajar, sería muy bruto si la dejo hacer eso, no no, tiene que cuidarse mucho tiempo

**E: y usted, como dice que con mirar, ya aprendió un poco el cuidarla.**

E5: si, si además aquí, cuanto se llama he visto todos los implementos que usan acá, hay que tenérselos en la casa, silla de ruedas un andador, un bastón he visto aquí como las personas la atienden acá, voy a tener que atenderla yo en la casa, no solo yo igual mis hijas.

**E: ¿y usted siempre quiere ayudar?**

E5: Eh siempre para tirarla para arriba que se mejore pronto y que después en un tiempo más siga sus actividades de a poquito, no vaya a empezar al tiro, va a tener que ser con calma

**E: usted nos dijo que ha aprendido cómo cuidarla, los funcionarios le han enseñado como cuidarla, le han dado alguna indicación de cómo hacerlo en la casa.**

E5: eh todavía no pero yo pienso de que con lo que he visto aquí yo, he ido aprendiendo yo por mis propios medios, no sé si después harán como alguna charla, no sé

**E: ¿nos decía que usted participaba en hartas actividades en grupo de folklor junto a su señora, las visitas que vienen a ver a su señora, son de esos grupos?**

E5: muchas personas, todos los grupos, con mi señora tenemos como varios grupos que nosotros integramos, por eso también viene harta gente a verla, yo no sé si en ese sentido aquí..eh.. Pero no he visto yo que se enojen, pero cuando vienen hartas personas,

nosotros mismos tenemos que poner de nuestra parte, de que pasen dos, después dos, eso lo decidimos nosotros, aquí hay una salita de espera, entonces ahí esperamos, sobre todo hay que darle la preferencia a las personas que no han venido como yo, que vengo tarde y mañana. Pero preferencia a esas personas que la vean.

**E: como ustedes quizá no han podido ir a esos grupos de folclor por ejemplo, pero ellos vienen acá, para mantener estos grupos.**

E5: no todos como dije, porque igual ellos mismos dicen: para qué vamos a molestar, somos un grupo grande, pero vienen de 4 así grupos así, ellos mismos se ponen de acuerdo, se organizan y ahí vienen grupitos, después viene otro grupito.

**E: para mantener un poco estas relaciones.**

E5: no así como tú me preguntabas, entonces no abusar de la confianza.

**E: o sea usted no ha visto que se molesten pero igual usted prefiere prevenir algún problema, se refiere como a usted, “yo no quiero molestar”**

E5: y la familia también, porque cuando ella estuvo más grave, tampoco convenía que ella se alterara un poco de los nervios, todo lo contrario, darle tranquilidad, que es lo que hemos hecho.

**E: Usted en momentos en que su señora está en terapia, ¿aprovecha de tomarse un tecito, hacer cosas más por usted?**

E5: no yo la acompaño no más, no me gusto eso de estar sirviéndome algo yo cuando ellos están sirviéndose el almuerzo la onces, que se yo, entonces yo la acompaño.

**E: Por ejemplo cuando usted está acá largas horas acompañándola, ¿Cómo lo hace por ejemplo con el tema de alimentación?**

E5: nosotros dejamos preparado, por ejemplo en la mañana mi hija se va a la casa y deja el almuerzo medio encaminado, después llegamos y se termina el almuerzo y almorzamos, después terminando el almuerzo venimos un rato más tarde.

**E: Esas cosas las hace en su casa y después se viene para acá**

E5: sí porque en ese sentido, así como les digo los hijos que tenemos se han pasado, porque son cuatro mujeres y un solo varón, entonces ustedes entenderán que las mujeres saben más de cocina, yo para la cocina soy así (haciendo gesto de que es malo para cocinar) por eso que también nuestros hijos se preocupan de ir a estar conmigo, de no dejarnos solos. Aunque al principio yo también me sentía un poco culpable y andaba decaído, muy culpable de lo que pasó, preocupado de porque esta así mi señora, por mi culpa, o a lo mejor yo no tengo culpa pero, tanta culpa tengo yo como la otra persona con que choque. Yo iba llegando a mi casa y tengo que señalar a la izquierda, voy por una calle verdad, mi casa queda a la izquierda, entonces yo estaciono, señalizo, dejo pasar a los que vienen cerca y en eso viene un vehículo a unos 500 metro, entonces yo giro, pero

resulta que esta persona venía por lo menos a unos 120, eran un par de lolos, no sé si venía conduciendo él o la muchacha, ella tenía 17 años y él tenía 20, entonces me arrastro, nosotros medimos, 15 metros, imagínate como venía. Si menos mal que no nos volcamos, fue un milagro que no nos pasó tanto, era para quedar todos quebrados, si de la mala suerte, también tuvimos suerte en parte

**E: Claro además ella también está mejor y usted también ha ido mejorando con el tiempo**

E5: Si aquí también nos han ayudado mucho en ese sentido a nosotros, la Marcelita que me ha dado buenos consejos, que esto puede pasar en cualquier momento, tanto accidente que hay, entonces a cualquiera le puede pasar.

**E: y lo importante es que ahora usted está haciendo hartas cosas para ayudar y está haciendo todo lo que se pueda para que ella salga luego de esto, hay un apoyo de toda la familia también, así que todo está saliendo bien**

E5: sí sí aquí la señora Ruth, la que nos atendido, también ha ayudado mucho en la rehabilitación mía también, para que yo hiciera la terapia aquí también

**E: No sé si ella era la que nos abrió la puerta, pero ella dijo “el corazón es grande, pero quizás el espacio chico”, entonces da a entender que es lo mejor de acá.**

E5: Sí, buena persona. La marcelita po, también ella, excelente. Todo muy bueno.

**E: Que bueno, así da gusto llegar a un lugar.**

E5: sí de todas maneras, o sea yo no sé cómo agradecerle la atención de acá. Perdón que yo me emocione un poco, por lo rico, porque yo quede muy shockeado, entonces yo no sé cómo les puedo responder porque de repente yo me quiebro

**E: Claro, pero es que usted vivió una situación súper fuerte**

E5: si aquí me han dado mucho valor, la Marcelita muchos consejos

**E: ha tenido harto apoyo también usted**

E5: sí

**E: que bueno escuchar que está saliendo todo bien**

E5: todo saliendo bien gracias a Dios

**E: y también todo con su señora, como se llama ella**

E5: Rosa Lavinia

**E: Que también ella está mejorando**

E5: Sí, Rosa Lavinia se llama, pero aquí la conocen por Rosa, pero los grupos, porque a ella no le gusta mucho el nombre rosa, entonces los grupos la conocen por Lavinia, a veces vienen personas preguntando por Lavinia y no la conocen. Entonces se quedan sin poder pasar a verla, porque preguntan por Lavinia y no esta po.

**E: Ah claro. Bueno Don Juan, muchas gracias por su tiempo y también por compartir su experiencia aquí, pero gracias por compartir con nosotras**

E5: No sé si es buena o mala la experiencia, pero es

**E: Claro pero dentro de todo lo malo el estar acá**

E5: no si no fuera por eso, yo no sé dónde estaría, en cuanto a la salud mía, el ánimo estaría mucho peor, pero gracias aquí está todo mejor.