

**“PARTICIPACIÓN DE LA FAMILIA EN EL CUIDADO DEL  
ADULTO MAYOR HOSPITALIZADO Y FACTORES  
RELACIONADOS DE LA PROPIA FAMILIA DE LA  
INSTITUCIÓN Y DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA EN  
LAS UNIDADES MÉDICAS DEL HOSPITAL CARLOS VAN  
BUREN DE VALPARAÍSO”**

**Tesis para optar al Grado de Magíster en Enfermería  
Mención Enfermería Geronto- Geriátrica**

**AUTOR:  
EU Isabel Siefer Navas**

**DOCENTE GUÍA:  
EU Prof. Cecilia Landman Navarro**

**VALPARAÍSO, JUNIO 2011**

**PARTICIPACIÓN DE LA FAMILIA EN EL CUIDADO DEL  
ADULTO MAYOR HOSPITALIZADO Y FACTORES  
RELACIONADOS DE LA PROPIA FAMILIA DE LA  
INSTITUCIÓN Y DEL PROFESIONAL DE ENFERMERÍA EN  
LAS UNIDADES MÉDICAS DEL HOSPITAL CARLOS VAN  
BUREN DE VALPARAÍSO**

**Tesis para optar al Grado de Magíster en Enfermería  
Mención Enfermería Geronto- Geriátrica**

**AUTOR:  
EU Isabel Siefer Navas**

	<b>Nota</b>	<b>Firma</b>
<b>DOCENTE GUÍA: EU Prof. Cecilia Landman N.</b>	_____	_____

**DOCENTE INFORMANTE:**

\_\_\_\_\_

**FECHA:** \_\_\_\_\_

**I. DEDICATORIA**

A todos quienes me brindaron su apoyo incondicional para concretar con éxito la ardua tarea hacia la obtención del Grado de Magíster en Enfermería. En especial a mi marido y mis hijos por su comprensión

## **II. AGRADECIMIENTOS**

La autora agradece muy sinceramente al cuerpo docente de la Escuela de Enfermería de la Universidad de Valparaíso que me ayudó en la formación de Postgrado recibida y, en particular a la docente Guía Sra. Cecilia Landman, por su disposición y apoyo al guiar esta Tesis para optar al Grado de magíster en Enfermería, mención Enfermería Geronto-Geriátrica.

Un especial agradecimiento a las enfermeras supervisoras y clínicas de las Unidades de Baja y Mediana Complejidad Médica que me facilitaron la recolección de la información.

## RESUMEN

**Introducción:** El envejecimiento de la población ha producido un aumento de los adultos mayores (AMs) hospitalizados quienes además de la atención profesional requieren del cuidado familiar. Lo anterior sumado a la extensión del horario de visita a 6 horas diarias impulsado por la Reforma de Salud en el marco del Hospital Amigo, motivaron este estudio, cuyo objetivo es describir la participación de la familia en el cuidado del AM hospitalizado y los factores de la familia, de la institución y del profesional de enfermería que puedan influir en dicho cuidado.

**Metodología:** estudio de tipo descriptivo y transversal. El universo correspondió a 73 cuidadores familiares de AMs hospitalizados durante los meses de junio y julio del 2009. Los datos fueron recogidos mediante el uso de un instrumento cuestionario estructurado diseñado por la tesista, la aplicación del índice de Katz y la revisión de la ficha clínica previo consentimiento informado. Para el análisis estadístico se utilizó el programa stata 8.0.

**Resultados:** en la población de AMs estudiada predominan los mayores de 80 años de sexo femenino. El 50% de ellos presentan incapacidad severa y el diagnóstico de ingreso más frecuente fue un accidente vascular cerebral. El cuidador familiar principalmente es mujer, hija o esposa, entre 35 - 59 años. La participación del familiar en el cuidado del AM dice relación con satisfacer los requisitos de autocuidado universal, alimentación e interacción humana.

**Conclusiones:** la familia durante la hospitalización asume como agente de autocuidado dependiente, pero su participación es sólo intuitiva al no recibir educación para este propósito de parte del equipo de enfermería. La extensión del horario de visitas impulsada por la Reforma de Salud ha facilitado la integración del cuidador familiar cuya presencia tiene gran valor al disminuir el impacto que la hospitalización produce en los AMs.

**PALABRAS CLAVES:** adulto mayor, hospital, cuidador familiar

## ABSTRACT

**Introduction:** aging has led to an increase of the admission of elderly people to hospitals, whom apart from the professional care received they require the care of their family. Chilean health reform prolonged the visiting hours for the patients to 6 hours daily under the concept of friendly hospital making possible for the family to participate actively in the care of their hospitalized relatives.

The purpose of this study was to describe the family care of elderly people hospitalized, as well as to describe the family, institutional and nursing factors that can influence such a care.

**Methodology:** this is a descriptive and transversal study of 73 family caregivers between June and July 2009. Data were collected using a structured questionnaire instrument designed by the thesis student. Katz's index was applied to each patient and all the clinical records were reviewed after informed consent was given. Statistical analysis was performed using Stata 8.0 program.

**Results:** patients were more frequently elderly women over 80 years old. Fifty percent of them had severe disability and the most frequent diagnosis on admission was stroke. Caregivers were mainly women, patient's daughter or wife, aged 35 to 59. Family involvement in caring was mainly related to satisfy universal self-care requirements, feeding and human interaction.

**Conclusions:** during hospitalization each patient family assumes as self-care dependent agent, but their participation is only intuitive since they were not trained by the nursing team to accomplish this job. Increased visiting hours driven by the health reform have facilitated the integration of family caregivers whose presence is of great value mainly in reducing the impact of hospitalization of elderly people.

**KEY WORDS:** elderly, hospital, family caregiver



### III. INDICE DE CONTENIDOS

	Página
<b>CAPITULO 1. INTRODUCCIÓN</b>	1
1.1 Introducción.....	2
1.2 Delimitación del problema.....	5
1.3 Definición de términos.....	6
1.4 Objetivos.....	8
1.4.1 Objetivos Generales.....	8
1.4.2 Objetivos Específicos.....	8
<b>CAPITULO 2. MARCO CONCEPTUAL</b>	9
2.1 MARCO CONCEPTUAL	10
2.1.1 Aspectos demográficos del envejecimiento de la población en Chile.....	10
2.1.2 Aspectos Epidemiológicos del envejecimiento de la población en Chile.....	12
2.1.3 Políticas públicas y Programas relacionados con el adulto mayor en Chile.....	15
2.1.4 Reforma de Salud en Chile.....	18
2.1.4.1 Modelo Integral de salud.....	20
2.1.4.2 Hospital Amigo-Plan de Apertura de los Hospitales a la familia y la comunidad.....	21
2.1.5 La familia.....	23
2.1.5.1 La familia cuidadora.....	25
2.1.5.2 Participación de la familia-adultos mayores Hospitalizados.....	26
2.1.6 Profesional de enfermería – Cuidado formal.....	29
2.1.6.1 Modelo conceptual de Dorotea Orem .....	33
2.2 VARIABLES.....	38
2.2.1 Definición de variables.....	38
2.2.2 Operacionalización de las variables.....	40

<b>CAPITULO 3: MARCO METODOLÓGICO</b>	47
3.1 Contexto y tipo de estudio.....	48
3.2 Definición del Universo.....	48
3.3 Método de recolección de datos.....	48
3.4 Validación del instrumento.....	49
3.5 Descripción del instrumento.....	50
3.5.1 Cuadro resumen: Objetivos/variables/Ítem.....	51
3.6 Criterio de exclusión.....	52
3.7 Análisis estadístico.....	53
3.8 Enfoque y procedimientos éticos.....	53
3.9 Limitaciones del estudio.....	54
<b>CAPITULO 4: PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS</b>	
<b>DESCRIPTIVO DE LOS RESULTADOS</b>	55
Tabla N°1 Características sociodemográficas del Adulto mayor hospitalizado.....	56
Tabla N°2 Características de salud del Adulto mayor hospitalizado.....	58
Tabla N°3: Características sociodemográficas del cuidador familiar.....	60
Gráfico N°1 Acompañamiento del cuidador familiar durante las horas de comida.....	61
Gráfico N°2 Actividades que realiza el cuidador familiar durante la alimentación.....	62
Gráfico N°3 Actividades que realiza el familiar en el proceso de eliminación.....	63
Gráfico N°4 Ayuda del cuidador familiar en el aseo persona del AM.....	64
Gráfico N°5 Ayuda el familiar a levantarse de la cama.....	65
Gráfico N°6 Frecuencia de visita realizada por el cuidador familiar.....	66

Gráfico N°7 Tiempo de permanencia del cuidador en cada visita.....	67
Gráfico N°8 Interacción entre cuidador y AM relacionado con la Afectividad.....	68
Gráfico N°9 Interacción entre cuidador y AM relacionado con actividades de recreación.....	69
Tabla N°4 Factores de la propia familia relacionados con el cuidado del AM hospitalizado.....	70
Tabla N° 5 Factores de la institución relacionados con el cuidado del AM hospitalizado.....	72
Gráfico N°10 Tiempo de permanencia del cuidador familiar durante la Visita.....	73
Tabla 6 Factores del profesional de enfermería relacionados con el cuidado del AM hospitalizado.....	74
<b>CAPITULO 5: CONCLUSIONES</b>	75
5.1 Discusión Bibliográfica.....	76
5.2 Conclusiones.....	81
5.3 Recomendaciones.....	84
<b>BIBLIOGRAFÍA</b> .....	86
<b>ANEXOS</b> .....	96
Anexo N° 1.....	97
Anexo N° 2.....	104
Anexo N° 3.....	107



# **CAPITULO 1**

## **INTRODUCCIÓN**

## **CAPITULO 1**

### **INTRODUCCIÓN**

#### **1.1 INTRODUCCIÓN**

La motivación para este estudio nace de la experiencia profesional y personal de la autora con los adultos mayores (AMs) y del creciente aumento de éstos en las unidades médicas, asimismo, la reciente puesta en marcha del Hospital Amigo como una apuesta novedosa y desafiante de la Reforma de salud chilena, han constituido el marco de esta investigación.

El aumento de la población de AMs, obedece a profundas transformaciones demográficas que ha experimentado el país: por una parte, la disminución del crecimiento de la población, y por otra, el creciente envejecimiento de las estructuras por edad.

La actual Reforma de Salud en Chile, toma en cuenta la transición demográfica y epidemiológica del país, propiciando la instalación de un modelo de atención integral de salud, en el cual el envejecimiento de las personas es abordado en todas sus dimensiones, reconociéndose a la persona como un ser biosicosocial que pertenece a una familia y que está inserto en una comunidad (Ministerio de salud de Chile [MINSAL] 2000).

La instalación de este nuevo modelo de salud a nivel hospitalario, requiere de cambios sustantivos de la gestión hospitalaria. Un ejemplo de ello lo constituye el plan de apertura de los establecimientos hospitalarios a la familia y a la comunidad, bajo el concepto de Hospital Amigo. (MINSAL, 2007). El éxito de este proyecto, requiere de la disposición, el compromiso y la fidelización de toda la comunidad hospitalaria para con el mismo, como también del paciente y su familia.

El Hospital Amigo ha centrado su mirada en los grupos vulnerables que se encuentran hospitalizados, vale decir los niños y los AMs. Es, precisamente, en la familia de estos últimos en la que se centra este estudio.

La familia se reconoce como la principal dispensadora de cuidados. Según Orem (1993) se denomina agente de cuidado dependiente cuando otro asume la responsabilidad de conocer y cubrir las demandas terapéuticas de autocuidado del familiar enfermo.

Toronjo (2001) analiza diferentes autores los que objetivan tres dimensiones diferentes pero no excluyentes sobre el papel del cuidador familiar:

- a) el cuidador como recurso
- b) el cuidador como co-trabajador
- c) el cuidador como co-cliente.

Bajo esta premisa el cuidador familiar pasa a ser el protagonista en el arte de cuidar. En consecuencia, desde el punto de vista de la autora de esta tesis, ha llegado el momento de reconocer la importancia real del cuidador familiar, porque el éxito de la continuidad de los cuidados del paciente AM en su hogar, requiere que éste haya sido bien capacitado para los cuidados que deberá proveer.

Debería quedar atrás, la idea errónea de que el lazo familiar y el deseo de cuidar son suficientes para otorgar un cuidado de calidad "la creencia según la cual los AMs se encuentran mejor atendidas en la familia, sólo puede mantenerse si existen servicios sanitarios adecuados y de calidad, complementarios a la función de los cuidadores familiares..." (Montenegro, Salazar, Puente, Gomez y Ramirez 2009, p.173). Reforzando lo anterior, otro autor sostiene que "la responsabilidad en la formación de cuidadores informales (familiares) recae en el profesional de enfermería" (García 2001, p.67).

La evolución de la profesión de enfermería y los logros obtenidos en el último tiempo, permiten que sea considerada como la profesional más idónea para cumplir con el desafío de entregar servicios adecuados y de calidad para el paciente y el cuidador familiar. Prueba de ello, es la aprobación de la Norma General Administrativa N° 19, Gestión del cuidado de Enfermería para la atención cerrada, que le entrega atribuciones para "organizar, supervisar, evaluar y promover el mejoramiento de la calidad de los cuidados de enfermería, a fin de otorgar una atención segura, oportuna, continua, con pertinencia cultural y en concordancia con las políticas y normas establecidas por el Ministerio de Salud" (MINSAL, 2007 p.1).

La esencia de la enfermería es el "cuidar", lo que implica también, entregar herramientas a las personas y sus familias para que se cuiden a sí mismos, tomando en cuenta y respetando sus propias creencias y conocimientos del acto de cuidar, considerando al binomio paciente - familia como una sola unidad.

En los hospitales, el personal más numeroso lo constituye el equipo de enfermería liderado por el profesional de enfermería. El rol que este equipo de profesionales y técnicos de enfermería desempeñan durante la hospitalización de un paciente anciano es fundamental, porque son quienes están más cerca de éste y del cuidador familiar, ejerciendo una atención directa. Vale decir, parte de las intervenciones de enfermería consisten en dar la oportunidad de participación a la familia en el cuidado de su familiar enfermo, teniendo en consideración que será precisamente ella la que continuará con los cuidados en el hogar. En consecuencia, este estamento juega un rol sustantivo para que el Hospital Amigo, responda a las necesidades de sus usuarios y a los objetivos por el cual fue creado.

Por último, el plan de apertura de los hospitales a la familia y la comunidad, como se señala previamente, implica no sólo cambios culturales sino también de la forma en que el cuidado se entrega. De esta manera, la participación de la familia en el cuidado del AM hospitalizado en el marco del Hospital Amigo,

estará determinado por la interrelación de tres factores: la Institución hospitalaria, el profesional de enfermería y las familias de los AM hospitalizados

## 1.2 DELIMITACIÓN DEL PROBLEMA

La reflexión para delimitar el problema se inicia con los ejes generadores de este estudio:

- a) El envejecimiento de la población
- b) La Reforma de Salud.



**Fig.1 Ejes Generadores del estudio**

a) El envejecimiento de la población ha significado un aumento significativo de AMs hospitalizados, los que requieren de cuidados que son otorgados, en gran parte, por los profesionales de enfermería, como también por sus familias; estas últimas no visualizadas del todo.

b) La Reforma de Salud sienta sus bases en la participación ciudadana, ya no solo colectiva sino también individual. Una de las estrategias para llevarla a cabo al interior de los recintos hospitalarios es el Plan de apertura de los Hospitales a la familia y la comunidad, conocido como "Hospital Amigo".

Al unir estos dos ejes se crea la instancia para estudiar la participación de la familia en el cuidado del AM hospitalizado y de esta manera darle la importancia que realmente tiene.

Basado en esto, la investigación realizada pretende responder a las siguientes interrogantes: ¿Cuál es la participación de la familia en el cuidado del AM hospitalizado? y ¿Qué factores pueden condicionar la participación de la familia en el cuidado del adulto mayor hospitalizado?

El interés de estudiar la participación de la familia, dice relación con que será ésta la que continuará con los cuidados en el hogar, en particular cuando se trata de AMs, ya que, como se mencionara precedentemente, el envejecimiento demográfico de la población ha propiciado un cambio epidemiológico a nivel del país que ha determinado un cambio en el perfil del usuario hospitalario, el que es cada vez más añoso y portador de pluripatología.

Es en este grupo etario más frágil y vulnerable donde la familia puede llegar a constituirse en una pieza fundamental para el cuidado durante su hospitalización, así como jugar un papel clave en la continuación del mismo.

El presente estudio describe la participación de la familia en el cuidado del AM hospitalizado y factores interrelacionados propios de la familia, de la Institución y del profesional de enfermería en las Unidades de Baja y Mediana Complejidad Médica del Hospital Carlos Van Buren [HCVB], V Región, durante los meses de Junio y Julio del 2009.

### **1.3 DEFINICIÓN DE TÉRMINOS**

**1. Participación de la familia en el cuidado:** actividades realizadas por el cuidador familiar como agente de cuidado dependiente, dirigidas a cumplir con los requisitos de autocuidado universal en AMs hospitalizados.

**2. Familia:** se entiende a la persona que se identifica como el cuidador familiar. En esta investigación se habla de familia como sinónimo de cuidador familiar.

**3. Agente de cuidado dependiente:** acciones realizadas por el cuidador familiar para satisfacer algunos de los requisitos de autocuidado universal.

**4. Requisitos de autocuidado universal:** son comunes a todos los seres humanos y están asociados a los procesos vitales, al mantenimiento de la integridad de la estructura y funcionamiento humano y al bienestar general. Son expresiones de la acción a desarrollar por o para los individuos, a fin de controlar los factores humanos y ambientales que afectan al funcionamiento y desarrollo humano.

En esta investigación se estudian las actividades que realiza la familia para dar cumplimiento a los siguientes requisitos de autocuidado universal: mantener un aporte de agua y alimentos suficiente, proveer cuidados asociados a procesos de eliminación, mantener el equilibrio entre actividad y reposo y mantener el equilibrio entre la soledad y la interacción humana.

**4. Cuidador familiar:** es aquel que tiene un lazo significativo con el AM hospitalizado consanguíneo o no, y que no recibe remuneración por su trabajo. En ésta investigación se utiliza indistintamente de la palabra familia.

**5. Adulto/s mayor/es (AM) (AMs):** se refiere a personas iguales o mayores de 60 años de edad, hombres y mujeres. En esta investigación se utiliza indistintamente persona/s mayor/es y / o anciano/s.

## **1.4 OBJETIVOS**

### **1.4.1 Objetivos generales**

1. Analizar la participación de la familia en el cuidado del adulto mayor hospitalizado en las Unidades de Baja y Mediana Complejidad Médica del hospital Carlos Van Buren de Valparaíso.
2. Analizar factores relacionados con la participación de la familia en el cuidado del AM hospitalizado en las Unidades de Baja y Mediana Complejidad Médica del hospital Carlos Van Buren de Valparaíso

### **1.4.2 Objetivos específicos**

- 1.1 Describir características socio-demográficos y de salud del AM hospitalizado.
- 1.2 Describir características socio-demográficos del cuidador familiar que participa en el cuidado del AM hospitalizado.
- 1.3 Describir las actividades realizadas por el cuidador familiar para cumplir con los requisitos de autocuidado universal del AM hospitalizado.
- 2.1. Describir factores del propio cuidador familiar relacionados con la participación de éste en el cuidado del AM hospitalizado.
- 2.2 Describir factores institucionales relacionados con la participación de la familia en el cuidado del AM hospitalizado.
- 2.3 Describir factores del profesional de enfermería relacionados con la participación de la familia en el cuidado del AM hospitalizado.

## **CAPÍTULO 2**

### **MARCO CONCEPTUAL**

## CAPÍTULO 2

### MARCO CONCEPTUAL

#### 2.1 MARCO CONCEPTUAL

##### 2.1.1 Aspectos Demográficos del envejecimiento de la población en Chile

Si comparamos Chile con Latinoamérica, podemos señalar que según la forma en que se combinan las tasas de natalidad con las de mortalidad, es posible elaborar cuatro escenarios demográficos:

<b>ESCENARIO</b>	<b>CRECIMIENTO</b>	<b>PAISES</b>
<b>Transición incipiente</b>	2,5% anual	<b>Bolivia, Haití</b>
<b>Transición moderada</b>	Cercano al 3%	<b>Salvador, Guatemala, Honduras, Nicaragua, Paraguay</b>
<b>En plena transición</b>	Moderado, cercano al 2%	<b>Ecuador, México, Panamá, Perú, R. Dominicana, Venezuela</b>
<b>Transición avanzada</b>	<b>Bajo el 1%</b>	<b>Argentina, Chile, Cuba, Uruguay</b>

Fuente: Celade 1996

Como se señala en el cuadro, "Chile se encuentra actualmente en una etapa avanzada de la transición demográfica, junto con Argentina, Cuba y Uruguay (Centro Latinoamericano y Caribeño de Demografía, 1996)" (Olivares, Tirado y Salazar, 2006, p.1)

Los mismos autores señalan que el proceso del envejecimiento es el resultado de dos importantes fenómenos, por una parte el aumento de la expectativa de vida y por otro, la disminución en las tasas de fecundidad. Éste es un proceso que ya ha ocurrido en los países desarrollados y que hoy día cobra fuerza en los países en desarrollo. Las últimas encuestas indican que el 2040 Chile será un país envejecido.

En nuestro país, el grupo de personas mayores de 60 años tiene cada vez más peso relativo en el total de la población. Se estima para el 2015 un total de 2.638.331 de personas mayores, que corresponderían al 14,8% de la población nacional. De este total destaca el grupo de personas mayores de 80 años, los que alcanzarán el 2015 a 386.512 personas (Servicio Nacional del Adulto Mayor [SENAMA], 2009).

Como en todas las etapas del ciclo vital, la vejez presenta importantes diferencias entre las mujeres y los hombres, se señala que existiría un 43,8% de AMs hombres y un 56,2% de mujeres, lo que evidencia la "feminización del proceso de envejecimiento en Chile" (SENAMA 2009, p.24 ).

La diferencia por sexo se nota claramente en la esperanza de vida al nacer, la que actualmente alcanza en promedio en Chile 78,6 años (75,5 años para los hombres y 81,5 años para las mujeres). A su vez, la viudez es un rasgo de la vejez femenina, así como en los hombres lo es la vida en pareja (SENAMA, 2009).

Según el Censo de 2002, tres de cada 10 hogares chilenos en promedio tienen al menos un AM entre sus miembros (Massone,Valdebenito y Vogel 2010). Por otra parte, en el 56.1% de los hogares, los AMs conviven con sus hijos, en el 16.3% con otros parientes y en sólo 3% conviven con personas sin lazos de parentesco (Albala,Lebrao,León, Ham-Chande ,Hennis. Palloni y otros 2007).

A escala subnacional, el proceso de envejecimiento se ha desarrollado de manera no homogénea a lo largo del territorio nacional existiendo regiones

más envejecidas que otras, como lo señalan los siguientes indicadores según regiones del año 2007.

### 1. Índice de vejez (cociente entre la población de 65 y más años y los < 15 años)

Nacional	Región de Valparaíso	Región de los Ríos	Región de Magallanes
40,2	62,3	54,1	53,1

Fuente: INE 2009

Se puede observar que la región de Valparaíso es la que tiene el índice de vejez más alto, muy por encima del índice nacional

### 2. Porcentaje de AMs respecto a la población nacional

Nacional	Región de Valparaíso	Región de los Ríos	Región de Arica-Parinacota
12,1%	14,0%	13,0%	12,9%

Fuente: INE 2009

Se puede observar en el cuadro, que la región de Valparaíso es la que presenta la población más envejecida, con un 14% de mayores de 60 años. Le siguen la región de Los Ríos con un 13% y la región de Arica-Parinacota con un 12,9%.

#### 2.1.2 Aspectos Epidemiológicos del envejecimiento de la población en Chile

El proceso de transición demográfica avanzada hacia el envejecimiento que se evidencia en el país, ha traído consigo un aumento de patologías crónicas degenerativas, que afectan preferentemente a los adultos, en especial a los AMs. Este tipo de enfermedades afecta progresivamente a una mayor proporción de la población, lo que está determinando un incremento de

personas con algún grado de dependencia, que necesariamente requieren de la ayuda de otros, habitualmente de un familiar.

Ésta afirmación se sustenta en el Índice de Dependencia que se muestra en la tabla siguiente:

**Población mayor de 65 años por cada 100 adultos entre 15 y 64 años.**

Índice de Dependencia	1990	2020
( >65/15 – 64 x 100)	9,5	<b>17,5</b>

Fuente MINSAL 2010

La Encuesta de Salud, Bienestar y Envejecimiento 2005, objetivó la existencia de una serie de enfermedades que afectan al AM, las que en orden de prevalencia son las siguientes: hipertensión arterial (HTA), trastornos cardiovasculares, artritis y diabetes mellitus (DM) (Albala, Lebrao, Len, HamChande, Hennis, Palloni y otros, 2005).

Efectivamente, la HTA y la DM tienen una alta prevalencia en los AMs, en comparación a otros grupos de edad y son reconocidamente enfermedades precursoras de discapacidad y dependencia, como ocurre con los accidentes cerebrovasculares. Su alta prevalencia podría ser explicada en parte porque “a pesar de la existencia de programas dirigidos al AM, se están perdiendo oportunidades importantes para lograr impacto en la salud de este grupo de la población” (Marín, 2005, p.337).

En las edades avanzadas la prevalencia de enfermedades crónicas, como ya se ha señalado, es más frecuente, de ahí que la salud de los AMs no se mida sólo en términos de morbilidad sino en términos de funcionalidad. De hecho, la Organización Mundial de la Salud (OMS) definió como el indicador más representativo de salud para este grupo etáreo, el estado de independencia funcional, entendida como “la capacidad para cumplir o realizar determinadas acciones, actividades o tareas requeridas en el diario vivir” (OMS, 1982). Posteriormente, este mismo organismo amplió la definición, considerando un

AM funcionalmente sano como "aquel que es capaz de enfrentar el proceso de cambio con un nivel adecuado de adaptabilidad funcional y satisfacción personal" (OMS, 1985).

En Chile desde el año 2006, el sistema de atención primaria de salud aplica la escala de evaluación funcional del AM (EFAM) la que discrimina entre AM funcionalmente sano y AM con riesgo de deterioro de la funcionalidad a corto o mediano plazo. Para los pacientes postrados en sus hogares se aplica el índice de Katz, instrumento que evalúa las actividades básicas de la vida diaria.

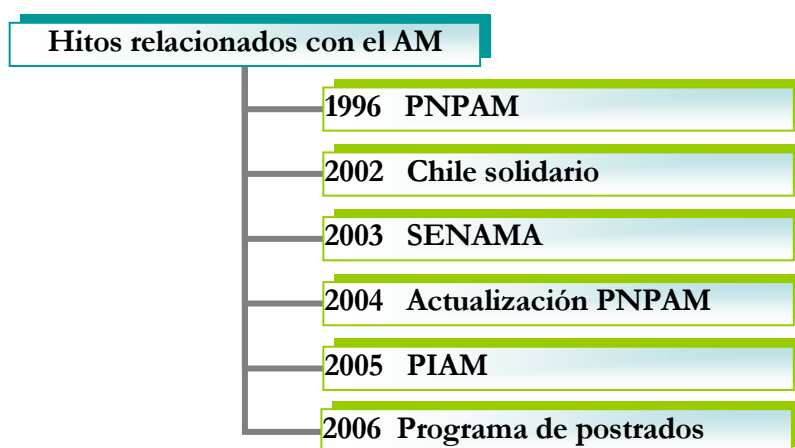
En su primer año de aplicación, el EFAM mostró que 71,4% de los AMs evaluados eran autovalentes y un 25,2% tenían la condición de frágiles, es decir individuos con riesgo de pérdida de la funcionalidad y dependencia. Se objetivó, además, que sólo el 3.3% de todos los AMs evaluados en sus hogares mediante la escala de funcionalidad Katz, eran dependientes (Dirección de Estadísticas e Información en Salud, 2006).

Según SENAMA (2009), la encuesta de protección social sobre funcionalidad del AM, objetivó que el 21,4% de esta población necesitaba ayuda de terceros, o presentó algún grado de dificultad para realizar las actividades de la vida diaria. Es preciso destacar que la ayuda de terceros está representada principalmente por la familia. En consecuencia, se podría argüir que existiría una ayuda silenciosa que la familia entrega, permitiéndole al AM satisfacer sus necesidades para su desenvolvimiento en la vida diaria.

Es más, la familia está presente jugando un rol participativo en todas las políticas públicas relacionadas con el AM. En Chile, actualmente el cuidado de los AMs dependientes recae en la familia y la política nacional para el Adulto mayor (PNPAM) plantea que parte importante de esta problemática "debe ser resuelta por la propia comunidad y muy especialmente, al interior de la familia, la cual debe ser ayudada en esta tarea por toda la sociedad" (Chile, 1996 p.17).

Basándose en lo anterior, resulta relevante realizar un recorrido por los principales hitos, generados por distintos gobiernos en pro del AM y su familia, los que se analizarán a continuación.

### 2.1.3 Políticas Públicas y Programas relacionados con el AM en Chile



**Figura N° 3 Línea del tiempo de hitos relacionados con el AM en Chile**

En la medida de que la población ha ido envejeciendo, las políticas públicas así como nuevas organizaciones, comienzan a orientar su gestión hacia el AM, con el objeto de dar respuesta a las nuevas necesidades de la población.

Reafirmando lo anterior, la Política Nacional para el AM fue promulgada en 1996 y posteriormente actualizada el 2004. El objetivo general de esta política es "lograr un cambio cultural de toda la población que signifique un mejor trato y valoración de los AMs en nuestra sociedad, lo cual implica una percepción distinta sobre el envejecimiento y la vejez, y así alcanzar mejores niveles de calidad de vida para todos los AMs" (Chile, 1996 p. 16).

En esta política, se enfatiza la importancia del rol de la familia en el cuidado del AM, afirmación que se avala en uno de los objetivos específicos de la PNPAM que considera "fortalecer la responsabilidad intergeneracional en la

familia y comunidad”, señalando que “la familia es la institución social, por excelencia, encargada de velar y proteger el desarrollo de sus miembros. La familia es la instancia social en que el ser humano encuentra afecto, seguridad, reconocimiento y amor. En ella la persona satisface necesidades básicas esenciales para su adecuado desarrollo, lo cual cobra especial significación para el AM. Lo normal es que las personas de edad encuentren en sus hijos, hermanos y nietos, un sólido apoyo en lo material, en lo afectivo y en lo espiritual”, finalmente agrega que...” la familias deben recibir un apoyo por parte de los servicios públicos que posibiliten una mejor atención y desarrollo de los Adultos Mayores. (Chile 2004 p.17). Lo anterior, deja meridianamente claro la importancia de la familia y su rol fundamental en el bienestar del AM.

El año 2002, se creó el programa Chile Solidario, que es un sistema de protección social dirigido a las familias y sus integrantes en situación de extrema pobreza, promoviendo su incorporación a las redes sociales y el acceso a mejores condiciones de vida.

Enmarcado en el programa Chile Solidario, el 2005 se inauguró el programa Integral para el AM (PIAM), dependiente del Ministerio de Planificación (MIDEPLAN). Su objetivo es mejorar la calidad de vida de los AMs en situación de pobreza, acercándolos a la institucionalidad existente, e integrándolos a su comunidad a través de la coordinación intersectorial de servicios públicos y de la acción de un grupo especializado de trabajo a nivel local. Así, se espera dar una respuesta directa a las necesidades de una población significativa de AMs, que al no estar insertos en una familia, presentan condiciones de vulnerabilidad extrema.

En la medida de que el número de AMs ha ido aumentando, se han generado nuevos programas que van dando respuesta a las necesidades del AM y sus familias (cuidadores), reconociéndose que el aumento de la expectativa de vida trae consigo el aumento de los problemas de salud y en algunas situaciones, discapacidad y postración. De esta manera, en el 2006 se pone

en funcionamiento el Programa de apoyo a personas con postración severa o pérdida de autonomía, dirigida a los AMs y a personas de cualquier edad con esta condición. Este programa permite a los equipos de salud, capacitar a los cuidadores en la atención de personas postradas. Las prestaciones que este plan incorpora, incluyen además de la capacitación al cuidador familiar, el apoyo y asistencia técnica del equipo de salud entregando un estipendio en dinero al cuidador en situación de indigencia o pobreza extrema, evitando la institucionalización del AM (MINSAL, 2006).

Pero hace falta hacer mucho más. El cuidar en familia no es un asunto que deba resolver la propia familia, sino es una tarea de todos. En un estudio realizado en España, el 40,4% de los ciudadanos consideraban que las administraciones públicas deberían ser las principales responsables de la atención a las personas dependientes y sólo el 26,4% consideró que las familias debían estar a cargo de los cuidados, aunque con recursos del Estado (Giro, 2005).

En los últimos años, Chile ha avanzado significativamente en la implementación de una institucionalidad de protección al AM y con propiedad se puede señalar que los AMs son una prioridad en las políticas actuales, las que se han visto reorientadas con la Reforma de Salud, entre cuyos objetivos considera la corrección de las deficiencias de atención al AM en los servicios hospitalarios.

Corregir las deficiencias de atención requiere de cambios que deben partir de los propios involucrados, de ahí la necesidad de promocionar la participación social y particularmente del cliente/paciente incluida su familia. La participación social no es algo tan nuevo como algunos puedan pensar. Desde el año 1993, la participación social aparece como uno de los principios que orientan las políticas de salud junto a la equidad, la eficiencia social, el respeto por la dignidad de las personas y la solidaridad. La participación social es uno de los elementos comunes en los países de Latinoamérica que

han iniciado reformas de salud (Vasquez,Siqueirab,Kruzeb,Da Sivac y Leiteb, 2002).

#### **2.1.4 Reforma de Salud en Chile**

Chile, inicia su proceso de Reforma de Salud el año 2000, el cual requirió de una serie de iniciativas de evaluación y análisis técnico-sanitarios, junto a la exploración y validación de instancias de participación ciudadana que dieron cuerpo a una importante transformación del sector.

La reforma de salud dio una nueva estructura a la autoridad sanitaria y reorganizó el sistema de salud (Bastías y Valdivia,2007).

La base jurídica de la reforma de salud la constituyeron cinco leyes:

1. Ley de Financiamiento.
2. Ley de Autoridad Sanitaria y Gestión.
3. Ley de Isapres.
4. Ley de Derechos y Deberes del paciente.
5. Ley AUGE (Acceso Universal con Garantía Explícitas).

La ley Acceso Universal con Garantía Explícitas, se transformó posteriormente en Garantías explícitas en salud (GES). Esta ley, tenía como antecedente técnico más importante cuatro objetivos sanitarios 2000- 2010, señalados a continuación:

- a) Mejorar los logros sanitarios alcanzados.
- b) Enfrentar los desafíos derivados del envejecimiento de la población y de los cambios de la sociedad.

- c) Disminuir las desigualdades en salud.
- d) Prestar servicios de salud acordes a las expectativas de la población (MINSAL, 2002).

Al finalizar la década se llevó a cabo la evaluación final de período de los objetivos sanitarios 2000 -2010, que dio cuenta de lo siguiente:

a) En relación al primer objetivo, no se logró avanzar en temas relativos a mejorar la calidad de vida, dado que no se cuenta con sistemas de información que permitan evaluarla. Si se extrapola el tema de la calidad de vida a los cuidadores familiares, quienes en ocasiones descuidan su salud y su economía por cuidar, es probable que ésta se vea mermada en lo que se refiere a la salud física y emocional del cuidador.

En este mismo objetivo hubo un balance positivo en el desarrollo de la red asistencial y en el fomento de organizaciones de grupos de voluntariados que realizan acciones de apoyo a la humanización de la atención, apoyo a los cuidados domiciliarios y a pacientes postrados.

b) Respecto al segundo objetivo, el que esta enfocado a los cambios culturales y estilos de vida cuya población de interés son las personas antes de que envejecan no se apreciaron los avances que se esperaban. Prueba de ello fue que la Diabetes Mellitus presentó un mal indicador, patología de alta prevalencia en AMs, que lleva a la discapacidad y que en algún momento se requerirá de otro que supla el autocuidado.

En este mismo gran objetivo se midieron objetivos de impacto relacionados con reducir las muertes y la discapacidad, los que tuvieron un alto número de metas cumplidas especialmente en aquellas relacionadas a enfermedades cardiovasculares y ciertas enfermedades respiratorias, especialmente en personas mayores.

c) No se cumplieron los objetivos de impacto relacionados con el tercer objetivo general.

d) Por último, para la medición del cuarto objetivo, se consideró

uno de sus objetivos de impacto, vale decir, la satisfacción desde la perspectiva de los usuarios, encontrándose que el grado de satisfacción bajó pero siempre manteniéndose relativamente alto, cercano al 80%. La medición evaluaba dimensiones de atención médica, atención de enfermería, higiene de baños y salas de espera entre otros (Minsal, 2011).

Algunas de estas dimensiones se evaluarán en esta investigación, ya que apreciar la satisfacción usuaria responde a la importancia que se le está dando a la participación individual, la cual se expresa como la utilización de los servicios de salud, la negociación de las pautas terapéuticas por un «consumidor o cliente» informado, la expresión de su opinión de los servicios de salud etc. (Vázquez y otros, 2002).

Complementando lo anterior, se sostiene que “un enfoque integral de la salud exige una participación activa, informada y responsable de cada persona y de la comunidad organizada. Los ciudadanos deben tener los cauces que les permitan expresar sus aspiraciones e inquietudes y participar en la orientación de los servicios de salud que los atienden, sean estos públicos o privados. La salud integral y participativa es un compromiso del Estado” (Celedón y Noe, 2000 p. 102).

Cabe señalar que los objetivos sanitarios para la década 2011 – 2020 son los mismos que los de la década pasada, pero con los cambios necesarios para cumplir las metas propuestas.

#### **2.1.4.1. Modelo integral de salud**

La reforma de salud incorpora el Modelo integral de salud el cual se define como “el conjunto de acciones que promueven y facilitan la atención eficiente, eficaz y oportuna que se dirige, más que al paciente o a la enfermedad, a personas consideradas en su integralidad física y mental

como seres sociales pertenecientes a diferentes tipos de familia y comunidad, que están en permanente proceso de integración y adaptación a su medio ambiente físico, social y cultural” (MINSAL, 2000).

El modelo de atención integral busca poner como objetivo central, el satisfacer las necesidades de salud de la población reordenando el sistema organizacional de los oferentes, transformando su organización burocrática piramidal, por niveles sin conexión entre sí, a un sistema de establecimientos en redes asistenciales. Esto último no sólo permite contar con un sistema de comunicación adecuado para las derivaciones que procedan, sino también, asegura la continuidad de los cuidados del paciente donde la familia tiene responsabilidad, como lo establece el modelo integral de salud.

La educación para el autocuidado y el apoyo a la familia durante la hospitalización del AM, permite, una vez que egrese del hospital, dar continuidad a la atención contribuyendo de esta manera al funcionamiento del sistema de redes.

Para que exista participación del paciente y su familia en el medio hospitalario, se requiere que la familia se empodere de su rol de cuidador y futuro continuador de los cuidados, pero, al mismo tiempo, deben existir puertas de entrada a los sistemas de salud, es decir, que se creen mecanismos por los que las personas de manera individual o colectiva puedan implicarse con los servicios, a través de mecanismos que permitan recoger las quejas y sugerencias, instalar oficinas de información, permitir el consentimiento informado y facilitar la extensión horaria de visitas, entre otras.

#### **2.1.4.2 Hospital amigo**

El plan de apertura de los establecimientos de salud a la familia y a la comunidad conocido como Hospital Amigo, representa una puerta de entrada para que las personas participen en la cadena de servicios. (MINSAL,

2006). En una etapa inicial, el plan contempla un aumento sustancial del número de horas de visita, para luego incorporar otros elementos más complejos.

Entre estos, mejoría en la infraestructura y cambios actitudinales en el equipo de salud, porque la apertura de los establecimientos a la familia y/o comunidad involucra una alteración sustantiva de la forma como debe interrelacionarse el equipo de salud y la familia. Esta nueva manera de entregar salud, requiere que el cuidador informal sea considerado como parte de las intervenciones de enfermería, principalmente en familiares de pacientes más vulnerables a nivel hospitalario como son los niños y los ancianos.

La extensión horaria, se traduce en un proceso de humanización de la atención, permitiendo una permanencia más prolongada a la familia para que satisfaga las distintas necesidades de su familiar hospitalizado. Cumple, además, con el acompañamiento espiritual tan necesario en momentos de enfermedad.

Esta apertura de los establecimientos no es nueva, en Chile, el Instituto Nacional de Geriatría, hace aproximadamente 10 años, puso en práctica la iniciativa de integrar a la familia en el cuidado del AM enfermo. En un comienzo, la experiencia no estuvo exenta de dificultades, debido en parte a la infraestructura que contaba con salas múltiples, lo que significaba un gran número de familiares en una misma sala produciendo algunos molestias a otros pacientes y por otro lado para las personas que allí trabajaban, porque suponía una mayor exposición a la crítica y mayor observación al quehacer institucional.

Lo anterior requirió ciertos ajustes al proyecto y en la actualidad se puede decir que los beneficios han superado las dificultades, entre ellos destacan:

- Aumento de la satisfacción de los familiares y los pacientes hospitalizados.

- Integración del familiar y/o red de apoyo social inmediato al cuidado y asistencia del AM hospitalizado.
- Entrenamiento del familiar en cuidados y atención del paciente para la continuidad del tratamiento y apoyo en el domicilio. (Subdirección Administrativa. Instituto Nacional de Geriatría, 2007).

Una experiencia similar en el área de Pediatría del Hospital Clínico de la Pontificia Universidad Católica de Chile fue evaluada el 2003 tras once años de implementación, los resultados fueron positivos en especial, para la práctica de apego, como también un destacable esfuerzo y disposición del personal en favorecer precozmente el amamantamiento (Saldías, Quezada, Galleguillos, Lucchini, Marquez y Cabezas, 2003).

El año 2007 el Ministerio de Salud publicó una encuesta aplicada en varios hospitales del país, la que reveló que la implementación del programa del Hospital Amigo, tiene una aplicación no homogénea en los distintos centros hospitalarios investigados.

Sin embargo, esto mejoró hacia fines del 2008 en que la visita diaria de 6 horas a pacientes hospitalizados se había implementado en el 98% y en el 91% de los establecimientos con camas para la hospitalización de AMs de los hospitales de la Red cuentan con protocolos de acompañamiento las 24 horas del día, profundizando de esta manera la integración de la familia en la atención del AM hospitalizado (MINSAL, 2008).

### **2.1.5 La familia**

Hoy en día las familias son tan diversas como los individuos que la componen. Definir el concepto de familia no es fácil, sin embargo, desde el punto de vista de la teoría general de sistemas, la familia se puede definir como un sistema social compuesto de dos o más individuos, con un fuerte compromiso emocional y que viven dentro de un hogar común. Esta definición permite incluir la gran variedad de estructuras familiares que

existen dentro de la sociedad moderna; por ejemplo, la familia uniparental, la familia nuclear, la familia extendida, etc.

En la teoría general de sistemas, la familia se considera como un sistema social abierto que existe e interacciona con los más grandes de la sociedad. A su vez, el sistema familiar está constituido de varias partes interrelacionadas (los miembros familiares) que forman diversos patrones de interacción (subsistemas). (Boyd, S. 1990).

Basado en lo anterior, se puede afirmar que cualquier problema de salud individual, puede llegar a crear un problema de salud familiar, tanto de orden psicosocial, como de predominio biológico. La enfermedad de uno de los miembros, implica un reajuste familiar que puede llevar a la disfunción del grupo, si no es capaz de adaptarse (Quero, Briones, Prieto,Pascual,Navarro,2002).

Una adaptación eficaz influirá positivamente en el estado de salud del paciente, mientras que una adaptación ineficaz ejercerá un efecto negativo, reconociéndose por tanto que la familia del paciente ejerce una influencia notable en el resultado de su enfermedad (Morrison, 1999).

La familia entendida como un sistema abierto interactúa con el supra sistema, en este caso la institución hospitalaria y el equipo de salud, interacción que comienza al momento del ingreso del paciente al hospital y durará hasta el alta hospitalaria, o continuar en el domicilio, dependiendo de la situación particular de salud que afecte al anciano.

Si hay una adecuada interacción habrá una adecuada participación, por el contrario si no la hay aumentara el estrés familiar lo que puede poner en riesgo la salud AM.

Una forma de facilitar la participación de la familia implementada por la Reforma de salud ha sido la extensión del horario de visitas, reconociendo de

esta manera el rol fundamental que tiene la familia en el cuidado de los enfermos, en particular los AMs.

#### **2.1.5.1 La familia cuidadora**

Las expectativas de la sociedad respecto de la función que debe cumplir la familia, cuando se enferma uno de sus miembros, se han mantenido, a pesar de que se han producido cambios importantes en la estructura familiar y su concepto. Está claro que la familia sigue siendo una institución fundamental y la base de nuestra sociedad.

Cuando se hace referencia a las familias cuidadoras, se debería hablar de mujeres cuidadoras, puesto que son ellas las que habitualmente cuidan. El rol como cuidadoras está tan enraizado en la cultura, que sin cuestionarse, asumen que ese es su rol y lo cumplen. (Acosta, 2009). El cuidar se considera trabajo de mujeres, que se extiende más allá de las hijas y las esposas, involucrando sobrinas, nueras y nietas (Marrugat, 2005).

La mayoría de estas mujeres cuidadoras tienen pocos años de estudio formal y en su mayoría (90%) pertenecen al grupo Fonasa A y B y un porcentaje superior al 50% dice no tener previsión. (Luengo, Aráneda y López, 2010). Además, manifiestan estar solas en la tarea de cuidar (60%) y solo el 20 %, reconoce compartir o rotarse en este trabajo. (El cuidado del cuidador, 2006).

El cuidar en las familias involucra un fuerte componente afectivo impregnado, además, de un elevado contenido moral, ya que se lleva a cabo en el marco de un conjunto de obligaciones y deberes derivados de los lazos de parentesco. En nuestra sociedad, la selección o preferencia respecto de quien debe cuidar al AM, deriva de creencias estereotipadas respecto de las deudas y deberes de los hijos para con sus padres (Herrera, 2007). Por otro lado, como nadie les ha enseñado a cuidar, deben enfrentar sentimientos de

impotencia frente a situaciones complejas que no saben como resolver. En este sentido, es más fácil entregar ayuda física que ayuda psíquica y emocional (Marrugat, 2005).

En la actualidad se ha agregado una nueva problemática al tema del cuidado, debido al aumento en la expectativa de vida, que ha condicionado que existen parejas en la que ambos son ancianos, lo que se traduce en una nueva categoría de cuidador, vale decir, anciano que cuida anciano (Costa, Costa, Oliveira, Rodrigues y Correia, 2007).

#### **2.1.5.2 Participación de la familia - Adultos Mayores hospitalizados**

Frecuentemente se considera que las personas tienen las mismas necesidades básicas durante la vida. Sin embargo, el bienestar de cada individuo, su naturaleza e importancia es una experiencia individual. En este mismo sentido, la edad de la persona es una variable que debe ser siempre considerada por su trascendencia. No se discute que las necesidades fisiológicas tienen la supremacía sobre las demás, sin embargo las necesidades de seguridad y protección en edades extremas de la vida pueden ser muy relevantes. Así, las personas suelen experimentar mayor seguridad, cuando se encuentran en ambientes familiares, realizando labores ordinarias con personas en quienes confiar. Cabe preguntarse entonces ¿Qué ocurre cuando un AM es hospitalizado y el ambiente ya no es familiar?

Previamente se ha planteado que el AM, presenta una disminución de su reserva funcional y su capacidad de adaptación a un ambiente no familiar. En consecuencia, el ambiente hospitalario puede ser mucho más estresante para él que para otros adultos, además, debe considerarse que la patología aguda en un AM tiene consecuencias mucho más ominosas que si esta ocurre en otras etapas de la vida. De hecho, las enfermedades en los AMs los hacen habitualmente dependientes para la satisfacción de necesidades básicas, las que son muchas veces cubiertas por la familia (Monticelli y Essen, 2004).

Hoy en día, la hospitalización de los AMs es más frecuente que el resto de la población adulta, su hospitalización es más prolongada y producto de esto desarrollan mayores complicaciones. Entre las complicaciones, destacan las úlceras por presión, las caídas, el síndrome confusional agudo, o el deterioro de su funcionalidad física y/o mental, que en general retardan su alta. Muchas veces también, el alta no se hace efectiva - aún estando en condiciones de ella - debido a no existir el soporte social que asegure la continuidad del cuidado (Gamarra-Samaniego, 2001).

Ortiz, Mendez, Varela y Pamo (2007) encontraron que la hospitalización resulta ser un factor negativo para el estado nutricional del paciente adulto mayor. El estudio hizo un seguimiento a noventa AMs desde el ingreso hasta el alta. El 7,8 % de ellos presentaba desnutrición al momento de ingreso. La incidencia de desnutrición intrahospitalaria varió entre 6 y 9% según parámetros antropométricos, lo cual demuestra que las cifras de desnutrición se incrementan luego de la hospitalización.

El perfil de un usuario añoso, portador de pluri-patología y más vulnerable a la hospitalización, requiere ser abordado con una mirada Geronto-Geriátrica, es decir una mirada de integralidad tal como lo establece el nuevo modelo de salud, mas aun si consideramos que un 22% de los AM hospitalizados se encuentran con un deterioro cognitivo de moderado a severo, coincidente con dependencia total (Varela y col., 2004).

Lamentablemente, el paciente anciano y su familia se enfrentan muchas veces con un equipo de salud que desconoce el manejo diferenciado que debe tenerse con él, respecto de otros adultos hospitalizados. A su vez, la existencia de estructuras hospitalarias que no cuentan con políticas de protección y/o mantenimiento de la funcionalidad de los AMs, amenazan la funcionalidad de éste y consecuentemente la salud del AM hospitalizado. De esta manera, un AM independiente puede convertirse en dependiente, habiéndose incluso resuelto el motivo de su hospitalización, un estudio realizado en un Hospital de Lima, señala que al momento del alta habría un

deterioro significativo en todas las actividades de la vida diaria, siendo éste más prevalente en los mayores de 85 años (Gamarra-Samaniego, 2001).

El deterioro que presenta el AM durante la hospitalización podría mitigarse con una familia educada y apoyada ya que se sabe que "parte de las necesidades del paciente son cubiertas por el cuidador informal, que recibe poca información y asesoramiento del personal de enfermería sobre cómo realizarlas" (Quero y otros, 2002, p.1).

En la transición del cuidado del hospital a la casa, las instituciones tienen que apoyar activamente la educación y proporcionar las herramientas necesarias para el éxito de la continuidad del cuidado. Esto incluye conocimiento, planeación, ejecución, seguimiento y evaluación, como única manera de garantizar que el cuidado sea continuo. (Torres y Morales, 2004).

Lamentablemente, el trabajo de Zea y Torres (2007), concluye que el AM es dado de alta sin habersele educado respecto de cómo continuar el cuidado en casa. Aún cuando, durante la hospitalización existen los momentos propicios para que se realice la orientación al paciente y a la familia sobre su cuidado y la continuidad del mismo en el hogar. En el mismo estudio, se señala que el egreso hospitalario no es más que un acto administrativo en el que se privilegian, indicaciones para la tramitación de la facturación y el pago de la estancia en el hospital, la entrega de ordenes para citas o exámenes diagnósticos y , en algunos casos, orientaciones incidentales para el cuidado del enfermo en casa.

La participación de la familia no constituye un elemento prioritario para el equipo de salud, incluido el profesional de enfermería, como recientemente fue demostrado por un estudio realizado en Medellín. En éste se concluyó que la interacción del equipo de enfermería con el acompañante es mínima, para casi todos los cuidados del estudio (Montoya, Restrepo, Ortiz, Palacio y Garcia, 2000).

Cabe señalar que la hospitalización en un AM significa un gran impacto para su salud pero, por otro lado, el cuidador familiar también se ve afectado, "la hospitalización de un familiar repercute en el cuidador en lo que respecta a gastos económicos, desgaste físico y psicológico" (Quero y otros 2002 p.1)

El tema económico es sin duda relevante y ocurre independiente de la edad del enfermo "uno de los principales problemas que se visualiza para la madre que trabaja, es la disminución del ingreso familiar que su participación implica" (Barrera,Moraga,Escobar y Antilef, 2007 p.8). El tema económico influye en las madres que cuidan a sus hijos como en los hijos que cuidan a sus padres.

Si bien, existen leyes que ayudan a la madre en esta tarea, en lo que respecta a los AMs la situación se complejiza, ya que no hay leyes similares para el familiar que cuida a un AM hospitalizado.

El papel del cuidador familiar durante la hospitalización cobra una relevancia no considerada antiguamente, no existiendo dudas hoy en día, que la hospitalización para un AM resulta menos estresante si su familia está permanentemente con él. Sin embargo, debe también evitarse el estrés que le significa a la persona que proveerá la continuidad del cuidado en el hogar, entregándole la educación y entrenamiento apropiado, así como el apoyo necesario, para que cumpla adecuadamente con el cuidado de su familiar enfermo.

El profesional de enfermería - por las características propias de su disciplina - es quien debería facilitar la participación de la familia en el cuidado de su AM hospitalizado. En consecuencia, es de vital importancia un cambio actitudinal considerando que "las enfermeras de siglo XXI deben tener una visión amplia del cuidado, que se salga de las rutinas hospitalarias y del esquema que todo lo saben, y de que el paciente y la familia son seres pasivos de atención" (Perez, 2002 p.3).

### **2.1.6 Profesional de Enfermería - Cuidado Formal**

La enfermería profesional tiene como razón de ser la persona cuidada. El cuidado profesional ayuda a lograr la salud, aliviar el sufrimiento y/o acompañar hasta la muerte, siempre en un marco de respeto a la dignidad de la persona. Integra a la familia como parte del cuidado, ya que responde a la comprensión holística del ser humano.

Se puede afirmar hoy en día que "las enfermeras somos las profesionales del cuidado" (García ,2001, p.1) afirmación que se respalda por los cambios en el concepto de salud, como también al desarrollo de la disciplina misma.

Antes de continuar, habría que desarrollar algunas definiciones encontradas en la literatura sobre lo que es cuidar..."la lengua inglesa utiliza para referirse a los cuidados:

- CARE: correspondería a los cuidados habituales, relacionados con las costumbres, lo cotidiano. En ellos las personas realizan el cuidado basado en lo aprendido al interior de sus familias y a lo largo de la vida.
- CURE: correspondería a los cuidados de curación, es decir limitar la enfermedad, y en lo posible erradicarla (Colliere, 1930)" (Toronjo 2001, p.60).

Con el avance de la ciencia se fue perdiendo el "care" por sobre el "cure", si bien en el último tiempo, los profesionales de la salud están conscientes que los cuidados de enfermería profesional no pueden estar apartados de los cuidados cotidianos, es decir, han asumido que ambos cuidados deben estar presentes en el quehacer profesional.

Otro concepto de cuidado se refiere a que....."habría cuatro características que determinarían su perspectiva: la naturaleza de la enfermería como ciencia humana, sus aspectos prácticos, la orientación de salud y enfermedad y las relaciones de cuidado que enfermeras y pacientes desarrollan (Meleis, 1994)" ( Zea, 2007, p.42). Esta última característica puede ser la más

compleja de desarrollar, pero es fundamental para que el cuidado se de en toda su expresión.

También, se señala que "la praxis de la enfermería está soportada en una interacción humana con la persona enferma y con su familia para que se apropien del cuidado de sí y el cuidado del otro" (Zea, 2007, p.42).

La mayoría de las enfermeras están comprometidas con una práctica profesional al lado de las personas, "... la práctica se centra en el cuidado a la persona (individuo, familia, grupo y comunidad) quien, en continua interacción con su entorno, vive experiencias de salud (Kerouac ,1996)" (Zárate, 2004 p.).

Complementando lo anterior y manteniendo la esencia del cuidar, hablamos de la gestión del cuidado, vale decir: "la aplicación de un juicio profesional en la planificación, organización, motivación y control de la provisión de cuidados, oportunos, seguros, integrales, que aseguren la continuidad de la atención y se sustenten en las políticas y lineamientos estratégicos de la institución". (MINSAL 1995-1997).

La gestión del cuidado da cuenta de los actos profesionales de la/el enfermera/o, constituyendo un aspecto clave y central de la calidad de la atención de los pacientes, toda vez que las actividades de enfermería constituyen un alto porcentaje de toda la actividad sanitaria en cualquier sociedad (Milos y col. 2010).

En Chile ,la profesión de enfermería se encuentra en un momento histórico que la enfrenta a grandes desafíos, entre los cuales se destaca la Ley 19.937 que da plena autonomía al ejercicio de la profesión e identifica que la gestión del cuidado es el quehacer propio de la enfermera.(Ley 19.937, 2004). El reconocimiento legal se debe a que la enfermera tiene su propio cuerpo de conocimientos, que justifican su actuar permitiendo entregar cuidados de calidad a pacientes y o clientes en los diferentes escenarios.

La profesión de enfermería tiene a su vez un organismo internacional que la agrupa y da directrices sobre el actuar de la enfermera. Este organismo conocido como Consejo Internacional de Enfermeras (CIE) , en sus publicaciones ha realizado las declaraciones de posición sobre la enfermería en sus diversos campos de acción. Es interesante destacar en esta investigación la declaración de posición sobre las personas mayores en la cual se señala que: "el aumento de la esperanza de vida en el mundo lleva consigo un mayor número de personas mayores que necesitan una amplia gama de servicios de salud, incluida la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, la rehabilitación, los cuidados de enfermedades graves o crónicas y los cuidados paliativos. A su vez, las personas mayores tienden a ser mas vulnerables. Las enfermeras, en colaboración con las familias y con otros profesionales de la salud, tienen una función clave que desempeñar en los cuidados a las personas mayores" (CIE., 2006)

Como ya se mencionó, la disciplina de enfermería tiene su propio cuerpo de conocimientos el cual esta constituido por: Ideas y conceptos inherentes a la propia disciplina. Ideas y conceptos seleccionados entre otras áreas o disciplinas de la ciencia.

En el cuerpo de conocimientos o teorías de enfermería se relacionan cuatro elementos que configuran el marco conceptual de enfermería y que están presentes en todas las teorías o modelos:

1. Persona: es la receptora del cuidado, e incluye las personas, la familia y la comunidad. La persona es el centro de recepción del cuidado que se presta, además se reconoce a cada persona como un ser único por lo que la enfermera debe prestar un cuidado individualizado a las necesidades del paciente/ cliente.
2. Salud: se define de distintas formas, según lo haga el cliente, la institución clínica o los profesionales sanitarios. Es el objetivo de los cuidados enfermeros.

3. Enfermería: la enfermera se enfrenta al desafío de prestar cuidados basándose en el valor individual de salud del cliente y en las necesidades de cuidados sanitarios en el momento de prestarlos.

4. Entorno/situación: incluye todas las condiciones posibles que afectan al cliente y la institución en la cual se presta el cuidado sanitario (Taylor, 2003).

Considerando que este trabajo se basa en la participación de la familia en el cuidado del AM hospitalizado, se ha decidido enmarcar este estudio en el Modelo Conceptual de Dorotea Orem, si bien para muchas profesionales de enfermería el modelo de autocuidado les resulta más fácil aplicarlo en la comunidad, esta autora lo ha considerado pertinente, toda vez que la participación de la familia realizada en la institución será una preparación para los cuidados que se darán en el hogar.

Existen experiencias, aunque escasas, de la aplicación del modelo de Orem a nivel hospitalario las que apuntan más que nada a apoyar el sistema familiar cuando existe una enfermedad crónica o terminal (Lange et al., 2006)

#### **2.1.6.1 Modelo Conceptual de Dorotea Orem.**

Todos los seres humanos tenemos necesidades las que se manifiestan a través de nuestras conductas. Para poder tener las necesidades en equilibrio y poder desarrollarnos nace el autocuidado.

Orem define el autocuidado como el conjunto de acciones intencionadas que realiza la persona para controlar los factores internos o externos, que pueden comprometer su vida y desarrollo posterior. El autocuidado, por tanto, es una conducta que realiza o debería realizar la persona para sí misma.

Orem desarrolló la Teoría General de Enfermería la cual se constituye de 3 sub-teorías, estas son:

##### A) Teoría del Autocuidado

## B) Teoría del Déficit de Autocuidado

## C) Teoría de los Sistemas de Enfermería

Teoría del Autocuidado: Uno de los supuestos que de aquí se desprenden es que todos tenemos la capacidad para cuidarnos y este autocuidado lo aprendemos a lo largo de nuestra vida, principalmente mediante las comunicaciones que ocurren en las relaciones interpersonales. Por esta razón, no es extraño reconocer en nosotros mismos prácticas de autocuidado aprendidas en el seno de la familia, la escuela y las amistades.

Orem señala que todos los seres humanos tenemos necesidades que son básicas y comunes a todos y que para lograr el propósito de mantener nuestro bienestar, salud y desarrollo, la persona debe cumplir con los requisitos de autocuidado: entendidos éstos, como expresiones de la acción a desarrollar por o para los individuos a fin de controlar los factores humanos y ambientales que afectan al funcionamiento y desarrollo humano.

Se identifican tres tipos de requisitos de autocuidado:

- a) Requisitos Universales
- b) Requisitos del Desarrollo
- c) Requisitos en Desviaciones de la Salud

Los Requisitos Universales de auto-cuidado: son comunes a todos los seres humanos e incluyen:

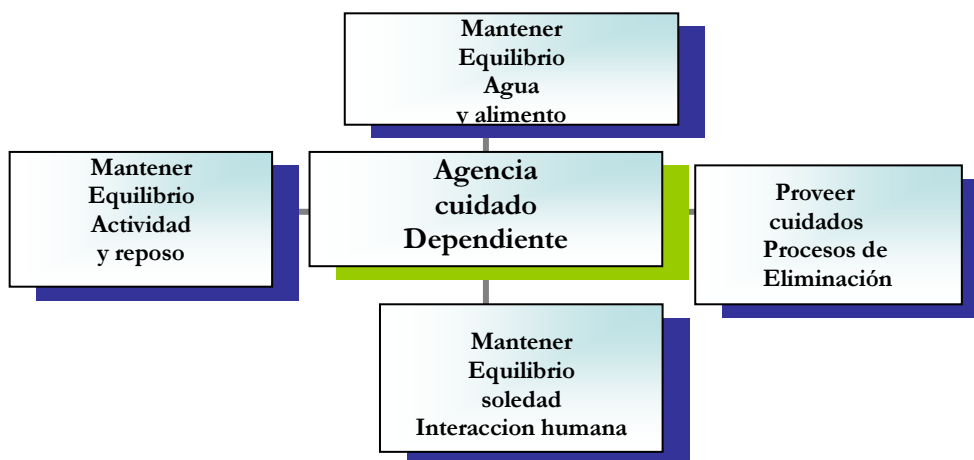
- 1.-Mantener un aporte de aire suficiente.
- 2.- Mantener un aporte de agua suficiente.
- 3.- Mantener un aporte de alimentos suficiente.
- 4.- Proveer cuidados asociados con procesos de eliminación.

- 5.- Mantener el equilibrio entre la actividad y el reposo.
- 6.-Mantener el equilibrio entre la soledad y la interacción humana.
- 7.-Prevenir peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano.
- 8.-Promover el funcionamiento y desarrollo humano.

Estos ocho requisitos representan los tipos de acciones humanas que proporcionan las condiciones internas y externas para mantener la estructura y la actividad, que a su vez apoyan el desarrollo y la maduración humana. Cuando se proporciona de forma eficaz, el autocuidado o la asistencia dependiente organizada en torno a los requisitos universales, se fomenta positivamente la salud y el bienestar.

Para facilitar este estudio se investigaran solamente cinco requisitos de autocuidado universal, los cuales han sido reagrupados en cuatro, estos son:

1. - Mantener un aporte de agua y alimentos suficiente.
- 2.- Proveer cuidados asociados con procesos de eliminación
- 3.- Mantener el equilibrio entre la actividad y el reposo
- 4.- Mantener el equilibrio entre la soledad y la interacción humana.



**Figura 3. Agencia de cuidado dependiente para satisfacer requisitos de autocuidado universal**

b) Requisitos del desarrollo: promueven procedimientos para la vida y para la maduración y previenen las circunstancias perjudiciales para esa maduración o mitigan sus efectos. Son aquellos derivados del desarrollo, porque varían en períodos específicos del ciclo vital y pueden afectar positiva o negativamente.

c) Requisitos en desviación de la salud: existen para aquellas personas que están enfermas o sufren alguna lesión. Las medidas adoptadas para cubrir las necesidades de cuidado cuando falta la salud tienen que ser componentes activos de los sistemas de autocuidado o de cuidado dependientes de la persona. La complejidad del autocuidado o del cuidado dependiente aumenta según el número de necesidades que deben ser cubiertas en plazos de tiempo determinados.

Se ha hecho mención a la familia como agente de cuidado dependiente. Este término fue acuñado por Orem en su Teoría del Déficit de autocuidado, que se desarrolla a continuación.

2) Teoría del Déficit de autocuidado: El término déficit de autocuidado se refiere a la relación entre la agencia de autocuidado y las demandas de

autocuidado terapéutico de los individuos en los que las capacidades de autocuidado, debido a las limitaciones existentes, no están a la altura suficiente para satisfacer todos o algunos de los componentes de las demandas de autocuidado terapéutico. Permite comprender a la familia como agente de cuidado dependiente

La agencia de cuidado dependiente es la habilidad compleja, adquirida, de las personas maduras o en proceso de maduración, para conocer y satisfacer algunos o todos los requisitos de autocuidado de las personas adultas o adolescentes que tienen limitaciones de la agencia de autocuidado derivadas o relacionadas con la salud.

El desarrollo de la agencia de cuidado dependiente por los individuos generalmente es una respuesta a las necesidades de los miembros de la familia o amigos para ayudarles en su continuo autocuidado ( Taylor, 2003).

Hay una creciente necesidad de agentes de cuidado dependiente con el aumento de la población anciana, el número de personas con enfermedades crónicas, debilitantes, incapacitantes. La hospitalización en un adulto mayor puede ser un alto impacto para la funcionalidad de éste, por lo que la participación de la familia como agente de cuidado dependiente, requiere que sea desarrollada cada vez más.

3) La Teoría de los sistemas de enfermería: Explica los modos en que las enfermeras pueden atender a los individuos, identificando 3 tipos de sistemas

- Sistemas de enfermería totalmente compensadores: La enfermera supe al individuo.
- Sistemas de enfermería parcialmente compensadores: la enfermera y el paciente ejecutan medidas de autocuidado
- Sistemas de enfermería de apoyo-educación: la enfermera actúa ayudando a los individuos para que sean capaces de realizar las

actividades de autocuidado, pero que no podrían hacer sin esta ayuda.

Es importante que el apoyo - educación involucre no solo al individuo, sino también a su familia. El profesional de enfermería no debe olvidar que la familia es el recurso de apoyo por excelencia con que cuentan los adultos mayores dependientes, y sus habilidades en el cuidado deben ser potencializadas, pues en la atención ofrecida institucionalmente, ellos deben ser preparados de tal forma que puedan asumir el cuidado cuando les corresponda hacerlo en el espacio doméstico. La participación real de los cuidadores informales desde la propia Institución ayuda a reinsertar más rápidamente a la persona mayor a su medio habitual que es el domicilio.

Es fundamental la existencia de servicios adecuados que complementen la función de los cuidadores familiares, en un marco de cambio cultural al interior del equipo de salud, el cual debe propiciar el emponderamiento de la familia en su rol de cuidadora, apoyándola y educándola. Sólo así, su participación en el cuidado de un familiar AM no será un desgaste al interior de ésta. (García, 2001).

Para finalizar, el profesional de enfermería que trabaja bajo el modelo de Orem en la atención cerrada responde al enfoque de salud integral y, por tanto, a las directrices de la Reforma de salud.

Enmarcarse en el Modelo de Orem permite dar a la familia la oportunidad de participar en el cuidado, empoderándola como agente de cuidado dependiente.

## **2.2 VARIABLES**

### **2.2.1 Definición de las variables**

**Variable 1:** Características Socio-demográficas y de Salud de los AMs hospitalizados

**Definición conceptual:** Conjunto de aspectos sociales, demográficos y de la salud actual y remota de los AMs hospitalizados.

**Variable 2:** Características socio-demográficas del cuidador familiar

**Definición conceptual:** Conjunto de aspectos sociales y demográficos del cuidador familiar

**Variable 3:** Participación la familia en el cumplimiento de los requisitos de autocuidado universal en el AM hospitalizado

**Definición conceptual:** Actividades que realiza el cuidador familiar para satisfacer los siguientes requisitos de autocuidado universal del AM hospitalizado: mantener un aporte de agua y alimentos suficiente, proveer cuidados asociados con procesos de eliminación, mantener el equilibrio entre la actividad y el reposo y mantener el equilibrio entre la soledad y la interacción humana.

**Variable 4:** Factores relacionados con la participación de la familia en el cuidado:

**Definición conceptual:** Conjunto de aspectos facilitadores u obstaculizadores que están relacionados con la participación de la familia, referidos a características: de la propia familia, de la Institución hospitalaria (estructura y funcionamiento) y del profesional de enfermería.

### 2.2.2 OPERACIONALIZACION DE LAS VARIABLES

Variable	Dimensión	Sub dimensión	Indicador	Sub indicador
Características Socio-demográficas y de Salud de los AM hospitalizados	Salud	Actual	Edad	60 – 64 años 65 – 69 años 70 – 74 años 75 – 79 años 80 y más años
			Sexo	Femenino Masculino
			Estado civil	Casado (a) Viudo (a) Separado (a) Soltero (a)
		Remota	Clasificación según Katz	Grados A - B Grados C - D Grados E -F- G otro
			Portador de patología Crónica	HTA DM Mixta No Cardiovascular
			Diagnostico de ingreso	Respiratorio Cáncer Otro

			Fecha última Hospitalización	Menos de 6 meses De 6 meses a un año Más de un año a dos años Más de dos años
			Inscripción en CES	Si - No

Características socio-demográficas del cuidador familiar			Edad	Menos de 35 años 35 - 59 años 60 - 64 años 65 - 69 años 70 y más
			Sexo	Femenino - Masculino
			Escolaridad	Básica incompleta Básica completa Media incompleta Media completa Superior

<p>Participación la familia en el cumplimiento de los requisitos de autocuidado universal en el AM hospitalizado</p>	<p>Mantener un aporte de agua y Alimentación Suficiente</p>		<p>Acompaña en la alimentación</p> <p>Actividades en la alimentación</p>	<p>Siempre Frecuentemente Ocasionalmente No acompaña Con SNE/SNG</p> <p>Acomoda cama Corta alimentos Lava utensilios Da de comer en la boca</p>
--	---	--	--	---

<p>Participación la familia en el cumplimiento de los requisitos de autocuidado universal en el AM hospitalizado</p>	<p>Proveer cuidados en el proceso de eliminación</p>		<p>Ayuda en aseo personal</p> <p>Ayuda en la eliminación</p>	<p>Si - no</p> <p>Pasa el pato/chata Avisa para que lo ayuden Usa recolector o CUP Otro</p>
--	--	--	--	---

Participación la familia en el cumplimiento de los requisitos de autocuidado universal en el AM hospitalizado	Mantener un equilibrio Entre actividad y reposo	Ayuda a levantar	Si- no
	Mantener el equilibrio Entre la soledad y la interacción humana	Frecuencia de las visitas	Diariamente Día por medio Una o dos veces por semana
		Duración de la visita	Menos de una hora Mas de una hora a dos horas Más de dos horas a tres horas Mas de tres horas
		Interacción durante la visita	Entregar cariño Escuchar los problemas Lo anima
		Distracción durante la visita	Escuchar música Leer Escuchar música y leer Conversar Ver televisión Otro

<b>Factores relacionados con la participación de la familia en el cuidado</b>	De la propia familia	Relación de pareja	Si - No
		Relación de parentesco con AM	Esposo/a - Hijo/a - Otro
		Comparte vivienda con el AM	Si - No
		Ocupación fuera del hogar	Si - No
		Tiempo de traslado en cada visita	Menos de 30 minutos 30 minutos a 1 hora Mas de una hora
		Cantidad de gasto por cada visita	Alto Medio Bajo
		Recibe ayuda	Si - No

			de otros para cuidar	
--	--	--	-------------------------	--

<b>Factores relacionados con la participación de la familia en el cuidado</b>	De la institución	Estructura	Sala de estar	Si - No
			Silla para familiar	Siempre -A veces - Nunca
			Baño para familiar	Si - No
		Funcionamiento	Comodidad durante la visita	Si Mas o menos No
			Tiempo de permanencia de visitas	Suficiente Medianamente suficiente Insuficiente

<b>Factores relacionados con la participación de la familia en el cuidado</b>	Del profesional de enfermería	Ingreso	Identificación del profesional de enfermería	Si - no
		Durante la Hospitalización	Entrega de información Tipo de información Educación sobre cómo cuidar	Si - no Escrita Verbal Ambas Si - no

## **CAPÍTULO 3**

### **MARCO METODOLÓGICO**

## **CAPITULO 3**

### **MARCO METODOLÓGICO**

#### **3.1 CONTEXTO Y TIPO DE ESTUDIO**

El estudio de tipo exploratorio y descriptivo, se realiza en las Unidades de Baja y Mediana Complejidad Médica del HCVB de Valparaíso. Ambas unidades suman un total de 100 camas para adultos de ambos sexos y se encuentran en el tercer lugar de los egresos hospitalarios, servicios que concentran un alto porcentaje de AMs. (HCVB, 2010).

El año 2007 en el marco del Hospital Amigo, se implementó la extensión horaria para visitas de 12 -18 horas. Dentro del mismo marco se protocolizó el acompañamiento nocturno para los AMs.

Además, el hospital cuenta con 284 voluntarias y voluntarios, mayoritariamente mujeres. Su objetivo principal es atender y ayudar con dedicación al enfermo tanto hospitalizado como ambulatorio, a su familia y a su entorno. Considera también, la asistencia espiritual ecuménica la cual tiene por objetivo, canalizar las necesidades de los enfermos y sus familias de acuerdo a sus creencias religiosas.

#### **3.2 DEFINICIÓN DEL UNIVERSO**

La población de interés corresponde a los cuidadores familiares de los adultos mayores hospitalizados por cinco o más días, durante los meses de Junio y Julio del 2009 en las Unidades de Baja y Mediana Complejidad Médica del HCVB de Valparaíso, arrojando un número de 73 cuidadores familiares. (n=73).

#### **3.3 MÉTODO DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

Se diseñó un instrumento cuestionario estructurado para la recolección de datos (anexo N°1). El instrumento consta de VI Ítems:

**Primer Ítem:** destinado a recoger información del AM hospitalizado. Los datos fueron extraídos de la ficha clínica y de información dada por el paciente o su familiar.

**Segundo Ítem:** destinado a recoger datos del cuidador familiar.

**Tercer Ítem:** busca conocer la participación de la familia en el cuidado del AM. Para ello, basándose en el Modelo de D. Orem se formularon preguntas dirigidas a conocer las actividades realizadas por el cuidador para satisfacer los requisitos universales del AM durante su hospitalización.

**Cuarto, Quinto y Sexto Ítem:** dirigidos al cuidador familiar, buscan conocer factores relacionados con la participación de éste en el cuidado.

Los Ítems fueron respondidos por el cuidador familiar previo consentimiento informado, realizado por escrito.

### **3.4 VALIDACIÓN DEL INSTRUMENTO**

El instrumento diseñado por la tesista fue sometido a una prueba de validación en las mismas unidades. El instrumento fue aplicado por el investigador y un asistente preparado para tal efecto, en 8 cuidadores familiares, una semana antes del inicio de la recogida de datos. Posterior a la prueba se corrigieron la formulación de algunas preguntas y se disminuyó el número de éstas de 40 como había en un comienzo a 36 preguntas.

La recolección de datos fue realizada por la investigadora durante los meses de Junio y Julio del 2009, en diferentes días, incluyendo algunos festivos, en distintos momentos del horario para visitas, es decir entre la 12:00 y las 18:00 horas

### **3.5 DESCRIPCIÓN DEL INSTRUMENTO**

El instrumento de Recolección de datos consta de VI Ítems con un total de 36 preguntas.

Ítem I: dirigido a obtener una caracterización socio-demográfica y de salud del AM hospitalizado. Consta de ocho preguntas e incorpora la aplicación del índice de katz (anexo N°2) que evalúa la autonomía en las Actividades Básicas de la Vida Diaria (ABVD), clasifica a la persona según su salud funcional de la siguiente manera:

Grado A – B. Ausencia de incapacidad o incapacidad leve

Grado C – D. Incapacidad moderada

Grado E – F – G. Incapacidad severa

Ítem II: dirigido a obtener una caracterización socio-demográfica del cuidador familiar. Consta de 3 preguntas

Ítem III: dirigido a recoger información sobre las actividades realizadas por la familia para satisfacer los requisitos de autocuidado universal del AM hospitalizado, según el Modelo de D. Orem. Consta 9 preguntas.

Ítem IV: dirigido al cuidador familiar, recoge datos sobre factores del propio cuidador familiar relacionados con su participación en el cuidado del AM. Consta de 7 preguntas.

Ítem V: dirigido al cuidador familiar, recoge datos sobre factores de la Institución relacionados con la participación de la familia. Consta de 5 preguntas.

Ítem VI: dirigido al cuidador familiar, recoge datos sobre factores del profesional de enfermería relacionados con la participación de la familia. Consta de 4 preguntas.

**.1. Relación estudio: Objetivos Específicos / variables / Ítem**

<b>Objetivo específico N° 1</b>	<b>Describir características socio-demográficos y de salud del adulto mayor hospitalizado.</b>
<b>Variable N°1</b>	Características Socio-demográficas y de Salud de los AM hospitalizados
<b>Ítem I</b>	Preguntas ( 1 - 8 ) Aplicación Índice de Katz

<b>Objetivo específico N°2</b>	<b>Describir características socio-demográficos del cuidador familiar que participa en el cuidado del adulto mayor hospitalizado</b>
<b>Variable N°2</b>	Características socio-demográficas del cuidador familiar
<b>Ítem II</b>	Preguntas ( 9 - 11 )

<b>Objetivo N°3 específico</b>	<b>Describir las actividades realizadas por el cuidador familiar para cumplir con los requisitos de autocuidado universal del Adulto mayor hospitalizado.</b>
<b>Variable N°3</b>	Participación la familia en el cumplimiento de los requisitos de autocuidado universal en el AM hospitalizado
<b>Ítem III</b>	Preguntas ( 12, 13, 14 - 19, 20 )

<b>Objetivo N° 4 específico</b>	<b>Describir factores del propio cuidador familiar relacionados con la participación de éste en el cuidado del adulto mayor hospitalizado</b>
<b>Variable N°4 Dimensión</b>	Factores relacionados con la participación de la familia en el cuidado De la propia familia
<b>Ítem IV</b>	Preguntas ( 21, 22, 23 - 26, 27)

<b>Objetivo N° 5 específico</b>	<b>Describir factores institucionales relacionados con la participación de la familia en el cuidado del adulto mayor hospitalizado</b>
<b>Variable N°4 Dimensión</b>	Factores relacionados con la participación de la familia en el cuidado De la Institución
<b>Ítem V</b>	Preguntas ( 28, 29, - 31, 32 )

<b>Objetivo N° 6 específico</b>	<b>Describir factores del profesional de enfermería relacionada con la participación de la familia en el cuidado del adulto mayor hospitalizado</b>
<b>Variable N°4 Dimensión</b>	Factores relacionados con la participación de la familia en el cuidado Del profesional de Enfermería
<b>Ítem VI</b>	Preguntas ( 33, 34, 35, 36)

### 3.6 CRITERIOS DE EXCLUSIÓN

Que no acepte participar en el estudio

Que su familiar AM haya ingresado hace menos de 5 días a la Unidad

Que tenga menos de 18 años

Que reciba remuneración por el cuidado

### **3.7 ANÁLISIS ESTADÍSTICO**

Para llevar a cabo este estudio se confecciona un instrumento de medición, cuyas preguntas están formuladas de acuerdo a los datos que son de interés para el investigador en cada uno de los objetivos específicos. Luego, considerando los criterios de exclusión, se aplica a todos los familiares de los adultos mayores hospitalizados por cinco o más días durante los meses de Junio y Julio del 2009 en las Unidades de Baja y Mediana Complejidad Médica del hospital Carlos Van Buren de Valparaíso.

El análisis estadístico corresponde a un análisis descriptivo univariante, si el interés se centra en describir a la población respecto a una variable; y bivariante si el interés se centra en describir a la población respecto a dos variables. Finalmente, se presenta la información en tablas estadísticas de frecuencias y porcentajes.

El análisis estadístico es de tipo descriptivo, y se lleva a cabo en el programa Stata 8.0.

### **3.8 ENFOQUE Y PROCEDIMIENTOS ÉTICOS**

Una vez aprobado el diseño de la Investigación por la Comisión de postgrado de la Escuela de Enfermería de la Universidad de Valparaíso, en mayo del 2009, se envió el Protocolo Ético al Departamento de Postgrado y la Comisión de Bioética de la Universidad de Valparaíso. Posterior a su aceptación se envió a la Dirección Médica y Subdirección de Enfermería del HCVB los documentos correspondientes (Solicitud, Instrumento y Consentimiento informado).

La Recolección de los datos se inicia en Junio del 2009 una vez recibida la autorización de las autoridades correspondientes del HCVB.

Durante la investigación se cauteló el aspecto ético referente a la confidencialidad de la información como también la autorización del cuidador

familiar para ser entrevistado a través de su firma en el consentimiento informado (anexo N° 3).

### **3.9 LIMITACIONES DEL ESTUDIO**

Imposibilidad de entrevistar a todas las familias de los AMs hospitalizados en el período de tiempo que se realizó la investigación, debido a que algunos AMs no fueron visitados al momento de la recolección de los datos.

Habría sido de interés saber que ocurría con las familias que no visitaban a sus AMs hospitalizados o que por lo infrecuente de sus visitas no fueron entrevistadas.

## **CAPÍTULO 4**

### **PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS**

### **DESCRIPTIVO DE LOS RESULTADOS**

□  
**Tabla N°1**

**Caracterización sociodemográfica del AM hospitalizado (n = 73)**

<b>Edad según sexo</b>		<b>Masculino</b>	<b>Femenino</b>	<b>Total</b>
<b>n = 73</b>	60 – 64 años	1,37%	2,74%	<b>4,11%</b>
	65 – 69 años	8,22%	5,48%	<b>13,7%</b>
	70 – 74 años	20,54%	8,22%	<b>28,77%</b>
	75 - 79 años	1,37%	15,07%	<b>16,44%</b>
	80 años y más	13,7%	23,29%	<b>36,9 %</b>
	<b>Total</b>		<b>46,68%</b>	<b>53,42%</b>

<b>Estado civil según sexo</b>		<b>Masculino</b>	<b>Femenino</b>	<b>Total</b>
<b>n = 73</b>	Casado/a	28,77%	13,69%	<b>42,47%</b>
	Viudo/a	8,22%	31,51%	<b>39,73%</b>
	Separado/a	1,37%	5,48%	<b>6,85%</b>
	Soltero/a	8,22%	2,47%	<b>10,96%</b>
	<b>Total</b>		<b>46,68%</b>	<b>53,42%</b>

Analizando los datos, se observa que en los AMs hospitalizados predominan las mujeres respecto de los hombres (53,4) vs (46,7). Al mismo tiempo, las mujeres mayores de 80 años superan a los hombres de la misma edad, lo que concuerda con la literatura que señala que existiría una feminización de la vejez.

En este mismo concepto el rango de edad de 80 años y más es el más frecuente entre los adultos mayores, lo que responde al término envejecimiento de la vejez.

Este resultado da muestras de que los pacientes adultos mayores ingresados a los hospitales son cada vez más añosos, con los consiguientes riesgos que ello significa.

En lo que respecta al estado civil la mayoría de los AMs hombres son casados (28,77%), a diferencia de las mujeres que son mayoritariamente viudas. Este resultado responde a la afirmación de que la viudez es un rasgo de la vejez femenina, así como en los hombres lo es la vida en pareja

Tabla N° 2

## Caracterización de salud del AM hospitalizado ( n = 73)

Índice de Katz	A - B	C - D	E- F - G	otro	Total
	28,77%	12,3%	53,4%	5,48%	100%

Portador de patología crónica	HTA	DM	Mixta	No	Total
	45,2%	9,6%	21,9%	23,3%	100%

Diagnóstico de ingreso	Cardio vascular	Respiratorio	Cáncer	Otro	Total
	47,9%	11%	4,1%	37%	100%

Fecha de última hospitalización	-6 meses	6 meses a 1 año	+ 1 año a 2 años	+ de 2 años	Total
	22,3%	6,78%	18,64%	52,54 %	100%

Inscripción en Centro de salud (CES)	Si	No	Total		
	90%	10%	100%		

La tabla muestra que el 53,4% de los AMs hospitalizados se encontraba con un nivel de dependencia en la categoría E; F; G que corresponde a incapacidad severa, según el índice de Katz.

Se encontró un 45,2% de pacientes AMs portadores de HTA y un 21,9% portadores de patología mixta, es decir HTA y DM y un 9,6% de pacientes AMs con DM. La suma total de pacientes hipertensos y diabéticos corresponden a 67,1 % y 31,5% respectivamente.

En relación al Diagnóstico de ingreso casi la mitad correspondían a enfermedades cardiovasculares y dentro de ellas, el accidente vascular cerebral predominaba, lo que es concordante con los datos epidemiológicos.

Respecto a hospitalizaciones anteriores, casi un 50% había sido hospitalizado en los últimos dos años y un 22.3% había estado en los últimos 6 meses, estos datos son preocupantes y hacen suponer que una vez que un paciente AM se hospitaliza no puede cambiar su situación de fragilidad.

En cuanto a la adherencia al sistema, se encontró un alto porcentaje de AMs que reconocían estar inscritos en un CES (90%) y solo el 10% no estaba inscrito.

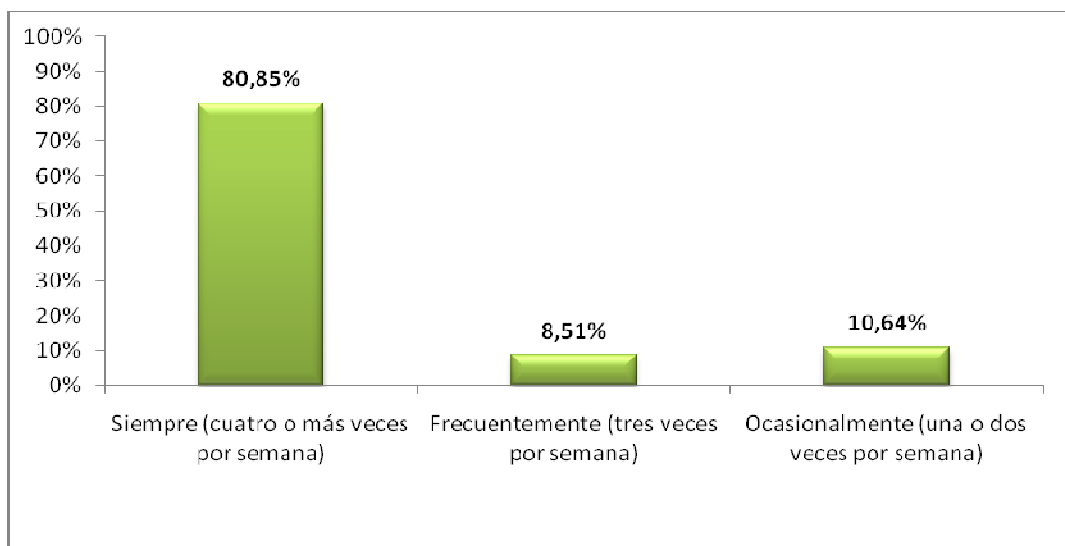
**Tabla N°3****Caracterización socio-demográfica del cuidador familiar (n=73)**

<b>Edad</b> <b>n = 73</b>	< 35 años	<b>8,22%</b>
	35 -59 años	<b>52,8%</b>
	60 – 64 años	<b>8,22%</b>
	65 – 69 años	<b>4,11%</b>
	70 años y más	<b>27,4%</b>
	Total	<b>100%</b>

<b>Sexo</b> <b>n = 73</b>	Femenino	<b>83,56%</b>
	Masculino	<b>16,44%</b>
	Total	<b>100%</b>

<b>Escolaridad</b> <b>n = 73</b>	Básica Incompleta	<b>23,3%</b>
	Básica Completa	<b>16,4%</b>
	Media Incompleta	<b>19,2%</b>
	Media Completa	<b>19,2%</b>
	Superior	<b>21,9%</b>
	Total	<b>100%</b>

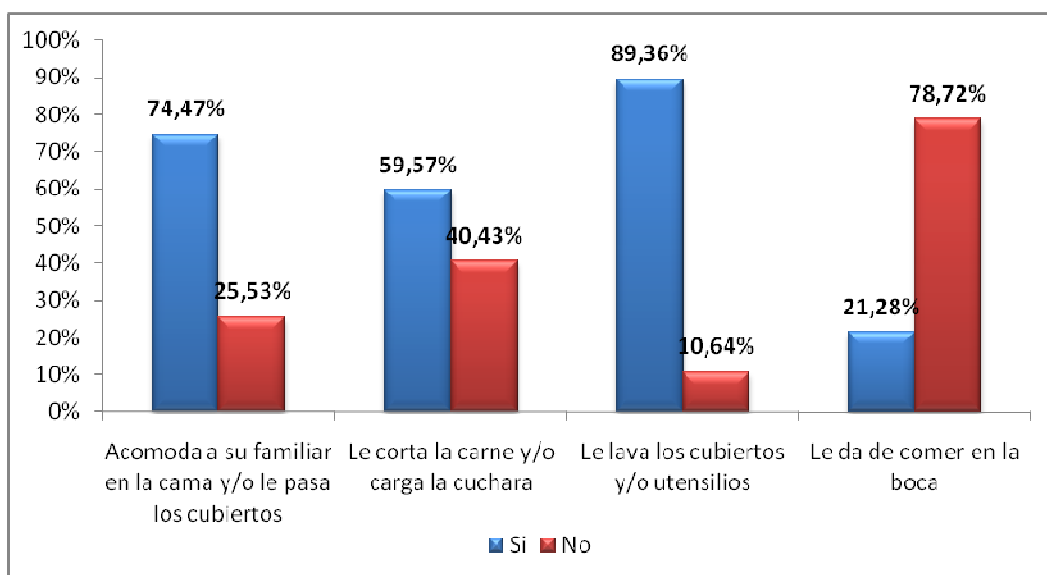
En la tabla se observa que los cuidadores familiares son predominantemente mujeres (83,56%), con pocos años de estudio. La edad de los cuidadores corresponde mayoritariamente al tramo 35 – 59 años, le siguen en frecuencia los mayores de 70 años los que alcanzan el 27,4%.

**Gráfico N°1****Acompañamiento del cuidador familiar durante las horas de comida**

Este gráfico muestra que el cuidador familiar acompaña al AM durante la alimentación en un alto porcentaje (80,85%). Esto traduce la facilidad que tienen los cuidadores para permanecer durante las horas de comida acompañando a su familiar. Se excluyeron de este análisis los cuidadores que tenían a su familiar con sonda nasointestinal (n = 56).

## Gráfico N°2

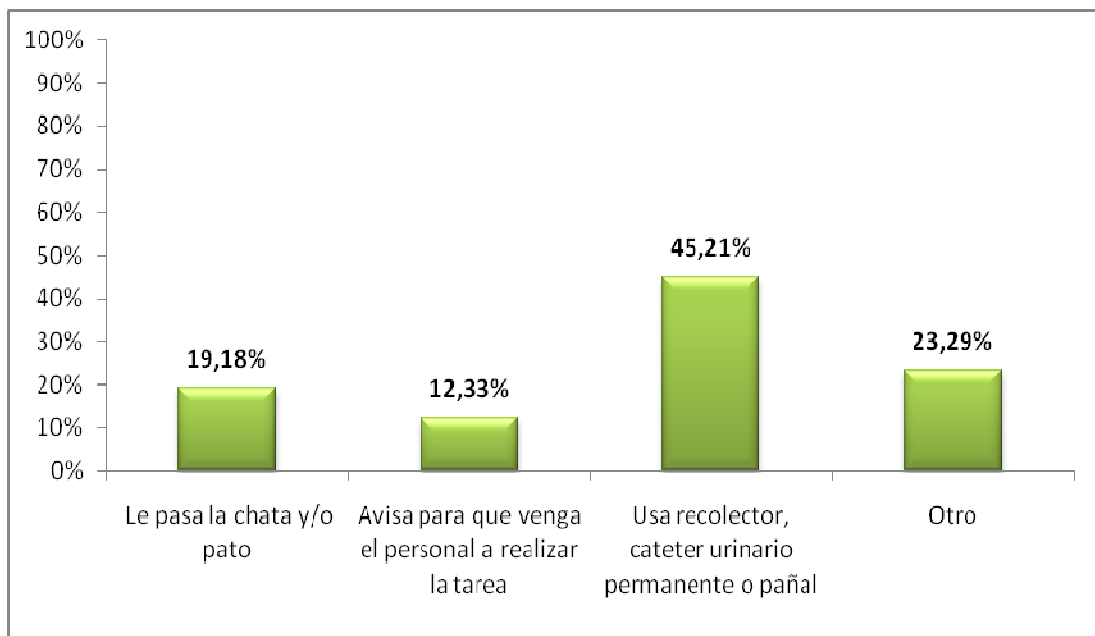
### Actividades que realiza el cuidador familiar durante la alimentación



En este gráfico se muestran las principales y más frecuentes actividades que los cuidadores realizan durante el proceso de ayuda para la alimentación de su familiar: lavar los utensilios (89,36%), acomodar al AM para conseguir una buena postura (74,47%), cortar la carne y cargar la cuchara (59,57%). Al igual que en el Gráfico N°1, se excluyeron los cuidadores con familiar portador de sonda nasointestinal (n= 56).

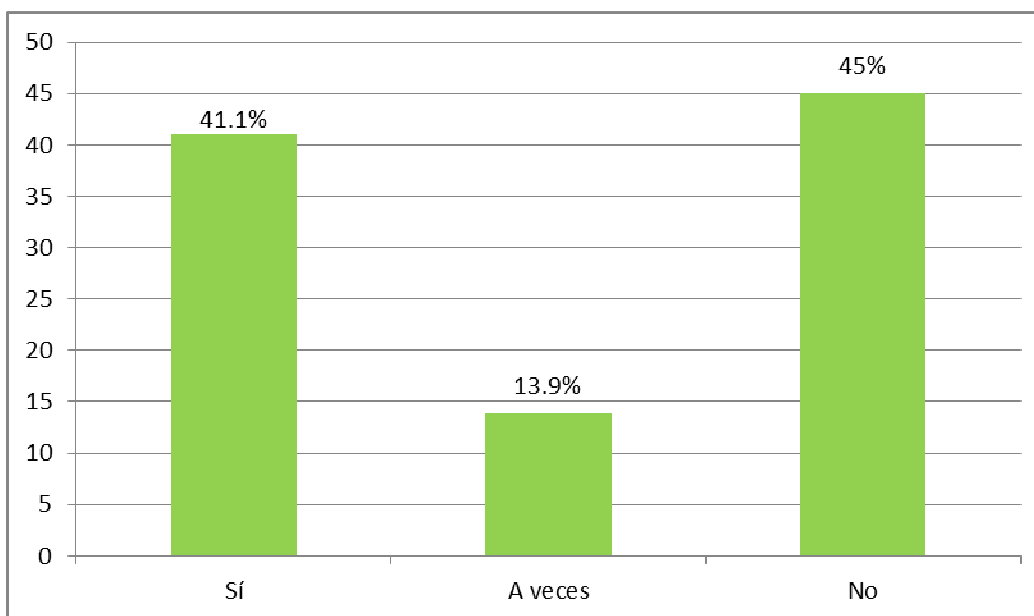
### Gráfico N° 3

#### Actividades que realiza el familiar en el proceso de eliminación

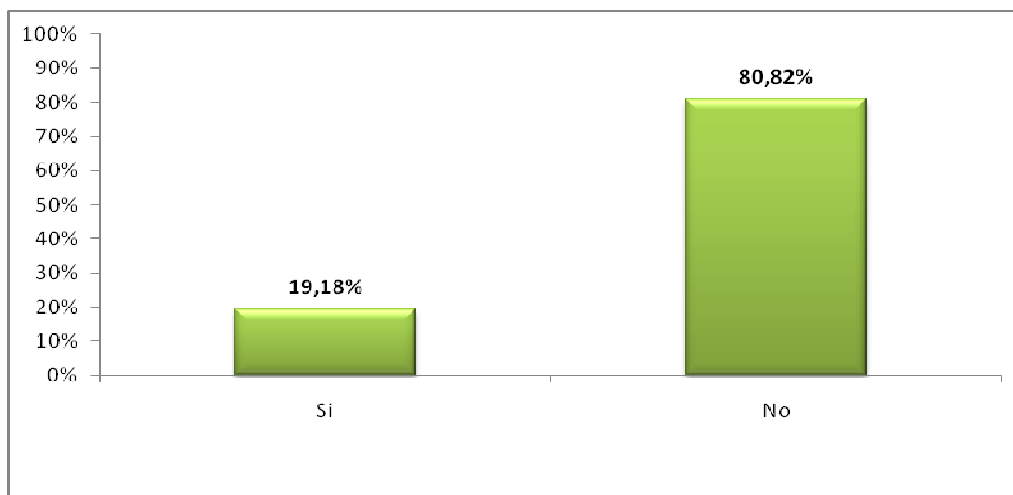


Este Gráfico destaca que un porcentaje importante de los AMs estudiados, tienen algún grado de incontinencia (45,21%), lo que es concordante con su nivel de dependencia.

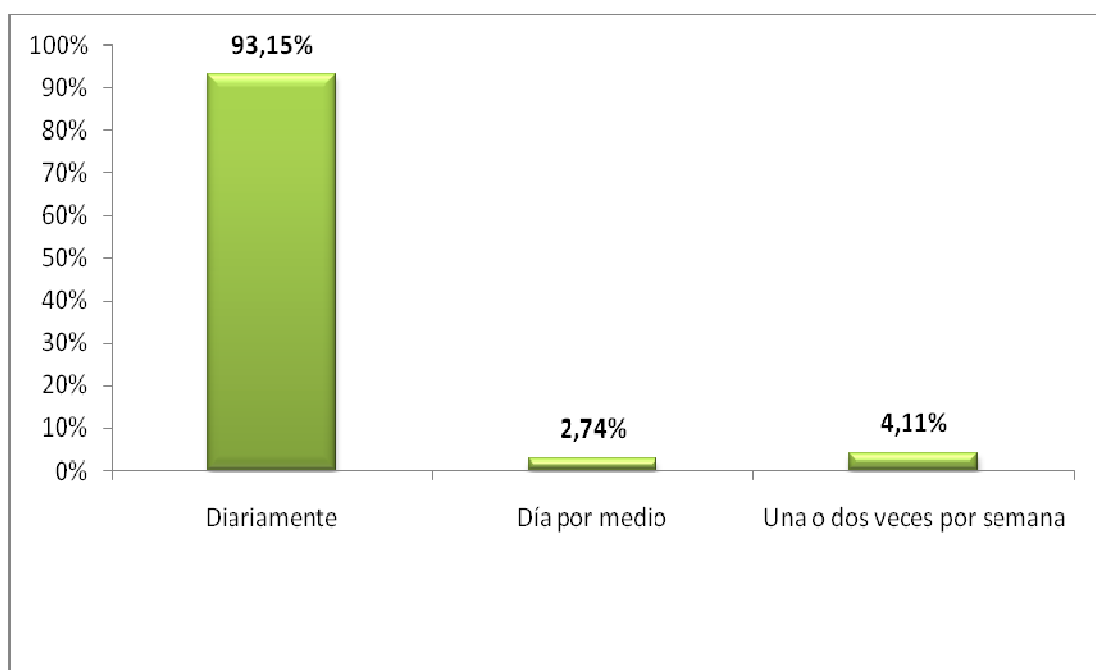
Por otra parte, el 19,18% de los cuidadores ayuda al AM instalándole la chata o el pato, mientras que sólo el 12,33% solicitó que el personal hospitalario realizara esta tarea. El 23,29% de los AMs estaban en condición de ir al baño por sí solo o acompañado.

**Gráfico N° 4****Ayuda del cuidador familiar en el aseo personal del AM**

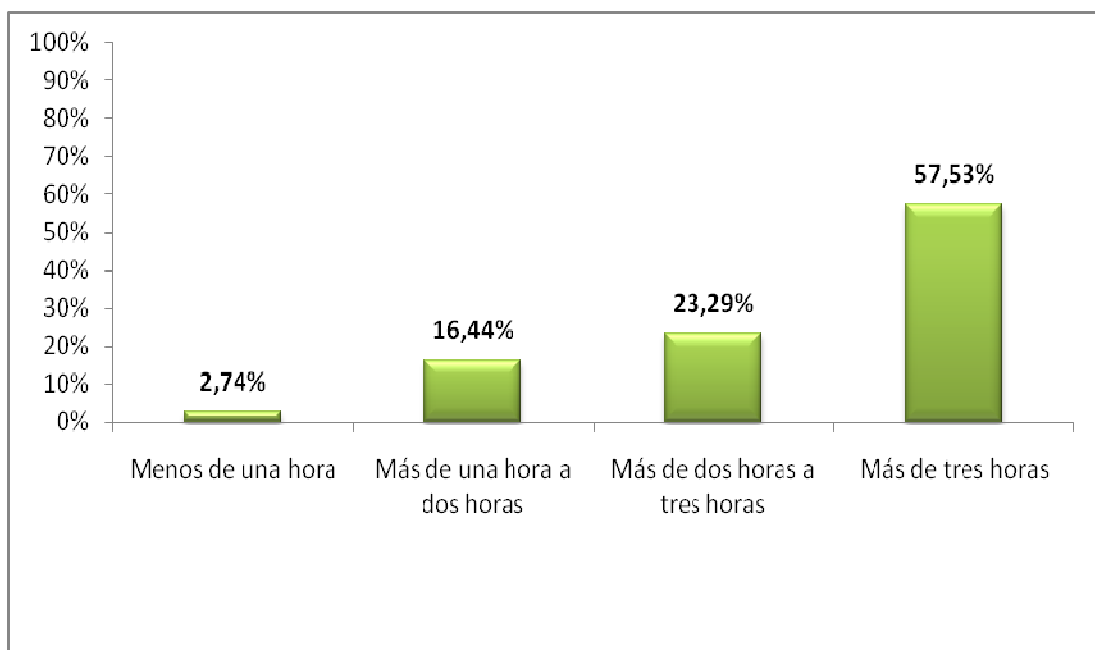
En este gráfico se observa, que el 41,1% de los cuidadores realiza actividades relacionadas con el aseo personal del AM, (cepillado de dientes, peinado y rasurado), el 13,7% refiere realizarlas ocasionalmente, y el 45% simplemente no realiza este tipo de actividades.

**Gráfico N°5****Ayuda el familiar a levantarse de la cama**

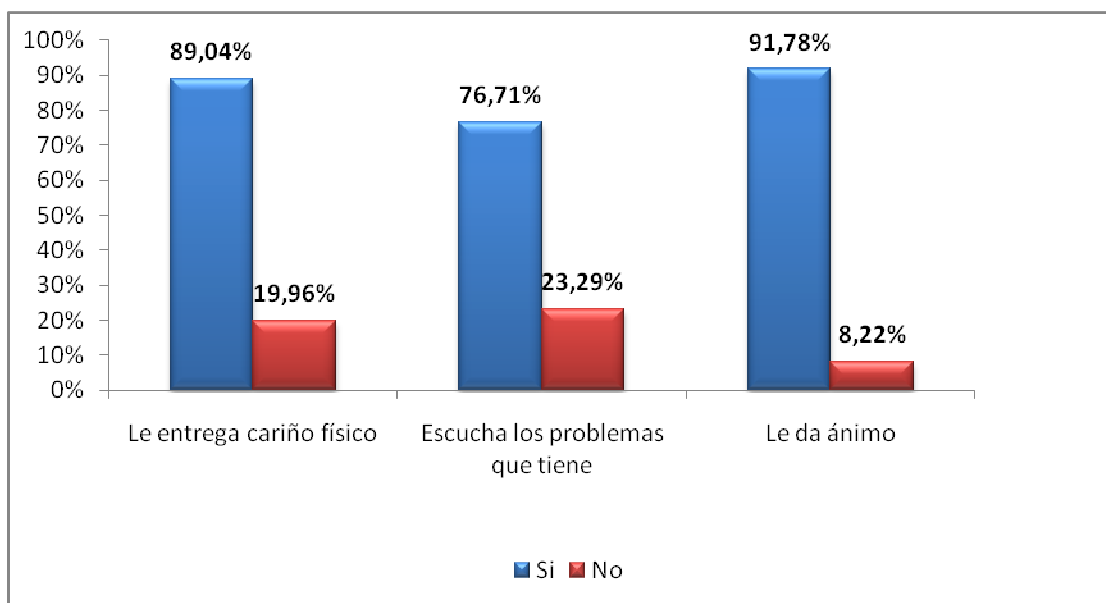
Este gráfico muestra que una minoría de los cuidadores (19,18%) ayuda a los AMs a levantarse de la cama. Este hallazgo podría en parte explicarse por el grado de postración que los AMs presentan o por la indicación médica de reposo absoluto.

**Gráfico N°6****Frecuencia de visita realizada por el cuidador familiar**

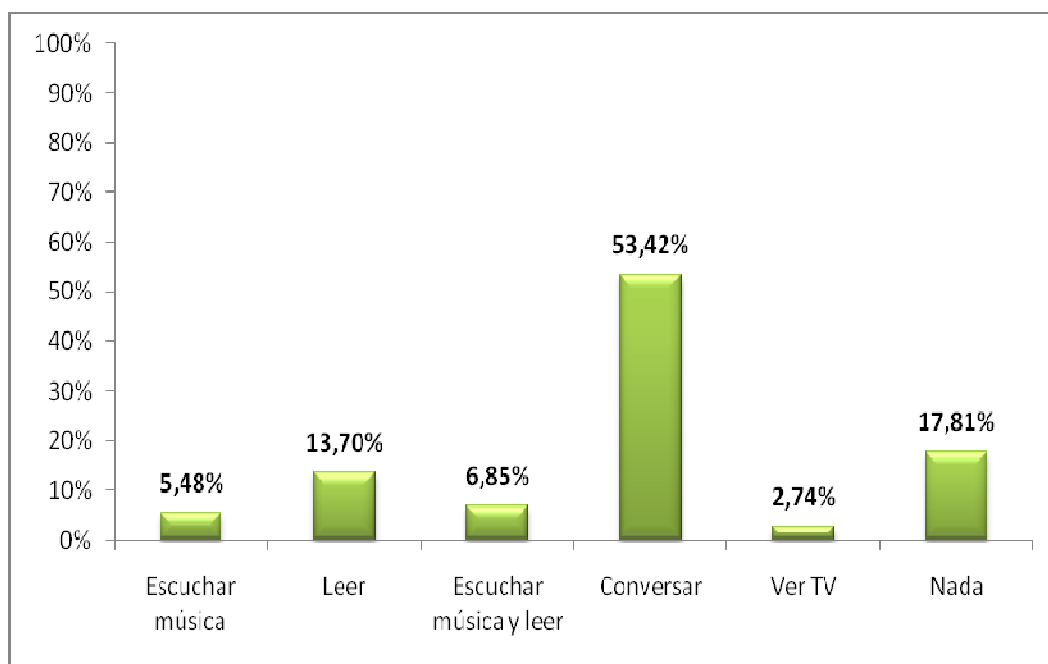
Este gráfico destaca la alta frecuencia de visitas que el cuidador familiar realiza a su familiar AM durante la hospitalización, demostrando un fuerte lazo intrafamiliar existente.

**Gráfico N°7****Tiempo de permanencia del cuidador en cada visita**

En este gráfico se observa que el 57,53 % de los cuidadores familiares permanece más de tres horas en cada visita, aún cuando muchos de los cuidadores son también AMs y la infraestructura que se provee para hacer cómoda su estancia durante el cuidado, no existe.

**Gráfico N°8****Interacción entre cuidador y AM relacionado con la afectividad**

Este gráfico destaca las principales formas en que el cuidador le manifiesta afectividad al AM hospitalizado. El 89,04% le entrega cariño físico, el 91,78% le da ánimo, mientras que el 76,71% escucha los problemas que el tiene.

**Gráfico N°9****Interacción entre cuidador y AM relacionado con actividades de recreación**

En este gráfico se objetiva que la principal actividad que el cuidador realiza al interactuar con el AM, es conversar (53,42%). En un porcentaje bastante menor escuchan música, leen y ven TV, o simplemente nada.

**Tabla N° 4****Factores de la propia familia que están relacionados con la participación en el cuidado del AM hospitalizado**

Tiene pareja	Si	No	Total
	73,9%	26,3%	100%

Relación de parentesco con el AM hospitalizado	Esposo/a	Hijo/a	otro	Total
	30,14%	43,84%	26,03%	100%

Comparte vivienda con el AM	Si	No	Total
	68,49%	31,51%	100%

Trabajo fuera del hogar	Si	No	Total
	36,99%	63,1%	100%

Percepción del gasto que realiza en cada visita	Alto	Medio	Bajo	Total
	42,25%	39,44%	18,31%	100%

Recibe ayuda de otras personas en el cuidado del familiar	Si	No	Total
	58,9%	41,9%	100%

Se puede observar en la tabla que el 73% de los cuidadores/as reconoce tener pareja, cabe señalar que el 30% de ellos corresponde a la propia pareja del AM hospitalizado.

En la tabla se objetiva que los que cuidan a los AMs hospitalizados son los hijos preferentemente seguido de los conyugues, la categoría otro fue de 26 %, corresponde a nueras y sobrinas mujeres.

Respecto a la visita que realizan a su familiar refieren que ocupan poco tiempo en trasladarse del hospital a su domicilio.

La mayoría (42,25%) consideró alto el gasto que realiza en cada visita, ya que debían gastar no solo en locomoción, sino en elementos de aseo y en particular pañales, también se señaló que deben traer en ocasiones medicamentos específicos.

Con respecto a si reciben ayuda de otros en el cuidado, la mayoría consideró que si (58,9%), lo que hace suponer la solidaridad entre ellos.

Tabla N° 5

**Factores de la institución que están relacionados con la participación de la familia en el cuidado del AM hospitalizado**

Presencia de sala de estar	Si	No	Total
	2,74 %	97,26%	100%

Presencia de silla	Si	No	Total
	78,08%	21,92%	100%

Conocimiento de baño para familiar	Si	No	Total
	19,18%	80,82%	100%

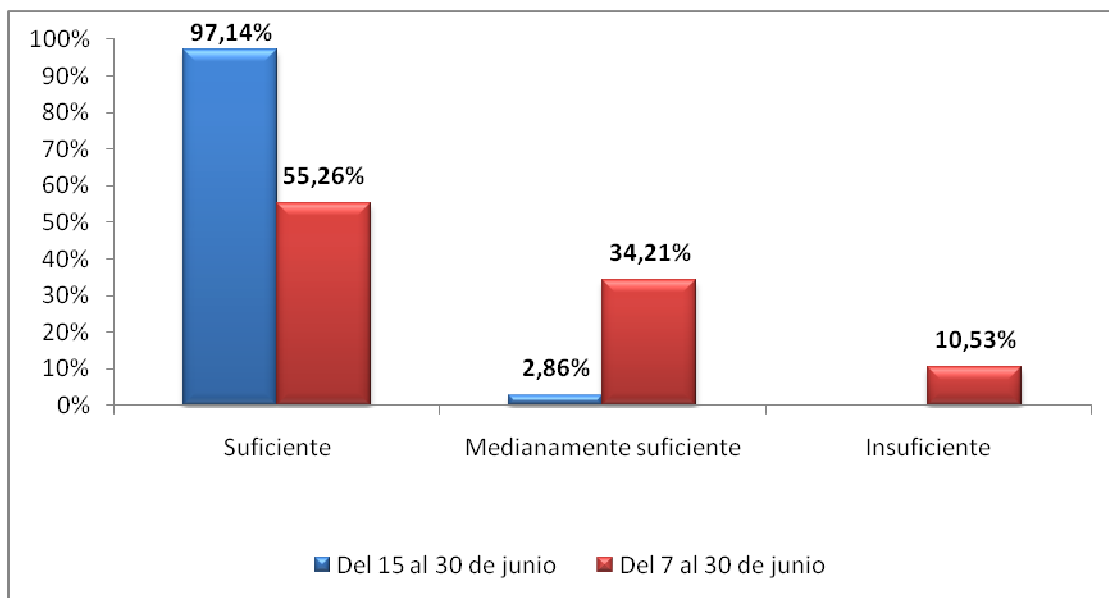
Sensación de comodidad en el hospital	Si	Mas o menos	No	Total
	80,82%	13,7%	5,48%	100%

Se observa que el 97,26% de los cuidadores familiares refiere no contar con una sala de estar y el 80,82% no tiene conocimiento de contar con un baño y casi el 22% dice no tener una silla donde sentarse.

La sensación de comodidad al interior del recinto hospitalario en este estudio, alcanzó sobre el 80%, el sentirse cómodo indica un grado de satisfacción usuaria.

## Gráfico N°10

### Tiempo de permanencia del cuidador familiar durante la visita



Se puede observar en el gráfico, que el cuidador refiere como suficiente el tiempo que puede permanecer con su familiar (97,14%). Resultado muy diferente se dio en el segundo mes de la recolección de datos, ya que solo el 55,26% respondió suficiente e incluso hubo un 10,53% que encontró el tiempo que podía permanecer con su familiar como insuficiente. La diferencia encontrada se debe, a que en la mitad del período de recolección de datos hubo que restringir el horario de visitas de 6 horas a 2 horas a causa del brote de virus A H1N1.

**Tabla N° 6****Factores del profesional de enfermería que están relacionados con la participación en el cuidado del AM hospitalizado**

	Si	No	Total
Presentación del profesional de enfermería al cuidador familiar	42,47%	57,53%	100%

	Si	No	Total
Información recibida sobre rutinas de la unidad	57,53%	42,47%	100%

Tipo de información	Escrita	Verbal	Ambas	Total
	33,33%	57,14%	9,52%	100%

Recibe educación sobre como cuidar a su familiar	Si	No	Total
	8,22%	91,78%	100%

La tabla muestra que la mayoría (57,53%) de las veces el profesional de enfermería no se presenta como tal. El familiar reconoce haber recibido información sobre rutinas, pero desconoce si fue la enfermera/o.

Se puede observar que el 91,78% de los entrevistados refirieron no haber recibido educación de cómo cuidar a su familiar, a pesar de que son familiares de AMs, con un alto grado de dependencia.

## **CAPÍTULO 5**

### **CONCLUSIONES**

## **CAPITULO 5**

### **CONCLUSIONES**

#### **5.1 DISCUSIÓN BIBLIOGRÁFICA**

Las características sociodemográficas de los AMs hospitalizados en las Unidades Médicas estudiadas, responden a la transición demográfica avanzada en la que se encuentra nuestro país (Olivares y col., 2006), con predominio de mujeres (53,4%) sobre hombres (46,68%) lo que representa una feminización de la vejez (Pérez, S.f.). Al mismo tiempo, se encontró predominancia de AMs sobre 80 años situación que traduce el envejecimiento de la vejez, fenómeno en concordancia con lo publicado en la literatura (SENAMA, 2009).

La principal causa de hospitalización de los AMs en el presente estudio fue el Accidente Vascular Cerebral en el 36% de los casos, patología prevalente en el país (MINSAL, 2007). Un 67% de los pacientes tenía hipertensión arterial cifra que es inferior a la encontrada en la encuesta nacional de salud en los mayores de 65 años (MINSAL, 2010) y el 31% era diabético, incidencia superior al 26% objetivado en la misma encuesta para el mismo grupo etáreo.

Un hallazgo importante en el presente estudio, dice relación con la alta adherencia que los AMs estudiados tienen por los servicios sanitarios, que el sistema de salud público provee para este grupo etáreo. El 90% estaba inscrito en un Centro de Salud, cifra que representa de alguna manera el alto grado de satisfacción que tienen los usuarios respecto de los servicios recibidos, que en promedio alcanza el 80.9% a nivel nacional. Este indicador refleja una mejoría significativa de la atención de Salud primaria en el país, exteriorizando un cambio que la reforma de Salud ha impulsado definiendo como pilares centrales de la atención, la prevención y el autocuidado de la ciudadanía frente a su propia salud (MINSAL, 2009).

Sin embargo, la inscripción en un centro de salud por sí sola no es suficiente para llevar a cabo los programas de la atención primaria. Lo anterior queda reflejado en el estudio de Marín (2005), quién encontró que los pacientes acuden frecuentemente al consultorio, pero la visita no es aprovechada para fomentar la salud.

Llama la atención en este estudio el alto porcentaje (54.4%) de AMs con dependencia severa, notoriamente superior al 20% encontrado por Araneda, Isal y Jiménez (2000), en los servicios de Medicina y Cirugía del hospital de Chillán. Es probable que el Índice de Katz utilizado para medir la funcionalidad de los AMs hospitalizados no permitiera objetivar el resultado, ya que para medir las capacidades se requiere que la persona demuestre sus habilidades, lo que es difícil de concretar en el medio hospitalario.

La importancia de evaluar la funcionalidad lo destaca Rozzini, (2007) señala que el 10% de los AMs hospitalizados tienen una severa pérdida de la funcionalidad como consecuencia de la enfermedad que motiva su hospitalización. A su vez, estos cambios impactan el pronóstico puesto que estos pacientes tienen una mayor mortalidad a los 6 meses de seguimiento.

En el presente estudio se encontró que los cuidadores familiares son mayoritariamente mujeres (83,56%), en edad media de la vida (52,8%) y con poca escolaridad ya que el 58,9% no había terminado la educación media. Similares resultados han sido comunicados por Luengo (2010) y Díaz (2007), quienes encontraron que la edad y la escolaridad son factores que influyen en la calidad del cuidado, es decir los cuidadores mayores de 60 años proveen un mejor cuidado que los menores de 41 años, porque a menor edad menor experiencia de cuidado y menor capacidad para asumir el rol de cuidador.

Vale la pena destacar, que el 27.4% de los cuidadores en este estudio eran personas mayores de 70 años. Esta situación en la que ancianos cada vez más dependientes del cuidado de terceros reciban este servicio de parte de

ancianos, es definitivamente una situación preocupante que debería ser abordada al más breve plazo.

La relación de parentesco de los cuidadores y AMs en este estudio mostró predominancia de hijas (43,8%), a la que siguen cónyuges, nueras y sobrinas mujeres. Este hallazgo es similar al comunicado por Luengo y otros (2010).

En concordancia a lo encontrado por Albala y otros (2007), los cuidadores viven bajo el mismo techo con los AMs (68,49%) y refieren no trabajar fuera del hogar (63,1%).

La participación del cuidador familiar como agente de cuidado dependiente, en este estudio, ocurre principalmente durante el proceso de la alimentación. De esta manera, más del 80% de los cuidadores familiares acompañó al AM durante sus horarios de comida, periodo de gran importancia para mantener el estado nutricional óptimo del paciente. Lo anterior cobra importancia puesto que se ha demostrado que la hospitalización resulta ser un factor negativo para el estado nutricional del paciente AM (Ortiz y col., 2007).

Por otra parte, un 19,2% de los cuidadores ayudan al paciente en los procesos de eliminación, colocando la chata o el pato, mientras solo un 12,3% le avisa al personal para que venga a realizar esa tarea. Este resultado ratifica lo encontrado por Quero (2002), quién concluyó que frente a la necesidad de eliminación del paciente, el cuidador mencionaba que era su obligación realizar la tarea y no tanto la del personal. Cabe señalar que el 45,21% de los AMs se encontraban con pañales, recolectores o sondas urinarias.

En este estudio, el 89,04% de los cuidadores familiares reconoce entregarle cariño físico y el 91,78% darle ánimo a su familiar AM bajo su cuidado, hallazgos que están de alguna manera de acuerdo con lo comunicado en la literatura, al plantearse que las redes de apoyo en ancianos enfermos entregan básicamente apoyo emocional, seguido del apoyo económico y en

tercer lugar el apoyo instrumental (Robles, Rizo, Camarena, Cervantes, Gomez y Gonzalez, 2000).

Los factores propios de la familia que pueden afectar la participación de ésta en el cuidado, guardan relación con el esfuerzo económico al que deben hacer frente. En el presente estudio, la mayoría (81,69%) consideró que el gasto efectuado por visita era medianamente elevado a elevado. Lo anterior quedó reflejado en la evaluación final de los objetivos sanitarios de la década pasada, al señalar que los pobres han aumentado sus gastos de bolsillo en bienes y servicios de salud, en comparación a los estratos más ricos que son menos vulnerables (MINSAL, 2011).

El esfuerzo económico que realizan las familias se aminora con la ayuda que se brindan entre ellos (58,9%). Un estudio en México sobre la red de apoyo en ancianos hospitalizados, encontró que había al menos 7 miembros de la familia de diferentes generaciones, que apoyaban al anciano hospitalizado (Robles y col., 2000).

Respecto de la infraestructura hospitalaria como apoyo a la participación de la familia, el 97,26% de los cuidadores que forman parte del estudio refieren no haber contado con una sala de estar, el 80,82% dice no haber tenido disponibilidad de un baño, mientras que aproximadamente el 22% no dispuso de una silla donde sentarse, falencias que ciertamente contribuyen negativamente cuando se trata de estimular el cuidado familiar. Lo anterior puede explicarse en parte por el contenido de la cuenta pública del Hospital Carlos Van Buren año 2008, en la que se señala que el 71% de los gastos de inversión correspondió a equipos médicos, mientras que sólo el 3% se destinó a recursos mobiliarios y de infraestructura.

A pesar de esta falta de recursos que facilitarían la permanencia del cuidador familiar en el hospital, la mayoría (80,82%) manifestó sentirse cómodo en él, cifra en sintonía con la encuesta nacional de satisfacción usuaria 2009, mostró un alto grado de satisfacción de los usuarios (78.1%) por los servicios de salud recibidos a nivel del sistema público y privado. Sin embargo, el

grado de satisfacción de los usuarios en la cuenta pública del Hospital Carlos van Buren 2008, alcanzó sólo el 60% muy por debajo del nivel nacional y por el encontrado en el presente estudio.

Otro hallazgo de importancia en este estudio, en lo que se refiere al profesional de enfermería dice relación con la falta de capacitación recibida por los familiares para la realización de sus funciones de cuidado. El 91,78% de los cuidadores dicen no haber recibido educación por parte del profesional de enfermería de cómo cuidar a su familiar AM, a pesar de que estos tenían un alto grado de dependencia. Este hallazgo es similar al encontrado por Zea y Torres (2002) quienes comunican que el AM es dado de alta sin haber sido educado respecto de como continuar el cuidado en casa. Por esta razón, parece fundamental dar solución a esta situación si se pretende avanzar en mejorar la calidad del cuidado del AM hospitalizado y su cuidado post alta. Durante el período de hospitalización (ingreso-estancia-egreso), hay momentos propicios para orientar y educar al paciente y su la familia sobre el cuidado y la continuidad del mismo en casa.

Más aún cuando son los propios cuidadores quienes lo señalan, en el estudio de Díaz (2007), más de la mitad de los cuidadores (55,68%) tenía conciencia que para cuidar resulta necesario tener conocimientos de como ejercer el cuidado instrumental.

No se puede desconocer que en los últimos años, el cuidado a nivel hospitalario se ha ido complejizando en el país y las enfermeras no parecen ser suficientes, problemática planteada por Milos (2009) y reconocido por la OMS (2003) en lo que respecta a la escasez mundial de enfermeras.

Sin embargo, a pesar del escenario previamente señalado, no es justificable que la enfermera profesional deje de lado la esencia de su profesión vale decir el cuidado, que implica considerar al binomio paciente – familia como una sola unidad.

## 5.2 CONCLUSIONES

Los resultados obtenidos permiten esgrimir las siguientes conclusiones respecto a los objetivos planteados:

**1)** La mayoría de los AMs hospitalizados son mayores de 80 años con predominio del sexo femenino. En lo que respecta a su estado civil, los hombres están habitualmente casados a diferencia de las mujeres que son mayoritariamente viudas.

Según la historia de salud previa a la hospitalización, el 50% tenía antecedentes de haber sido hospitalizado en los últimos dos años. El 70% era portador de HTA, hallazgo que concuerda con la Encuesta nacional de salud 2010.

Se objetivó también que la mayoría de los AMs están inscritos en un Centro de Salud, lo que traduce una adherencia de estos a los programas de salud.

El Accidente Vascular Cerebral fue la principal causa de hospitalización, lo que implica que muchos de ellos requerirán de un cuidado permanente para satisfacer sus requisitos universales y mantener su bienestar. Respecto de su salud funcional, sobre el 50% tenía incapacidad severa según el índice de Katz.

**2)** En lo que se refiere al cuidador familiar, los resultados obtenidos concuerdan con la literatura, vale decir la mayoría son mujeres, esposas o hijas, en edad media de la vida y con baja escolaridad.

**3)** Respecto a la participación de la familia en el cuidado del AM hospitalizado, se encontró que en 2 de los 4 requisitos universales estudiados existe un alto porcentaje de participación, estos son:

**a) Mantener un aporte de agua y alimento suficiente.**

Se encontró una significativa participación del familiar en el horario de la entrega de la alimentación. Durante este proceso, el cuidador ejecuta

actividades que parecen simples pero que resultan fundamentales al momento del acto de alimentarse. Por ejemplo, la acomodación del paciente para recibir su alimento, cortar los alimentos, lavar los utensilios, etc. Actividades que muestran el lado invisible del cuidador y que tienen que ver con lo afectivo y lo cotidiano. La presencia del cuidador familiar durante la alimentación, entendida en todas sus dimensiones, es crucial, como se demuestra en esta tesis.

#### **b) Mantener el equilibrio entre la soledad y la interacción humana.**

El porcentaje de visita diaria superó el 90% y la mayoría de los cuidadores familiares permaneció más de tres horas. En esa misma visita, el familiar entrega cariño físico y da ánimo (89,04% y 91,78%, respectivamente). Al mismo tiempo, se dedican a conversar para entretenerse.

En los otros 2 requisitos estudiados se encontró un porcentaje de participación menor.

#### **c) Proveer cuidados asociados con procesos de eliminación**

Más de la mitad de los cuidadores familiares dicen realizar diferentes actividades relacionadas con la eliminación e higiene como son: pasar la chata o pato y luego lavarlo rasurar, peinar, lavar placas de dientes etc. Cabe señalar que un 45,21% de los AM, se encontraban con pañales o con recolectores de orina.

#### **d) Mantener el equilibrio entre la actividad y el reposo**

Se encontró una participación solo cercana al 20%, muy probablemente por las características del paciente hospitalizado, frecuentemente con incapacidad severa en 4 o más actividades de la vida diaria y porque la enfermedad que motivó su hospitalización requería de reposo absoluto.

**4).** De los factores relacionados con la participación de la familia se encontró lo siguiente:

➤ **Factores propios del cuidador familiar relacionados con la participación de la familia**

En este aspecto, el tema económico puede gravitar negativamente si se alarga la hospitalización, puesto que la mayoría de los encuestados (81,69%) consideró que los gastos eran de medios a altos si se considera la locomoción, la compra de pañales y remedios.

Como elemento facilitador se encontró que existe una red de apoyo entre ellos. Cerca del 60%, refiere haber recibido ayuda de otros miembros de la familia para el cuidado de su familiar.

➤ **Factores institucionales relacionados con la participación de la familia.**

Para este propósito, se midieron aspectos estructurales y funcionales. En este sentido la infraestructura hospitalaria, no facilita la participación de la familia. La mayoría (97,3%) de los cuidadores señalan no tener haber tenido una sala donde estar, no tener una silla donde sentarse (78.1%), ni contar con un baño donde ir (80,8%), razón por la cual utilizan los baños de los pacientes.

A pesar de la falencia en infraestructura, sobre el 80% de los encuestados refieren haberse sentido cómodos en el hospital y casi el 97,1% consideró que el tiempo que pudo permanecer con su familiar era suficiente, es decir 6 hrs. diarias. Esta percepción quedó demostrada, al reducirse las horas de visita a 2 horas durante la emergencia producida por el virus A H1N1, período en que el porcentaje de satisfacción bajó al 55,3%.

➤ **Factores del profesional de enfermería relacionados con la participación de la familia**

Un factor que influye negativamente en la participación del familiar, es producto de que el profesional no interactúa en forma planificada con el cuidador familiar; la mayoría refiere que el enfermera/o no se presentó al ingreso, aunque si recibieron información sobre las rutinas, pero que éstas

habían sido verbales.

Al preguntársele si habían recibido alguna educación de cómo cuidar a su familiar, el 97,8% respondió que no, a pesar de que el criterio de inclusión de la muestra requería tener al familiar 5 o más días hospitalizados, tiempo suficiente para que la enfermera/o se hubiese relacionado en forma programada con el cuidador familiar, de tal manera que éste aprendiera cómo y en qué participar, preparándosele para ser el continuador de los cuidados después del alta.

Finalmente la hospitalización de un paciente anciano significa para la familia una sobrecarga en sus funciones habituales, su participación en el cuidado obedece más que nada a habilidades aprendidas en el seno de la familia. Si bien, no se puede desconocer los cambios que se han implementado en las instituciones hospitalarias para que sean más amigables, comprensivas y humanas, todavía queda mucho por hacer.

### **5.3 RECOMENDACIONES**

Posterior al análisis de la información obtenida y las conclusiones señaladas, considero de importancia, plantear los siguientes puntos de interés.

#### **A la Institución hospitalaria**

1. Me parece que sería útil realizar por parte de las autoridades, una evaluación desde la instauración del Hospital Amigo a la fecha, incluyendo en este análisis a las familias, al equipo de salud profesionales y técnicos, así como a los administrativos.
2. Las decisiones presupuestarias deberían considerar mejoras en la infraestructura hospitalaria que faciliten la permanencia del cuidador familiar al interior de ésta.
3. Debido a la escasez de profesionales de enfermería, resulta difícil obtener una atención de enfermería integral, segura y de calidad. Por

lo tanto, sería útil realizar un estudio en las distintas Unidades Médicas respecto de la relación de profesionales de enfermería por pacientes, los que a la fecha son más viejos, portadores de pluripatología y con alto nivel de dependencia.

4. Debería generarse un programa de capacitación, orientado a estimular la participación de la familia en el cuidado de sus familiares, al interior de los servicios hospitalarios con énfasis en los pacientes geriátricos.

### **Al profesional de enfermería**

1. El cuidado profesional, debe incluir el sistema de enfermería de apoyo educativo que menciona Orem, para que el cuidador pueda empoderarse oportuna y efectivamente del cuidado del AM durante la hospitalización y posteriormente en casa.
2. Es importante que enfermería considere al cuidador integralmente como recurso, co-trabajador y co-cliente.
3. Es necesario no sólo ejecutar planes de alta, sino programas de apoyo desde el ingreso del paciente al hospital, lo que podría contribuir a identificar los lineamientos generales del cuidado en casa que involucren al enfermo y al familiar cuidador. Este programa debería ser específico e individual, según sus necesidades, intereses y problemas de cada paciente y su familia.

Por último considero importante que este estudio pueda ser complementado con otros estudios, que permitan obtener mayores conocimientos del significado que implica el cuidar a otros.

## **BIBLIOGRAFÍA**

## Referencias Bibliográficas

**Acosta**, E. (2009) El cuidado de personas dependientes en las políticassociales en Chile: ¿quién cuidará de nosotros/as? *Revista A-MÉRICA* vol 2 N°3. Recuperado de [www.revistaamerika.deusto.es/.../BlobServer?...](http://www.revistaamerika.deusto.es/.../BlobServer?...)

**Albala**,C.,Lebrao.ML.,León,E.,Ham-Chande,R.,Hennis,AJ.,Palloni,A.et al. (2005) Encuesta Salud Bienestar y Envejecimiento: metodología de la encuesta y perfil de la población estudiada. *Rev. Panamericana de Salud; Pública.* 17(5/6):307-22 Recuperado de <http://www.scielosp.org/scieloOrg/php/articleXML.php?pid...>

**Albala**,C.,Sánchez,H.,Bustos,C.,Fuentes,A.,(2007). *Situación de los Cuidadores Domiciliarios de los Adultos Mayores Dependientes Con Pensión Asistencial.*

**Anzola**,E., Galinsky,D.,Morales,F., Salas,A. y Sanchez,M. (1994). *La atención de los ancianos: un desafío para los años noventa.* Publicación científica N° 546. Washington D.C: Organización Panamericana de la Salud. Recuperado de <http://www.mideplan.cl/cgi-bin/btca/WXIS?...=./xis/...>

**Araneda**, G.,Isal,J y Jiménez,M.(2000) Capacidad de autocuidado del adulto mayor, hospitalizado en los servicios de medicina y cirugía del Hospital Herminda Martín de Chillán. *Rev. Cultura de los cuidados 1 y 1 Semestre. IV -n 7 y 8.* Chillan. Recuperado de [http://www.ua.es/dspace/bitstream/10045/5118/1/CC\\_07-08\\_18.pdf](http://www.ua.es/dspace/bitstream/10045/5118/1/CC_07-08_18.pdf) -

**Barrera,F.,** Moraga,F., Escobar,S., Antilef, R., (2007) Participación de la madre y la familia en la atención del niño hospitalizado: Análisis histórico y visión de futuro. *Revista Chilena de Pediatría.* 78(1): 85-94. Recuperado de [http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0370-41062007000100012&script=sci\\_arttext](http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0370-41062007000100012&script=sci_arttext)

**Bastías,G.** y Valdivia,G. (2007). *Reforma de salud en Chile; el plan AUGE o Régimen de garantías explícitas en salud (GES). Su origen y evolución.* Boletín Escuela de medicina U.C., Pontificia Universidad Católica de Chile Vol. 32 N2. Recuperado [www.escuela.med.puc.cl/publ/boletin/20072/ReformaSalud.pdf](http://www.escuela.med.puc.cl/publ/boletin/20072/ReformaSalud.pdf)

**Burke,** M. y Walsh, M.,( 1998). *Enfermería Gerontológica.* Madrid: Harcourt Brace

**Boyd,** S. (1990). Base conceptual para la intervención de enfermería con las familias. En Hall,J.,Redding,B. *Enfermería en Salud Comunitaria: Un enfoque de sistemas* ( pp. 184-199)(2ª ed.).Washington D.C: Organización Panamericana de la Salud.

**Celedón,C.** y Noe,M.,( 2000) Reformas del sector salud y participación social. *Rev:Panamericana Salud Publica/Pan Am/Public Health* 8(1 / Recuperado de <http://www.bvs.insp.mx/articulos/6/20/020601.pdf>

**Consejo internacional de enfermería.** Declaración de posición (2006).La atención de enfermería a las personas mayores Recuperado de <http://www.icn.ch/psoldersp.htm>

**Contel,J.C.** ;Gené,J. y Peya,M.(1999).*Atención domiciliaria: organización y práctica* . Barcelona: Springer – Verlag Ibérica.

**Costa,M.J.,**Costa,M.P.,Oliveira,M.,Rodrigues,P. y Correia,R.,(2007). Anciano que cuida anciano. *Gerokomos* v.18 n.3.Recuperado de [http://www.scielo.isciii.es/SciELO.php?script=sci\\_arttext](http://www.scielo.isciii.es/SciELO.php?script=sci_arttext).

**Chile** (1998). *Código Sanitario*. Santiago: Jurídica de Chile

**Chile.** Comité Nacional para el adulto mayor (1996). Política nacional para el adulto mayor. Recuperado de [www.eclac.org/celade/agenda/1/10761/PolNac\\_Chile.pdf](http://www.eclac.org/celade/agenda/1/10761/PolNac_Chile.pdf) -

**Chile.** Servicio Nacional para el adulto Mayor (2004). Política nacional para el adulto mayor. Recuperado de [www.senama.cl/Archivos/720.pdf](http://www.senama.cl/Archivos/720.pdf) -

**Dirección de Estadísticas e Información en Salud de Chile.**(2006). Recuperado de [www.deis.minsal.cl/deis/indicadores/indi2007.pdf](http://www.deis.minsal.cl/deis/indicadores/indi2007.pdf).

**Díaz,J.** (2007) Habilidades de cuidado de los cuidadores familiares de personas en situación de enfermedad crónica vinculados al hospital San Rafael de Girardot. *Avances en enferm.,XXV* (1): 69-82. Recuperado de [javeriana.edu.co/biblos/tesis/enfermeria/2009/DEFINITIVA/tesis10.pdf](http://javeriana.edu.co/biblos/tesis/enfermeria/2009/DEFINITIVA/tesis10.pdf)

**El cuidado del cuidador.** (s.n.) (2006). Recuperado de [www.featece.org/elcuidadodelcuidador.pdf](http://www.featece.org/elcuidadodelcuidador.pdf)-España

**Gamarra-Samaniego,P.,** (2001) Consecuencias de la hospitalización en el anciano. Boletín de la Sociedad Peruana de Medicina Interna vol.14 N°2.Recuperado de [www.enfermerasperu.com/menu2/.../ICC%20ancianos.ppt](http://www.enfermerasperu.com/menu2/.../ICC%20ancianos.ppt)

**García,M.**(2001). La responsabilidad de la formación de los cuidadores informales. *Gerokomos* 2001;12(2):67-70 Recuperado de [scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext...](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext...)

**Giro,J.**(2005). El envejecimiento activo en la sociedad española. Cuidados a las personas mayores en los Hogares Españoles. Recuperado de [www.imfersomayores.csic.es/.../varios-envejecimientoactivo-01.pdf](http://www.imfersomayores.csic.es/.../varios-envejecimientoactivo-01.pdf)

**Hospital Carlos Van Buren** (2008). Cuenta pública participativa- Recuperado de [www.ssalparaisosanantonio.redsalud.gov.cl/.../5d9e49af61e0e1c1e04001011e012bd7.pdf](http://www.ssalparaisosanantonio.redsalud.gov.cl/.../5d9e49af61e0e1c1e04001011e012bd7.pdf)

**Instituto de Nutrición y Tecnología de los Alimentos** (INTA). Universidad de Chile. Recuperado de <http://www.ine.cl/cd2002/sintesis censal.pdf>.

**Instituto Nacional de estadística** (2009). Recuperado de [www.INE.cl](http://www.INE.cl)

**Lange, I., Urrutia, M., Campos, C., Gallegos, E. y Herrera, L.** (2006) *Fortalecimiento del autocuidado como estrategia de la atención primaria en salud*. Organización Panamericana de la salud p. 1 -60 Recuperado de <http://www.uc.cl.../19447-Fortalecimiento%20Autocuidado%20ops%20mayo%202006.pdf>

**Ley de autoridad sanitaria N° 19.937** (2004). Recuperado de [www.ispch.cl/salud\\_ocup/programas/.../pdf/LEY%2019937.pdf](http://www.ispch.cl/salud_ocup/programas/.../pdf/LEY%2019937.pdf)

**Luengo, C., Araneda, G., López, M.,** (2010). *Factores del cuidador familiar que influyen en el cumplimiento de los cuidados básicos del usuario postrado*. Recuperado de <http://www.scielo.isciii.es/scielo.php?pid=S1132...script>.

**Marín, P.,** (2005). Resultados generales del proyecto INTRA-OMS Chile *Rev Méd Chile* 2005; 133: 331-337. Recuperado de [www.scielo.cl/scielo.php?...98872005000300010...](http://www.scielo.cl/scielo.php?...98872005000300010...)

**Marín, P.** (2006). *Geriatría y Gerontología*. Santiago: Universidad Católica de Chile.

**Marrugat, M.,** (2005). La familia cuidadora y su incidencia en la calidad de vida de las personas mayores. *Rev. MultiGerontológica*, 15(3):171-177. Recuperado de <http://www.dialnet.unirioja.es/servlet/dcart?info=link&codigo=1279501&ord>

**Massone, F., Valdebenito, X. y Vogel, N.** (2010). Observaciones de la vejez en familia. Una aproximación desde la coresidencia intergeneracional. *Gazeta de Antropología* N°26/1 - 2010- Artículo 17. Recuperado de [www.ugr.es/pwlac/G26\\_17Francisca\\_Massone-Ximena\\_Valdebenito.html](http://www.ugr.es/pwlac/G26_17Francisca_Massone-Ximena_Valdebenito.html)

**Milos,P.,Larraín,A.y Simonetti,** (2009). Categorización de servicios de enfermería: propuesta para asegurar una atención de calidad en tiempo de escasez de enfermeras. *Cienc.Enferm.*, 15 (1), 17 - 24. Recuperado de [http://www.scielo.php?script=SCI\\_arttex&pid=S0717\\_95532009000100003&Ing=es&nrm=iso](http://www.scielo.php?script=SCI_arttex&pid=S0717_95532009000100003&Ing=es&nrm=iso)

**Milos.P.,Borquez,B. y Laraín,A.,**(2010). La "gestión del cuidado" en la legislación chilena: interpretación y alcance. *Rev, Ciencia y Enfermería XVI I:* 17 -29. Recuperado de [www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717...script...](http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717...script...)

**Ministerio de Salud de Chile** (1995).*Modelo integral de salud.* Recuperado de [http://www.ssmc.cl/.../modelo\\_integral\\_de\\_salud](http://www.ssmc.cl/.../modelo_integral_de_salud)

**Ministerio de salud de Chile** (2000). *Reforma de salud. Modelo de Atención Integral de Salud.* Recuperado de [http://www.hjnc.cl/docs/hospital\\_Chile\\_autogestionado.pdf](http://www.hjnc.cl/docs/hospital_Chile_autogestionado.pdf).

**Ministerio de Salud de Chile** (2002). *Contenidos del conjunto legislativo para la reforma de salud.* Recuperado de <http://www.ssmaule.cl/paginas0index2.php?option=com...28>

**Ministerio de Salud de Chile** (2006).*Plan de apertura de los establecimientos de salud a la familia y la comunidad.* Recuperado de [http://www.prematuros.cl/webenero\\_07/.../hospitalamigo.htm](http://www.prematuros.cl/webenero_07/.../hospitalamigo.htm)

**Ministerio de salud de Chile** (2006). Programa de apoyo a personas con postración severa o pérdida de autonomía. Recuperado de [www.temucochile.com/.../salud/.../dcto\\_gral\\_salud\\_124\\_20090428\\_aprueba\\_beneficios\\_programa\\_de\\_apoyo.pdf](http://www.temucochile.com/.../salud/.../dcto_gral_salud_124_20090428_aprueba_beneficios_programa_de_apoyo.pdf)

**Ministerio de salud de Chile** (2007). *Orientaciones Hospital Amigo.* Subsecretaría de redes asistenciales. Recuperado de [www.ssmso.cl/tmparchivos/transparente/Participación ciudadana/Hospitalamigo/pdf](http://www.ssmso.cl/tmparchivos/transparente/Participación_ciudadana/Hospitalamigo/pdf)

**Ministerio de Salud de Chile** (2007). *Norma general administrativa n° 19, "Gestión del cuidado de enfermería para la atención cerrada"*. Subsecretaría de redes asistenciales. Departamento de asesoría jurídica. Recuperado de <http://salunet.minsal.gov.cl/pls/portal/docs/>

[page/transparencia/g\\_seremi/seremi4\\_normas/resolucion\\_1127\\_07.pdf](http://salunet.minsal.gov.cl/pls/portal/docs/page/transparencia/g_seremi/seremi4_normas/resolucion_1127_07.pdf)

**Ministerio de Salud de Chile** (2007). *Compromisos de gestión: orientaciones metodológicas*. Subsecretaría de redes asistenciales. División de gestión de red asistencial. Recuperado de <http://www.educ.cl/fedra/c-documentos.htm>

**Ministerio de Salud de Chile** (2007). *Guías Clínicas Accidente Cerebro Vascular Isquémico en Personas de 15 años y mas*. Recuperado de [www.redsalud.gov.cl/gesauge/ges\\_descargas.html](http://www.redsalud.gov.cl/gesauge/ges_descargas.html)

**Ministerio de Salud de Chile**(2008)Compromisos de Gestión-Red Servicio de Salud .Recuperado de [www.ssmc.cl/inicio/.../compromisos-de-gestion-minsal-2008](http://www.ssmc.cl/inicio/.../compromisos-de-gestion-minsal-2008) -

**Ministerio de Salud de Chile** (2009).Encuesta nacional de satisfacción usuaria. Subsecretaría de redes asistenciales. Departamento de Participación Social y Trato al Usuario. Recuperado de [www.ssmso.cl/.../SatisfaccionUsuaria/MEDICIONNACSATISFAC.pdf](http://www.ssmso.cl/.../SatisfaccionUsuaria/MEDICIONNACSATISFAC.pdf) -

**Ministerio de Salud de Chile** (2010). *Encuesta Nacional de Salud*.Recuperado de [www.redsalud.gov.cl/portal/url](http://www.redsalud.gov.cl/portal/url)

**Ministerio de Salud de Chile** (2011). Evaluación de final de periodo de los objetivos sanitarios 2000 -2010.Recuperado de [www.epi.minsal.cl/epi/html/sdesalud/.../OS2000\\_2010.htm](http://www.epi.minsal.cl/epi/html/sdesalud/.../OS2000_2010.htm) -

**Montenegro, L.,Salazar, C., De la Puente,C., Gomez,A.,Ramirez,E.** (2009). Aplicación de la evaluación geriátrica integral en los problemas sociales de los

adultos mayores. *Acta Médica Peruana* 26 (3). Recuperado de <http://www.scielo.org.pe/pdf/amp/v263n3/a05v26n3.pdf>.

**Monticelli, M.** y Essen, I. (2004). El hospital como una "realidad clínica": una comprensión a partir del encuentro entre trabajadores de Enfermería y familias de un servicio de alojamiento conjunto. *Rev. Horizonte de Enfermería*, 15. 37 – 52. Recuperado de [www.scielo.br/pdf/ape/v20n4/18.pdf](http://www.scielo.br/pdf/ape/v20n4/18.pdf)

**Montoya, E.,** Restrepo, S., Ortiz, A., Palacio, M., García, D., et al. (1999-2000). Participación del acompañante en el cuidado del paciente hospitalizado. *Investigación y educación en enfermería*. vol.20.Nº2. Recuperado de <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo>

**Morrison, M.** (1999). *Fundamentos de Enfermería en Salud Mental*. Madrid: Harcourt Brace.

**Olivares-Tirado, P.,** Salazar, E. (2006). *Impacto del envejecimiento en el gasto en salud: Chile 2002 – 2020*. Departamento de estudios y desarrollo. Superintendencia de Salud. Documento de trabajo. Recuperado de [http://www.supersalud.cl/documentacion/569/articles-4021\\_recurso\\_1.pdf](http://www.supersalud.cl/documentacion/569/articles-4021_recurso_1.pdf)

**Orem, D.** (1993). *Modelo de Orem. Conceptos de enfermería en la práctica*. Barcelona: Masson-Salvat.

**Organización Mundial de la Salud** (1982). *Evaluación de la situación y adopciones de políticas para la atención de la población de edad avanzada*. Documento oficial Nº179. Washington DC. Recuperado de <http://www.scielo.cl/scielo.php?pid=S0717...script>

**Organización Mundial de la Salud** (2003) El mundo enfrenta grave escasez de médicos y enfermeras, advirtió la OMS. Recuperado de [http://www.portalinfomed.sld.cu/socbio/infonews\\_render\\_full/8412](http://www.portalinfomed.sld.cu/socbio/infonews_render_full/8412)

**Ortiz, P.,** Mendez, F., Varela, L. y Pamo, O. (2007). Variación del estado nutricional del paciente adulto mayor durante la hospitalización en los

servicios de medicina de un hospital general. *Revista =EDICA Herediana v.18 n.1*. Recuperado de [www.scielo.org.pe/scielo.php?...130X2007000100002...](http://www.scielo.org.pe/scielo.php?...130X2007000100002...)

**Perez,B.**(2002). El cuidado de enfermería en familia: un reto para el siglo XXI. *Revista Aquichan* 2 (2). Recuperado de <http://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo...>

**Pérez,J** (sf) La feminización de la vejez. *Centre d'Estudis Demogràfics*. Recuperado de [http://ccp.ucr.ac.cr/bvp/pdf/vejez/demog004\\_perezdiaz.pdf](http://ccp.ucr.ac.cr/bvp/pdf/vejez/demog004_perezdiaz.pdf)

**Quero,A.,**Briones,R.,Prieto,MA:,Pascual,N.,Navarro,A. et al.,(2002). Los cuidadores familiares. En el Hospital Universitario de Traumatología y Rehabilitación de Granada. *Index de Enfermeria* v.14 n.48-49. Recuperado de <http://www..scielo.isciii.es/cielo.php?pid=S1132>.

**Robles,L.,**Rizo,G.,Camarena,LM.,Cervantes,L.,Gomez,M. y Gonzalez,M.,(2000). *Redes y apoyo social en ancianos enfermos de escasos recursos en Guadalajara, Mexico*. Cuadernos de salud Pública .Río de Janeiro. Recuperado de [www.elsevier.es/...primaria.../apoyo-social-diabetes-tipo-2-13125414-cartas- al-director-2008](http://www.elsevier.es/...primaria.../apoyo-social-diabetes-tipo-2-13125414-cartas- al-director-2008)

**Rozzini,** R.,(2007) Departamento de Medicina Interna y Geriátría, Conferencia IX Congreso de Geriátría.Santiago [www.mednet.cl/link.cgi/Medwave/PuestaDia/.../1082](http://www.mednet.cl/link.cgi/Medwave/PuestaDia/.../1082)

**Saldías,** M., Quezada, M., Galleguillos, J.,Lucchini,C.,Marquez,F.,Cabezas,V., et al.(2003). Evaluación del Hospital Clínico UC como Hospital Amigo: 11 años de historia. *Rev. Horizonte de Enfermería,* 14, 61-76.Recuperado de [www.cursos.puc.cl/enf11162/almacen/1299265779\\_merubioa\\_sec3\\_pos0.pdf](http://www.cursos.puc.cl/enf11162/almacen/1299265779_merubioa_sec3_pos0.pdf)

**Servicio Nacional del Adulto Mayor.** (Ed.). (2009). *Las personas mayores en Chile: Situación, Avances y Desafíos del Envejecimiento y la Vejez*. Santiago

**Subdirección Administrativa.** Instituto Nacional de Geriátría. *Relato de iniciativa destacable. Extensión horaria de visita a pacientes hospitalizados.* Recuperado de <http://www.upch.edu.pe/TROPICALES/TARGA/geriatria.pdf>

**Taylor,S.** (2003). La teoría enfermera del déficit de autocuidado. En Marriner, A. *Modelos y teorías en enfermería* (pp. 189 -211). Barcelona: Elsevier

**Toronjo,A.M.** (2001). Cuidador formal frente a cuidador informal. *Gerokomos* 2001;12(2):59-66. Recuperado de [scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci\\_arttext...](http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext...)

**Torres,L.,Morales, JM.** (2004).Participación familiar en el cuidado del paciente crítico. *Revista Internacional para el cuidado del paciente critico.* Vol.4, Num. 1. Recuperado de [www.tempusvitalis.com/Revista06/consenso41p.pdf](http://www.tempusvitalis.com/Revista06/consenso41p.pdf)

**Varela,L.,Chavez,H., Galvez,M. y Mendez,F.,**(2004). Características del deterioro cognitivo en el adulto mayor hospitalizado a nivel nacional. *Revista Soc. Peru. Medicina Interna.* 17(2).Recuperado de [www.sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/spmi/v17n2/pdf/a02.pdf](http://www.sisbib.unmsm.edu.pe/bvrevistas/spmi/v17n2/pdf/a02.pdf)

**Vázquez, M.,Siqueirab, E.,Kruzeb, I.,Da Silvaca y Leiteb,I.** ( 2002).Los procesos de reforma y la participación social en salud en América Latina .*Gaceta Sanitaria;* 16(1):30-38. Recuperado de [www.scielosp.org/pdf/gs/v16n1/v16n1a03.pdf](http://www.scielosp.org/pdf/gs/v16n1/v16n1a03.pdf)

**Zarate,R.,** (2004). La gestión del cuidado de enfermería. *Index de enfermería* v.13 n.44.Granada. Recuperado de <http://www.scielo.isciii.es/scielo.php?script...129620040001>

**Zea,MC., Torres,B.,**(2007). Adultos mayores dependientes hospitalizados: la transición del cuidado. *Investigación y Educación en Enfermería.* (25)1:40 – 49. Recuperado de <http://www.aprendeenlínea.udea.edu.co/revistas/index.../2894>

## **ANEXOS**

**ANEXO 1**

---

**INSTRUMENTO DE RECOLECCIÓN DE DATOS****ITEM I****Características Socio demográficas y de salud del AM Hospitalizado  
(8)****1.- Edad**

- 60 - 64 años
- 65 - 69 años
- 70 - 74 años
- 75 - 79 años
- 80 y más

**2.- Sexo**

- Mujer
- Hombre

**3.- Estado Civil**

- Casado (a)
- Viudo(a)
- Separado(a)
- soltera (o)

**4.-Clasificación según Katz**

- A - B
- C - D
- E - F - G
- otro

**5- Portador patología crónica**

HTA

DM

Mixta

No

**6- Diagnóstico de ingreso**

Cardiovascular

Respiratorio

Cáncer

otro

**7- Fecha última hospitalización**

Menos de 6 meses

De 6 meses a un año

Más de un año y menos de 2 años

Más de 2 años

**8- Inscripción en algún Centro de Salud**

Si

No

**ITEM II****Características socio demográficas del cuidador familiar (3)****9-¿Qué edad tiene?**

Menos de 35 años    35 – 59 años    60 – 64 años    65 – 69 año    70 y  
más

**10- Sexo**

Mujer

Hombre

**11.¿Cuál es su escolaridad?**

Básica incompleta   básica completa   media incompleta  
 media completa   superior

### **ITEM III**

#### **Actividades realizadas por la familia para satisfacer los requisitos de autocuidado universal del Adulto mayor hospitalizado (9)**

##### **12- ¿Acompaña a su familiar en las horas de comida?**

Siempre

Frecuentemente (tres veces por semana)

Ocasionalmente (una a dos veces por semana)

No se encuentra

Con SNE o SNG

##### **Si tiene SNE o SNG pase a la pregunta N° 3**

##### **13- Durante las horas de comida, ¿usted ?**

Acomodar a su familiar en la cama y/o pasarle los cubiertos      Si      No

Le corta la carne y/o carga la cuchara      Si      No

Le Lava los cubiertos y/o utensilios      Si      No

Da de comer en la boca      Si      No

##### **14- ¿Usted ayuda a su familiar con su aseo personal?**

Si

A veces

No

##### **15-¿Cuando su familiar desea orinar y/o defecar usted?**

Pasa la chata/pato

Avisa para que venga el personal a realizar la tarea

Usa recolector / S. Foley / pañal

otro cual\_\_\_\_\_

**16- ¿Durante las visitas lo ayuda a levantarse de la cama y/o acompaña al baño y/o a la silla?**

Si

No

Si responde No. ¿Por qué no ayuda?\_\_\_\_\_

**17- ¿Con qué frecuencia viene de visita?**

Diariamente

Día por medio

Una o dos veces por semana

**18- ¿Cuánto dura cada visita que usted realiza?**

Menos de una hora

Más de una hora a dos horas

Más de dos horas a tres horas

Más de 3 horas

**19- Durante la visita, ¿usted ?**

Le entrega cariño físico	Si	No
Escucha los problemas que tiene	Si	No
Le da ánimo	Si	No

**20- Durante la visita, ¿qué hacen ustedes para entretenerse?**

Escuchar música	Si	No
Leer	Si	No
Escuchar música y leer	Si	No
Conversar	Si	No
Ver televisión	Si	No
Nada	Si	No

**ITEM IV****Factores del cuidador familiar relacionados con la participación de éste en el cuidado del AM hospitalizado (7)****21- ¿Actualmente tiene pareja?**

Si No

**22- ¿Qué relación de parentesco tiene con la persona hospitalizada?**

Esposo(a)

Hijo(a)

Otra persona

Si responde otra persona.

¿Cuál? \_\_\_\_\_

**23- ¿Usted vive con su familiar?**

Si No

**24- ¿Usted tiene una ocupación fuera del hogar?**

Si No

**25- ¿Cuánto tiempo demora en llegar de su domicilio al hospital?**

Menos de 30 minutos

De 30 minutos a 1 hora

Más de 1 hora

**26- ¿Considera que el gasto que realiza en cada visita es?**

Alto

Medio

Bajo

**27- ¿Recibe ayuda de otras personas en el cuidado de su familiar?**

Si No

**ITEM V****Factores de la Institución relacionados con la participación de la familia (5)**

**28- ¿Usted cuenta con una sala donde estar cuando viene de visita, fuera de la sala de pacientes?**

Si          No

**29- ¿Usted tiene una silla donde sentarse cuando viene de visita?**

Siempre

A veces

Nunca

**30- ¿Usted cuenta con un baño donde ir cuando viene a visitar a su familiar?**

Si          No

**31- ¿Se siente cómodo cuando está de visita en el hospital?**

Si

Mas o menos

No

**32- ¿Considera que el tiempo que puede permanecer con su familiares?**

Suficiente

Medianamente suficiente

Insuficiente

**ITEM VI****Factores del profesional de enfermería relacionados con la participación de la familia (4)**

**33- Cuando ingresó a la unidad, ¿la enfermera se presentó?**

Si No

**34- ¿Se le entregó información sobre las rutinas de la unidad?**

Si No

**SI RESPONDE NO VAYA A LA PREGUNTA N°4**

**35- Esta información fue:**

Escrita Verbal ambas

**36** ¿Ha recibido educación sobre cómo cuidar a su familiar de parte la enfermera?

Si No

## ANEXO N°2

---

### **Índice de Katz**

El índice de Katz se basa en la evaluación de la autonomía funcional de los pacientes en tareas básicas como lavarse, vestirse, ir al servicio, desplazarse, continencia y comer.

Independiente significa actuar sin supervisión, dirección o asistencia personal activa, excepto cuando se especifique así en las normas de la escala. La evaluación se basa en lo que hace realmente el anciano, no en su capacidad para hacerlo. Un paciente que rehusa realizar una función se le considera como dependiente para la misma, aunque fuera capaz de realizarla.

#### **BAÑARSE:**

Independiente: Precisa ayuda sólo para lavar una parte del cuerpo (como la espalda o una extremidad incapacitada) o se baña completamente sin ayuda. (1 punto)

Dependiente: Precisa ayuda para lavar más de una parte del cuerpo, para entrar o salir de la bañera o no se baña. (0 puntos)

#### **VESTIRSE:**

Independiente: Coge la ropa de armarios y cajones, se pone la ropa, los complementos o adornos, se abrocha los botones; se excluye el acto de atarse los zapatos. (1 punto)

Dependiente: No se viste solo o permanece en parte sin vestir. (0 puntos)

#### **IR AL SERVICIO:**

Independiente: Va al servicio, se sienta y se levanta del retrete, se arregla la ropa, se limpia los órganos excretores (puede utilizar por sí mismo la cuña o

el orinal por la noche solamente, y puede usar o no ayuda mecánica). (1 punto)

Dependiente: Usa cuña u orinal o recibe ayuda para ir al servicio y utilizarlo. (0 puntos)

### **LEVANTARSE:**

Independiente: Entra y sale de la cama y se sienta y levanta de una silla independientemente (pueda usar o no ayudas mecánicas). (1 punto)

Dependiente: Necesita ayuda para sentarse, tumbarse o levantarse de la silla y/o cama, o no lo hace. (0 puntos)

### **CONTINENCIA DE ESFÍNTERES:**

Independiente: Micción y defecación controladas por completo. (1 punto)

Dependiente: Incontinencia parcial o total urinaria o fecal; control parcial o total con enemas, sondas o con el uso reglado de orinales o cuñas. (0 puntos)

### **COMER:**

Independiente: Lleva la comida del plato o su equivalente a la boca (se excluye de la evaluación cortar carne y preparar la comida, como untar el pan). (1 punto)

Dependiente: Precisa ayuda en el acto de comer, no come o usa nutrición parenteral. (0 puntos)

El resultado se puede expresar de dos formas:

### **Índices:**

**A** Independiente para las 6 funciones.

**B** Independiente para todas las funciones excepto una.

**C** Independiente para todas las funciones excepto para bañarse y para otra función.

**D** Independiente para todas las funciones excepto para bañarse, vestirse y para otra función.

**E** Independiente para todas las funciones excepto para bañarse, vestirse, ir al servicio y para otra función.

**F** Independiente para todas las funciones excepto para bañarse, vestirse, ir al servicio, levantarse y para otra función.

**G** Dependiente para las 6 funciones.

**Otro** Dependiente para al menos 2 funciones, pero no clasificable como C, D, E o F.

### **Puntuación:**

Se otorgan 0 puntos si el anciano es dependiente o 1 punto si es independiente y se realiza la suma de la puntuación obtenida en cada pregunta. De este modo se plantean los siguientes grados, que además tienen su traducción en los índices anteriores:

Grados A - B o de 6 a 5 puntos: Ausencia de incapacidad o incapacidad leve.

Grados C - D o de 4 a 3 puntos: Incapacidad moderada.

Grados E - G o de 2 a 0 puntos: Incapacidad severa

**ANEXO N°3**

---

**CONSENTIMIENTO INFORMADO  
CUIDADOR FAMILIAR****SR(A):**

Se le invita a participar de manera voluntaria en una investigación, que consiste en un estudio sobre "la participación de la familia en el cuidado del adulto mayor hospitalizado".

La investigación se llevará a efecto durante los meses de junio y julio 2009. Los datos de su participación se mantendrán en forma confidencial, y la publicación de los resultados en medios científicos será anónima.

Declaro haber sido informado por\_\_\_\_\_. Quien me explicó el estudio y entendí claramente mi participación. Tuve la oportunidad de aclarar todas las dudas, tomando libremente mi decisión y sin ningún tipo de presión.

Iniciales Participante:\_\_\_\_\_ Firma Participante:\_\_\_\_\_

Nombre Investigador o Encuestador:\_\_\_\_\_

Firma Investigador o Encuestador:\_\_\_\_\_

Fecha:\_\_\_\_\_

Responsable de la Investigación:  
Isabel Siefer Navas  
© Magíster de Enfermería  
Escuela de Enfermería y Obstetricia  
Universidad Valparaíso