

Participación del acompañante en el cuidado del paciente hospitalizado instituciones de segundo nivel área metropolitana Medellín 1999-2000

Ana Cecilia Ortiz, Dora Lucía Gaviria, Martha Lucía Palacio

RESUMEN

El presente estudio pretende responder la pregunta sobre las oportunidades de participación que el equipo de enfermería propicia a los acompañantes del paciente hospitalizado para su cuidado. Nace como respuesta a los interrogantes continuos desde la practica académica y vivencias personales con familiares hospitalizados.

El presente proyecto describe las oportunidades que el personal de enfermería proporciona al acompañante para participar en el cuidado del paciente hospitalizado; la frecuencia con que da educación y recomendaciones sobre el cuidado relacionado con la enfermedad motivo de hospitalización y la forma como se induce a la búsqueda de modos de vida saludables.

De los usuarios con acompañante el 54% son de sexo femenino, el 24% tiene de 64 a 77 años, representando los usuarios con mayor tiempo de compañía; se caracterizan por un nivel bajo de escolaridad al presentarse un 15% de analfabetismo y el 35% solo con primaria incompleta. En cuanto a las causas de morbilidad están relacionadas con el sistema gastrointestinal representadas en 30% del total; en segundo lugar los problemas cardiovasculares con 15% y en tercer lugar los problemas respiratorios y los trastornos óseo musculares con el 13%. Los acompañantes de los pacientes hospitalizados pertenecen al sexo femenino en un 85%, y el promedio de edad es de 45 años y el 43% no alcanza la formación básica. Con relación al parentesco los hijos representan a las personas que más acompañan con el 38%; en segundo y tercer lugar están el cónyuge y las madres con 15% y 14%.

Los cuidados que los acompañantes mas realizan están relacionados con la conversación, el baño y la alimentación, acciones como la lectura, el juego y la música son realizados solo con un 10 % de los acompañantes. La interacción del equipo de enfermería con el acompañante es mínima para casi todos los cuidados explorados en el estudio, se presento mayor interacción en la indicación, explicación y apoyo del baño; es la auxiliar de enfermería quien más interactúa con el acompañante en las categorías de indicar, explicar y apoyar; sobresale la poca interacción del profesional.

Palabras Claves: Relaciones Profesional-Familia, Grupo de Atención al Paciente, Continuidad de la Atención al Paciente, Relaciones Paciente-Hospital.

INTRODUCCIÓN

La participación del acompañante en el cuidado del paciente hospitalizado, es un proceso ligado a los diferentes desarrollos de los modelos de atención que involucran la comunicación en salud, el enfoque familiar, promoción de la salud y específicamente una práctica del cuidado basado en elementos científicos, éticos y humanos.

Lograr la participación de la familia es ideal para mejorar las condiciones de salud y brindar un cuidado de enfermería integral a la vez demanda habilidades y aptitudes para identificar las oportunidades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, independiente del ámbito de desempeño; es decir, no sólo se promueve la salud y se previene la enfermedad donde el individuo vive, se recrea y trabaja, sino también donde se trata, recupera de la enfermedad y se rehabilita.

La participación asumida como un proceso social que se aprende y mejora en la práctica. es el espacio de convivencia vital para el ejercicio de la libertad y el aprendizaje mutuo, que permite intervenir en las decisiones de salud que buscan satisfacer los intereses individuales y colectivos. La ausencia de estudios en el medio hospitalario del trabajo con las familias o los acompañantes de los

pacientes hospitalizados, amerita de estudios mas explicativos par comprender el verdadero fenómeno de relaciones que se tejen en los ambientes hospitalarios.

Describir la participación del acompañante en el cuidado del paciente hospitalizado y la educación y apoyo que le proporciona el equipo de enfermería permite conocer que la situación de las familias en los entornos hospitalarios, es de indiferencia y como otras autoras lo describen un recurso poco utilizado para la mejoría de la salud y el cuidado de los pacientes. A su vez los aspectos comunicativos se limitan a acciones administrativas puntuales, y se desaprovechan las oportunidades para la educación en salud y el cuidado domiciliario.

El estudio se realizó los municipios de Bello, Caldas Itagüi y Envigado localidades del área metropolitana. Son municipios de gran desarrollo social y tecnológico con grandes especificidades. Las problemáticas comunes están asociadas a los cambios demográficos resultado de: el aumento de la población por los procesos de urbanización, la migración y en estos momentos el desplazamiento de familias por los problemas de violencia del país, que prefieren estos municipios como posibilidades para su desarrollo y seguridad. Estos fenómenos han agravado la problemática social con el aumento de los índices de desempleo, insuficiencia de viviendas y engrosamiento de los cinturones de miseria. En lo político los cambios en la administración pública por los procesos de descentralización y re ordenamiento territorial posibilitan a los Municipios su autonomía financiera y administrativa, aspectos positivos para estos municipios porque la autogestión es mas desarrollada que en el resto de municipios de Antioquia.

Las necesidades en salud están caracterizadas en la atención a las víctimas de la violencia y de los accidentes de tránsito, eventos que cobran los primeros lugares de mortalidad. En la morbilidad la atención al grupo materno infantil y los problemas cardiovasculares, y la atención por lesiones auto infligidas generadas por la violencia son las causas del mayor egreso hospitalario, consulta por urgencias y consulta electiva.

Los hospitales del área metropolitana, seleccionados para realizar esta investigación, son hospitales recientemente descentralizados y transformados en Empresas Sociales del Estado. Se caracterizan por ofrecer servicios de segundo nivel de atención con las cuatro especialidades básicas: medicina interna, cirugía general, gineco - obstetricia y pediatría. Debido a la reforma de seguridad social, estas instituciones han ampliado su oferta de servicios a otras especialidades (ortopedia, cirugía plástica, urología, dermatología y otras).

Durante la recolección de la muestra estas Instituciones, presentaron cambios respecto al direccionamiento estratégico, la disminución del número de camas y el personal de enfermería requerimientos establecidos para su transformación en empresas auto gestionables y autofinanciadas fruto de la adecuación a las exigencias de la Ley 100 de 1993.

METODOLOGÍA

Estudio descriptivo transversal orientado a:

1. Describir la participación del acompañante en el cuidado del paciente hospitalizado y la educación y apoyo que le proporciona el equipo de enfermería.
2. Determinar las acciones del cuidado que ejecuta el acompañante al enfermo durante la hospitalización.
3. Identificar cuáles de los cuidados que realiza el acompañante son indicados, explicados y apoyados por el personal de enfermería
4. Determinar la educación que el equipo de enfermería proporciona al acompañante del paciente hospitalizado.

La población de estudio incluyó un total de 267 acompañantes de los pacientes hospitalizados en las Instituciones hospitalarias del segundo nivel de complejidad del sector oficial en el área metropolitana con un 95% de confianza y un error muestral del 6% se asume que el 50% de las familias están en condiciones de participar en el cuidado del paciente hospitalizado.

Se realiza un muestreo probalístico, debido a las características heterogéneas de la población se estratificó determinando los servicios de Medicina Interna, Quirúrgica y Obstetricia, proporcional al número de camas. Se decide la exclusión del servicio de Pediatría debido a la existencia en las instituciones hospitalarias del programa de Madre participante, donde la participación del acompañante de los niños esta orientada por una política institucional, situación que podría generar sesgos de selección.

Se utilizó la técnica de entrevista estructurada a los acompañantes de pacientes hospitalizados, por medio de un formulario establecido, previa estandarización del grupo investigador. Para validar la confiabilidad del instrumento se realiza prueba piloto en las Instituciones hospitalarias.

Por acompañante se define la persona con o sin grado de consanguinidad que en el momento de realizar visita para entrevista tenía más de 6 horas de compañía con el usuario. La recolección de datos se inicia el 26 de Abril de 1999 y finaliza el 18 de Noviembre del mismo año.

6. PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS

6.1 CARACTERIZACIÓN DEL USUARIO

El 54% de los usuarios, con acompañante entrevistados en el período en que se desarrolla la investigación, es de sexo femenino y el 46% es de sexo masculino con este dato, es posible establecer una relación de 110 mujeres por 100 hombres.

El grupo etáreo más representativo es el de 64 a 77 años con un 24%, las edades límites están comprendidas entre 8 y 96 años.

La edad del usuario determina las necesidades de cuidado que requieren mayor apoyo y acompañamiento. El presente estudio ubica el 44% de los usuarios en la etapa del ciclo vital adulto mayor en edad 66 años y más, quien por sus necesidades fisiológicas y sociales tiene mayor dependencia, agravada por su estado de morbilidad, la cual se manifiesta con solicitudes de atención y cuidado que cumplen una función protectora contra la angustia.

Los usuarios más representativos en la investigación, adultos mayores requieren más apoyo para controlar posibles complicaciones ocasionadas por la inmovilidad tales como: las complicaciones cardiovasculares, los problemas digestivos, los problemas respiratorios y las lesiones en la piel, entre otras. La presencia de estas complicaciones produce mayores dificultades para la familia, el paciente, el personal de enfermería y la institución, reflejadas en problemas económicos y psicológicos. Los primeros, están relacionados con el aumento de los días estancia y por tanto incremento en los costos para la institución y la familia. Los problemas psicológicos afectan al paciente y a la familia en la medida que incrementa la preocupación frente a la recuperación de la salud y la estabilidad familiar; esta situación de desconcierto ante una complicación puede ser expresada de diferentes maneras por el paciente y su familia y afectar la dinámica interna del servicio de enfermería.

En la educación por sexo, no se observa diferencias significativas para los grados de formación básica. En educación superior los hombres tienen mayor representación en los niveles técnico y universitario.

El 35% de los usuarios tiene primaria incompleta y el índice de analfabetismo es de 15%. De los cuales, el 5% es masculino y el 10% es femenino respecto al total de usuarios.

En este estudio, las primeras causas de morbilidad están relacionadas con el sistema gastrointestinal y representan en el 28.7% de los usuarios hospitalizados;; en segundo lugar se ubican los problemas cardiovasculares con el 14.7% de representatividad y en tercer lugar se encuentran los trastornos óseo musculares y problemas respiratorios con el 12.8% y 12.45% - Tabla No 5 — El análisis de la morbilidad por sexo y edad muestra que los problemas gastrointestinales se presentan en los grupos de edad menores de 49 años en un 62% y 47% de los sexos femenino y masculino respectivamente. Llama la atención este comportamiento en estas edades donde problemas como gastritis, úlceras y otras patologías ocupan lugares importantes.

Los problemas gastrointestinales son más comunes en los grupos de edad menores de 49 años en 62% y 47% para los sexos femenino y masculino respectivamente.

De los usuarios con problemas cardiovasculares el 9% es femenino y el 5% es masculino y representan los grupos de edad de 50 y más. Los problemas cardiovasculares tienen gran prevaletencia en grupos de edad avanzada, en estos subgrupos se incluyen las patologías de hipertensión, isquemia, infarto agudo del miocardio y otros trastornos cardiovasculares.

6.1.4 Días de Hospitalización por morbilidad y por servicio

En los servicios seleccionados para el estudio se observa que el mayor tiempo de hospitalización corresponde a medicina interna con 55% el segundo lugar quirúrgica con 39%. y un 6% para ginecología obstetricia. — Gráfico No 3a-

Los periodos de hospitalización oscilan entre uno y nueve días, para la mayoría de los usuarios. Las causas de morbilidad que ameritan más tiempo de hospitalización son los problemas óseo musculares con más de 45 días. El rango de días de hospitalización de 1 a 9 es el de mayor frecuencia con más del 79% para los tres servicios. El servicio donde los usuarios permanecen más de 28 días de hospitalización es quirúrgico con el 5% del total.

El tiempo de hospitalización prolongado genera dificultades de orden familiar y de adaptación del usuario debido a la separación de su grupo familiar y social lo que propicia momentos de tensión y

depresión y demanda mayor contacto del profesional en enfermería con el paciente y su familia.

6.2 Caracterización del acompañante

6.2.1 Edad y Sexo

Las personas que más acompañan son menores de 45 años y representan el 73% de la población estudiada; este grupo está enmarcado en la población económicamente activa, llama la atención la disponibilidad de las hijas para participar en el cuidado.

Del total de acompañantes el 85% pertenecen al sexo femenino y el 14% al masculino, muestra que por cada seis mujeres hay un hombre que acompaña; relación que la confirman estudios históricos sobre los orígenes de los cuidados que señalan a las mujeres ligadas a las prácticas de cuidado por su peculiaridad biológica relacionada con la fecundidad.

Las mismas referencias históricas señalan que el origen de las prácticas cuidantes se remonta al período paleolítico donde las mujeres tenían asignado, el mantenimiento del fuego, la recolección de vegetales, la preparación de los alimentos, el cuidado de gestantes y la prole. En los siglos XX y XV a.C. documentos como los papiros egipcios ambientan el cuidado en el mundo mágico religioso circunscrito al ámbito de lo privado; su iconografía eleva las actividades relacionadas con los cuidados domésticos al rango de actividades realizadas por diosas, normalmente representa a una de ellas amamantando

6.2.2 Nivel educativo.

El 43% de los acompañantes no alcanza la formación básica, el 1% corresponde a 3 personas analfabetas en el grupo mayor de 45 años.

En educación superior solamente el 5% (14), tiene estudios técnicos y universitarios. Las mujeres que alcanzan un 6% para estos niveles, situación que no es significativa debido a que el grupo de acompañantes es femenino en mayor proporción.

Los aspectos educativos son determinantes para el desarrollo del ser humano en la satisfacción de necesidades de entendimiento y comprensión del entorno. En este aspecto los acompañantes con bajo nivel de escolaridad requieren mayores espacios de apoyo y entrenamiento por parte del personal de enfermería para lograr una comunicación efectiva frente al cuidado y compañía a los usuarios.

6.2.3 Parentesco del acompañante.

En tiempo promedio de compañía, los hijos representan a las personas que más acompañan, en segundo y tercer lugar están el cónyuge y las madres. En relación con la edad de los usuarios, son los adultos mayores de 64 años las personas que tienen más compañía. Esto explica la representatividad de los hijos como acompañantes y confirma la tesis de Roberto Barna y otros, sobre la permanencia de la función de cuidado de las familias, a pesar de los cambios en sus roles generados por los recientes fenómenos socioculturales. — Tabla No 6

6.3 Cuidados realizados por el acompañante

La categorización establecida para esta investigación, de los cuidados que realiza el acompañante al paciente hospitalizado, responde a las necesidades fundamentales del ser humano que en momentos de enfermedad requiere apoyo para recuperar el bienestar.

Teniendo en cuenta el conocimiento experto de las investigadoras, los aportes de Collière y Nelly Garzón, las acciones de cuidado se agrupan, para el análisis, en las siguientes categorías:

Cuidados habituales y de costumbre: como la alimentación y el baño, cuya función es mantener y conservar la vida y tienen una estrecha relación con las costumbres, hábitos y creencias

Cuidados terapéuticos: y de apoyo: los cambios de posición, los ejercicios, informar cambios y acompañar a exámenes, son cuidados seleccionados para este estudio y tienen por objeto controlar los procesos determinantes de la enfermedad y evitar las complicaciones.

Afecto: Incluyen los sentimientos y emociones que se generan de las relaciones interpersonales de confianza y empatía que se fortalecen a través de factores como la lectura, los juegos y la música, la conversación y el soporte espiritual.

Los cuidados habituales y de costumbre como el baño y la alimentación los realizan los acompañantes, siempre y algunas veces en 71% para el baño y 68% para la alimentación; el 29% y el 32% de los acompañantes nunca realizan estas actividades.

El baño, es una actividad cotidiana en el ser humano; en momentos de limitaciones para que el paciente la realice con autonomía, este requiere tener cerca una persona de la familia que le brinde

seguridad y le permita expresar las sin reparo sus necesidades de confort y protección al pudor. La pertinencia de esta actividad, directamente relacionada con el estado del paciente; variable que no se controla en este estudio y se considera que puede alterar los resultados en primer lugar, por la posibilidad de que el usuario tenga capacidad para bañarse sin participación de la familia y en segundo, lugar por presentarse un estado de salud del paciente tan limitado que requiera el apoyo de los integrantes del equipo de enfermería para realizarla, como un cuidado especial.

Los cuidados terapéuticos y de apoyo realizados siempre por los acompañantes muestran que en un 80% informan cambios, el 61.7% realizan cambios de posición y el 33.1% ejercicios terapéuticos. La comunicación del acompañante no esta limitada a la interacción con el usuario, este se relaciona con el equipo de salud para informar los cambios sobre el estado del enfermo. Esta acción vigilante es realizada de manera espontánea, como resultado de la capacidad de observación y del imaginario individual, familiar y colectivo del proceso salud enfermedad.

Los cambios de posición son cuidados que requieren las personas que generalmente guardan reposo absoluto, o necesitan ayuda para su movilización como medida terapéutica; por tal motivo, ameritan del apoyo y asesoría del equipo de enfermería con el fin de lograr que el acompañante comprenda la importancia de estos cuidados, los apoye y realice con oportunidad y seguridad.

Los ejercicios terapéuticos durante una hospitalización dependen de las características del usuario como la edad, la complejidad de su enfermedad y los sistemas comprometidos. La participación del acompañante en la ejecución de los ejercicios terapéuticos es más significativa cuando estos ejercicios son pasivos como: los ejercicios respiratorios, óseo musculares y circulatorios pues requieren la acción de otro sobre el enfermo. Estas especificaciones no fueron caracterizadas en el estudio, sin embargo el 43% de los acompañantes realizan ejercicios siempre y algunas veces. El 57% no los realiza. Por ser este, un estudio descriptivo no se indaga sobre los tipos de ejercicios que el acompañante realiza al usuario.

Respecto a los cuidados de afecto, la conversación es la principal acción cuidadora de los acompañantes, el 90% afirma realizar esta actividad como un acto de comunicación recíproco que favorece el encuentro con el otro y fortalece las relaciones afectivas.

Las actividades relacionadas con la creencia religiosa, como: orar y leer libros de contenido religioso, son consideradas para este estudio como el soporte espiritual. Esta acción de cuidado es realizada en un 63.5% y demuestra la importancia que tiene para las familias y sus enfermos la religión, sin embargo no se alcanza a identificar la relación que existe entre el paciente y su acompañante con la creencia mágico religiosa como respuesta a la enfermedad. Es conveniente aclarar que este estudio es limitado en la definición de soporte espiritual pues son diversas las posibilidades conceptuales y su connotación cultural es mucho más amplia.

Gariga Ginovart señala a que los cuidados terapéuticos que más realiza la familia, son el soporte espiritual y la compañía, lo que se confirma en este estudio donde los datos muestran una mayor participación del acompañante en este tipo de cuidados.

Es significativo que algunas acciones de cuidado como: lecturas (85.3%), ejercicios(56.8%), juegos y música(85.7%) nunca se realizan, por los acompañantes, en porcentajes altos. Por tal motivo, es conveniente realizar estudios posteriores para indagar las razones institucionales y socioculturales, que puedan llegar a generar en los acompañantes temores para realizar este tipo de cuidados.

La lectura, los juegos y la música son satisfactores de las necesidades de ocio, identidad y creación, durante el tiempo de hospitalización no son potencializados en la mayoría de los casos. Sólo el 12% realiza siempre la lectura y el 3% algunas veces.

Ayner Valencia, en su trabajo sobre eficacia simbólica de la música en contextos curativos, plantea la importancia que tiene la música en diferentes culturas como un componente en el proceso de curación y rehabilitación, se apoya en diversos estudios y trabajos con excelentes resultados en la utilización de la música como complemento del tratamiento. Sin embargo las políticas institucionales y la formación de los profesionales ofrecen pocas posibilidades para que las actividades lúdicas como el juego, la música y la lectura, se integren a la vida cotidiana de las instituciones como estrategias operativas para la curación y rehabilitación del paciente.

Para efectos del análisis de los datos se trato de aclarar las diferencias de participación según el grado de parentesco y la relación con las acciones de cuidado ejecutadas. Al respecto, se observa que los hijos en primer lugar, el cónyuge y la familia consanguínea en segundo y tercer lugar respectivamente, tienen la mayor frecuencia de participación en la realización y no-realización de los cuidados, lo que muestra una relación poco significativa entre estas variables.

En los cuidados habituales los parientes que siempre participan son los hijos (a) con el 40.9% para

el baño y el 43.7% para la alimentación. Igualmente en la categoría algunas veces, el hijo(a) tiene mayor peso porcentual. El cónyuge tiene una participación de 14.8% para el baño y el 11.1% para la alimentación. En la tabla No 9 y el gráfico 10, es posible observar una situación similar en el comportamiento de la no-realización de acciones de cuidado por parentesco.

6.4 Interacción del acompañante con el equipo de enfermería.

La interacción del acompañante con el equipo de enfermería, para este estudio, se refiere a la manera de indicar, explicar y apoyar los cuidados que requiere el usuario y que el acompañante puede realizar. Se entiende como indicar: cuando el personal de enfermería le sugiere al acompañante que ejecute el cuidado; explicar: cuando las personas de enfermería además de sugerir la acción del cuidado enseñan al acompañante como hacerlo y apoyar: cuando los integrantes del equipo de enfermería enseñan como ejecutar el cuidado y lo realizan con el acompañante. La categoría sin interacción: se refiere a la ejecución de las acciones de cuidado por parte del acompañante sin intervención del equipo de enfermería.

Los resultados muestran una participación del 2% al 4% por parte del personal de enfermería en las tres categorías (indicar, explicar y apoyar) para los cuidados de lectura (3%), soporte espiritual(4%), juegos y música (2%). La mayor interacción del personal de enfermería con el acompañante, se presenta en los cuidados habituales y de costumbre, referidos al baño y la alimentación con un 43.7% y 28 % respectivamente.

De acuerdo con estos resultados es posible afirmar que la interacción del personal de enfermería con los acompañantes es muy poca, lo que muestra que en la cotidianidad de la vida hospitalaria, la familia es frecuentemente olvidada o tenida en cuenta sólo de manera parcial; esta omisión limita las posibilidades de brindar educación a las familias y establecer un canal de comunicación efectivo entre el equipo de enfermería, el paciente y los integrantes de la familia.

Es considerable la poca interacción del profesional en enfermería con el acompañante, es el auxiliar de enfermería quien más interactúa con los acompañantes, en las tres categorías de indicar, explicar y apoyar.

Se evidencia que el equipo de enfermería no asume al acompañante como mediador en la satisfacción de las necesidades del usuario por lo tanto, no es viable la comprensión del proceso salud enfermedad, ni la identificación de los significados e imaginarios del paciente y su familia ante este proceso. Es de esperar entonces, que identificar requerimientos de cuidado se convierta en un asunto complejo o simplemente se limiten a brindar los cuidados más comunes sin importar las particularidades culturales y familiares del paciente.

En consecuencia, amerita que se estudien los motivos por los cuales el profesional en enfermería y el auxiliar dan muy poca importancia a la interacción con el usuario y su familia. Es posible que desde el entrenamiento teórico práctico, no se tengan diseñados los momentos académicos orientados a lograr que ambos niveles de enfermería, ganen seguridad para aproximarse a la familia y a los pacientes y logren ampliar su horizonte comprensivo sobre los beneficios que se pueden generar. Los resultados de las estrategias facilitadoras de este proceso educativo, deben reflejarse en la acción comprometida y dinámica por parte del equipo de enfermería, hacia la familia de los pacientes hospitalizados.

En la interacción del equipo de enfermería frente a las actividades de orden administrativo, como: consecución de medicamentos, tramites para exámenes de laboratorio, pago de cuentas y autorizaciones de las Entidades Promotoras de Salud y Administradoras de Régimen Subsidiado; en promedio, el 20% de los acompañantes expresa tener alguna interacción con el equipo de enfermería y es el profesional quien más participa.

Los cuidados que el acompañante realiza al paciente hospitalizado, en su gran mayoría, son asumidos sin intervención del equipo de enfermería es decir, se llevan a cabo por decisión espontánea del familiar que acompaña o a solicitud del paciente.

En este sentido, los aportes de este estudio permiten esclarecer la dimensión humana del cuidado, como lo afirma Nelly Garzón en su artículo, El cuidado integral y la humanización de la atención de enfermería, refiriéndose al cuidado como un rasgo humano innato parte de la naturaleza y la existencia humana. La autora, reconoce la capacidad de cuidar de todos los seres humanos y sostiene que esta capacidad no es uniforme y por lo tanto la forma como se cuida tampoco lo es.

6.5 La educación en salud en el ambiente hospitalario.

La educación a los acompañantes sobre: las causas de la enfermedad, las posibilidades de prevenirla en la familia, las posibles complicaciones y los cuidados en casa; es impartida por el

profesional en enfermería en mayor proporción por parte del auxiliar, sin embargo sólo se brinda al 11% del total de usuarios hospitalizados, incluidos en el estudio. Esto nos muestra que la educación en salud que se imparte en el ámbito hospitalario por parte del equipo de enfermería no es significativa y por lo tanto, no produce impacto social. El 83% de los acompañantes manifiesta que no recibió ningún tipo de educación.

La responsabilidad del cuidado a los enfermos hospitalizados, exige continuidad, calidad, oportunidad y educación en salud, esta última estrategia es clave para la promoción de la salud y prevención de la enfermedad en el grupo familiar. En momentos de crisis, la familia esta atenta a reconocer los motivos que ocasionaron la enfermedad de su pariente y manifiestan un especial interés por aclarar dudas.

Quienes ofrecen el servicio de cuidado tienen el deber de responder las inquietudes del paciente y fortalecer las alianzas entre cuidadores y personas cuidadas de tal manera que se generen verdaderos cambios y desarrollos frente al proceso de enfermedad, recuperación del enfermo y mantenimiento de la salud de los otros integrantes de la familia.

La educación en Salud es una de las mejores estrategias para contribuir a mejorar la calidad de vida y elevar el nivel de salud, porque por medio de la comunicación para establecer vías y procesos relacionales, ofrecer puntos de referencia para controlar los factores de riesgo y fortalecer factores protectores, incide en el comportamiento humano y en los modos de vida. De igual manera, el creciente papel de la familia en asumir la responsabilidad de los cuidados de salud requiere por parte de los servicios la adecuación de la estrategia educativa como núcleo central de los procesos de promoción, prevención, curación y rehabilitación.

La Educación para la Salud, en el contexto hospitalario, debe involucrar al usuario y a su familia en todas sus dimensiones como garante de un aprendizaje vital donde las experiencias de la enfermedad sean transformadas en posibilidades de una vida saludable. La educación en salud en el ámbito hospitalario, para los pacientes y sus familias, debe basarse en la confianza, el respeto y la identificación del nivel de conocimiento que tienen las personas sobre la enfermedad, la forma de prevenirla, manejarla en el hogar y en el medio social de donde provienen.

8. CONCLUSIONES

1. El 54% de los usuarios con acompañante es de sexo femenino y el 46% masculino lo que muestra una relación de 110 mujeres por 100 hombres. El grupo atareo más representativo entre los usuarios es de 64 a 77 años con un 24%, las edades límites comprendidas entre 8 y 96 años.

2. Del total de usuarios el 35% tiene primaria incompleta y el índice de analfabetismo es de 15% (41) Del total de analfabetas, 62% y 78% de hombres y mujeres respectivamente, son mayores de 64 años.

3. Las primeras causas de morbilidad de los usuarios hospitalizados están relacionadas con el sistema gastrointestinal representadas en 30% del total; en segundo lugar los problemas cardiovasculares con 15% y en tercer lugar los problemas respiratorios y los trastornos óseo musculares con el 13%.

4. Los pacientes con mayor tiempo de compañía son los adultos mayores correspondientes al 44% de los usuarios, situación que explica la mayor proporción de hijos como acompañantes.

5. Del total de acompañantes el 85% pertenecen al sexo femenino y el 14% al masculino, muestra que por cada seis mujeres hay un hombre que acompaña.

6. Las personas que más acompañan son menores de 45 años y representan el 73% de la población estudiada; este grupo esta enmarcado en la población económicamente activa, llama la atención la disponibilidad de los hijos para participar en el cuidado.

7. El 43% de los acompañantes no alcanza la formación básica, el 1% corresponde a 3 personas analfabetas en el grupo mayor de 45 años.

8. Los hijos representan a las personas que más acompañan con el 38%; en segundo y tercer lugar están el cónyuge y las madres con 15% y 14%.

9. Conversación con un 90% y soporte espiritual con un 63.5% son los cuidados que más realizan, los acompañantes. El baño y la alimentación los realizan siempre y algunas veces en 71% y 68% y sólo el 10% realiza actividades como la lectura, el juego y la música.

10. La interacción del equipo de enfermería con el acompañante es mínima para los cuidados de lectura, soporte espiritual, juegos y música y la mayor interacción se da en la indicación, explicación y apoyo del baño.

11. El auxiliar de enfermería es quien más interactúa con el acompañante en las categorías de indicar, explicar y apoyar; sobresale la poca interacción del profesional.

12. La educación sobre: las causas de la enfermedad y las posibilidades de prevenirlas en el ambiente familiar, así como las posibles complicaciones y los cuidados adecuados en casa, es impartida por el profesional en enfermería en mayor proporción con relación al auxiliar; sin embargo, sólo se brinda al 11% del total de usuarios hospitalizados. El 83% de los acompañantes manifiesta que no recibió educación de ningún tipo.

9. RECOMENDACIONES

1. Realizar alianzas estratégicas Facultad de Enfermería - Instituciones de salud para diseñar y difundir programas Integrales y de educación permanente que privilegien el acompañamiento, de los enfermos durante la hospitalización y permitan la permanencia de un familiar en la Institución para participar en el cuidado y recibir educación en salud. Estos programas deben fortalecer la relación del equipo de enfermería con los acompañantes y mostrar a docentes y futuros profesionales los beneficios de esta relación.

2. Buscar los momentos más adecuados, en la práctica hospitalaria, para que los futuros integrantes del equipo de enfermería puedan fortalecer desde la formación académica, la relación con el paciente y su familia como alternativa para el abordaje del proceso salud enfermedad y la posibilidad de influir en la calidad de vida de las familias.

3. Fortalecer las redes de cuidadores empíricos, con participación de los estudiantes de enfermería, para apoyar a las familias que tienen familiares con problemas crónicos y degenerativos.

4. Formular políticas sobre el cuidado de enfermería y gestionar su ejecución con la implementación de estrategias innovadoras orientadas a la satisfacción de las necesidades de ocio, por medio del diseño y ejecución de programas para privilegiar el juego la música y la lectura con el fin de potencializar los cuidados terapéuticos y ofrecer opciones de socialización en el ámbito hospitalario.

5. Fortalecer la línea de investigación de cuidado de enfermería con investigaciones que respondan a diferentes interrogantes desde la familia, el profesional y auxiliar en enfermería, el usuario como sujeto activo del proceso de recuperación de la salud y las Instituciones prestadoras de servicios de salud como entes responsables de mejorar los procesos de atención y las condiciones de infraestructura.

6. Aplicar diferentes metodologías de investigación para indagar sobre:

- El significado de enfermedad para la familia.
 - Los cambios más significativos en las familias ante la enfermedad de uno de sus integrantes.
 - Los comportamientos de los acompañantes ante el cuidado de un familiar enfermo hospitalizado.
 - La relación que establecen los pacientes y sus familias con la enfermedad y la creencia mágica religiosa.
 - Los motivos que tienen los profesionales en enfermería para no interactuar de manera significativa con las familias de los pacientes hospitalizados.
 - Los criterios empresariales en la disposición de espacios físicos y tiempo de los profesionales para favorecer a la interacción con la familia de los usuarios y la educación en salud.
- En la medida que se desarrollen estas propuestas será posible ofrecer respuestas constructivas para el mejoramiento continuo de la calidad del cuidado y de las relaciones paciente, equipo de enfermería y acompañante.
-

BIBLIOGRAFIA

1. BARNALTO, Roberto, Et al. Salud familiar. Corporación de promoción universitaria. Santiago de Chile, 1986 p. 67.
2. CARTA DE OTAWA En: Boletín O.P.S. Volumen 1. 1987
3. CATRILLON C Maria Consuelo; Escobar, Isabel; Pulido, Socorro. Calidad de atención en salas de trabajo de parto. Medellín. Universidad de Antioquia 1990 p. 18 - 19
4. COLLIERE, Marie Françoise. Promover la Vida. Madrid. Interamericana, 1993.
5. COLOMBIA. MINISTERIO DE SALUD. Dirección General de promoción y prevención. Promoción de la salud y prevención de la enfermedad en el sistema de seguridad social. Santa Fe de Bogotá 1996. pp. 13- 19
6. COLOMBIA. MINISTERIO DE SALUD. Dirección General de promoción y prevención. Promoción de la salud y prevención. Lineamientos de promoción de la salud y educación para el comportamiento humano. Santa Fe de Bogotá 1995. pp. 50-57.
7. DAVINI, María Cristina. Educación Permanente como estrategia de cambio. Serie PALTEX para ejecutores de programas de Salud No 38 O.P.S. Washington D.C: 1995 p. 13.
8. DE ROUX, Gustavo Et al. Participación social y sistemas locales de salud En: Boletín Sanitario Panamericano 109 pp 5 - 6.
9. FRANCO DEL REY, Cristina. Et al. Cuidados informales En: Revista Roll de Enfermería vol 18, No 202 (junio 1965) pp.61 - 64.
10. GINOVART, Gariga. La Familia del Enfermo. En : Todo Hospital. No. 62 (dic. 1989); pp. 61-65
11. GREENE W H, Morton Simons B. G. Educación para la Salud. Interamericana Mc Graw - Hill. Mexico D. F:1988 pp. 366 - 370.
12. LEDDY, Susan . Citando a Dorotea Orem En: bases conceptuales de la Enfermería Profesional. New York: O.P.S. 1989 p. 65 -66
13. MERA, Rosalba. Experiencia de un programa de Enfermería en Salud Mental, en una comunidad de la ciudad de Cali. En: Investigación y Educación en Enfermería Vol VIII No2, Sep 1990.
14. PRIMER FORO NACIONAL DE LA FAMILIA, (1993 Medellín). Salud y familia novena ponencia. Medellín Coimpresos 1993 Pp 105 106
15. RODRIGUEZ DE VERA, Bienvenida del Carmen. La Unidad Familiar base del programa de Educación Sanitaria Materno-Infantil En: revista Roll de Enfermería Vol 10 Nos 107 - 108 (Julio - Agosto 1987) pp 34 -39
16. RUELAS, Enrique, QUIROL, Julio. Calidad y Eficiencia en las Organizaciones de Atención a la Salud. Fundación Mexicana para la Salud. Mexico: 1994 p15.
17. SERRANO, María Isabel. Educación para la Salud. Madrid: Editorial Díaz de Santos 1990
18. SILBERTEIN G Dalia .La familia un paciente olvidado En: Revista Roll de Enfermería , año XX . No 223. (Marzo 1997) Barcelona pp. 25 -30.
19. SORIANO Victoria En: VII Reunión interdisciplinar sobre poblaciones de alto riesgo de deficiencias. La respuesta del sistema familiar a la discapacidad. Madrid noviembre de 1997. [Http://www.husc.es/progvii.htm](http://www.husc.es/progvii.htm)
20. VALENCIA B. Fabio. Maya M. Nestor Raul. La Seguridad Social y sus decretos reglamentarios.

Ley 100 de 1993. Segunda edición. Editorial Metro color. Medellín 1995.

NOTAS

- 1 HERNANDEZ C, Juana. Historia de la Enfermería una análisis histórico de los cuidados. Interamericana Mc-Graw Hill Madrid. 1995 p. 58
- 2 COLLIÈRE, Op. cit.p 233-240
- 3 GARZON A. Nelly, El cuidado integral y la humanización de la atención de enfermería. EN: Memorias Congreso Nacional de actualización en enfermería ACOFAEN. Bogotá; sep 22- 23 1992 p. 173
- 4 GINOVART, Op-cit
- 5 VALENCIA R. José Ayner Eficacia simbólica de la música. La música como terapia. Medellín, 1997. Monografía (Antropólogo) Universidad de Antioquia Facultad de Ciencias Sociales y Humanas.
- 6 GARZON, Op. cit p.173-174

Acerca de las autoras:

Ana Cecilia Ortiz Z.
Especialista en gerencia Hospitalaria. Docente Facultad de Enfermería Universidad de Antioquia

Co-investigadoras:
Dora Lucía Gaviria N.
Especialista en Epidemiología. Docente Facultad de Enfermería Universidad de Antioquia

Martha Lucía Palacio C.
Magister en Salud Pública. Docente Facultad de Enfermería Universidad de Antioquia

Astrid Marín
Doris Patricia García
Elizabeth Montoya
Maria Elena Montoya
Olga Nidia Mira
Rosa Erelly Villegas
Silvia Restrepo
Estudiantes de Enfermería Universidad de Antioquia