



El texto aquí registrado fue encontrado en el Repositorio institucional de la Universidad Santiago de Cali:

<https://repository.usc.edu.co/>

#### Editorial

---

La Editorial Universidad Santiago de Cali (USC) es un espacio abierto a la comunidad santiaguina en donde estudiantes, docentes y el personal administrativo cuentan con la posibilidad de publicación. En este sentido fomentamos la investigación y sus resultados a contribuir al desarrollo del entorno regional y nacional. Estamos comprometidos como una comunidad científica a fortalecer las buenas prácticas de edición científica, con alto rigor de documentos científicos publicados, articulados a los códigos de ética que promuevan la producción de nuevo conocimiento y apropiación social de cultura científica que respondan a los procesos de desarrollo social, en la búsqueda de soluciones a problemas locales, nacionales y globales en calidad de una ruta de investigación e innovación para la excelencia.

#### Cita este libro

---

Rojas Naranjo, A. Ed. científica. *Escuela de cuidadores: un programa educativo en la hospitalización domiciliaria*. Cali, Colombia: Editorial Universidad Santiago de Cali; 2020.

#### Palabras Clave / Keywords

---

Hospitalización domiciliaria, programa educativo, cuidadores.

Home hospitalization, educational program, caregivers.

Contenido relacionado:

<https://investigaciones.usc.edu.co/>

# ESCUELA DE CUIDADORES: UN PROGRAMA EDUCATIVO EN LA HOSPITALIZACIÓN DOMICILIARIA

## Editora científica

Anisbed Naranjo Rojas 

## Autores

Anisbed Naranjo Rojas 

Freiser Eceomo Cruz Mosquera 

Catalina Estrada González 



Escuela de cuidadores : un programa educativo en la hospitalización domiciliaria / Anisbed Naranjo Rojas, Freiser Eceomo Cruz Mosquera, Catalina Estrada González. -- Cali : Universidad Santiago de Cali, 2020.

126 paginas ; 24 cm.

Incluye índice de contenido

1. Hospitalización domiciliaria 2. Servicios de salud 3. Promoción De la salud 4. Enfermos crónicos - Cuidadores I. Cruz Mosquera Freiser Eceomo, autor II. Estrada González, Catalina, autora.

362.12 cd 21 ed.

A1660120

CEP-Banco de la República-Biblioteca Luis Ángel Arango



EDITORIAL

## **Escuela de cuidadores: un programa educativo en la hospitalización domiciliaria**

© **Universidad Santiago de Cali.**

© **Autores:** Anisbed Naranjo Rojas, Freiser Eceomo Cruz Mosquera y Catalina Estrada González

Edición 100 ejemplares

Cali, Colombia - 2020

ISBN: 978-958-5583-68-9

ISBN (Libro digital): 978-958-5583-69-6

### **Comité Editorial / Editorial Committee**

Rosa del Pilar Cogua Romero

Doris Lilia Andrade Agudelo

Edward Javier Ordóñez

Luisa María Nieto Ramírez

Sergio Molina Hincapié

Alejandro Botero Carvajal

Sergio Antonio Mora Moreno

Luis Felipe Vélez Franco

### **Proceso de arbitraje doble ciego:**

“Double blind” peer-review

### **Recepción/Submission:**

Octubre (October) de 2019

### **Evaluación de contenidos/Peer-review outcome:**

Noviembre (November) de 2019

### **Aprobación/Acceptance:**

Enero (January) de 2020



La editorial de la Universidad Santiago de Cali se adhiere a la filosofía de acceso abierto. Este libro está licenciado bajo los términos de la Atribución 4.0 de Creative Commons (<http://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>), que permite el uso, el intercambio, adaptación, distribución y reproducción en cualquier medio o formato, siempre y cuando se dé crédito al autor o autores originales y a la fuente <https://creativecommons.org/licenses/by/4.0/>

## CONSIDERACIONES ÉTICAS

Para la realización de la presente investigación, se contó con el aval de la institución prestadora de servicios de salud domiciliaria Todomed, y con el consentimiento informado diligenciado por cada uno de los participantes del estudio.

De acuerdo con los principios bioéticos de beneficencia y no maleficencia, el estudio es considerado como una investigación sin riesgo, según Resolución número 008430 de 1993, dado que no se realizaron intervenciones con los individuos, ni manipulación alguna a los mismos; no se aplicaron pruebas de laboratorio ni procedimientos invasivos.

Con el propósito de garantizar la confidencialidad de los datos, no se guardó información sobre la identificación personal en archivos computarizados. Sólo el grupo de la investigación tiene acceso a la información.

Esta investigación cumplió con todos los principios bioéticos y de *autonomía*, dado que cada persona fue libre para decidir si participaba o no en ella.

**Beneficencia:** este método investigativo contribuyó a elaborar planes y proyectos que benefician a todos los implicados, teniendo en cuenta que el objetivo es entregar herramientas a la institución, que le garantizan la certeza de estar atendiendo a los pacientes adecuadamente, y proporcionándoles, simultáneamente, mejor calidad de vida.

**No Maleficencia:** se utilizó un instrumento, con preguntas cerradas, acerca de los conocimientos de los cuidadores de pacientes con hospitalización domiciliaria en temas de aspiración de la vía aérea e inhaloterapia lo que no implica ningún daño físico, mental, ni emocional.

**Justicia:** el método de esta investigación incluyó a todos los pacientes con afecciones respiratorias, familiares o cuidadores, de la institución Todomed, sin discriminación de ninguna naturaleza, que tienen pacientes crónicos en sus domicilios suministro de oxígeno, con el propósito de establecer criterios clínicos para el retiro de los suministros de oxígeno subutilizados en el domicilio de los pacientes.

## **AGRADECIMIENTOS**

Los autores agradecen a la Universidad Santiago de Cali por el apoyo para la elaboración del presente libro de investigación, así como también extienden sus agradecimientos a todos los que participaron en alguna fase del proyecto, estudiantes de último semestre del programa de Terapia Respiratoria, en especial a la profesora Ana Cristina Arango por los aportes metodológicos en la primera fase del proyecto, adicionalmente, al personal y alta gerencia de la empresa Todomed por su confianza.





# CONTENIDO

Pág.

## ..... CAPÍTULO I .....

### Información General

---

1.1	Introducción.....	15
1.2	Objetivos.....	22
1.2.1	Objetivo General.....	22
1.2.2	Objetivos Específicos.....	22

## ..... CAPÍTULO II .....

### Marco De Referencia

---

2.1.	Marco teórico.....	24
2.1.1	Cuidado domiciliario.....	24
2.1.1.1	Cuidado domiciliario en latinoamérica.....	28
2.1.1.2	Modelos de atención domiciliaria.....	32
2.1.2	¿Por qué cobró fuerza el cuidado domiciliario?.....	34
2.1.2.1	Criterios para la atención domiciliaria.....	35
2.1.3	El cuidador.....	38
2.1.3.1	El cuidador primario.....	38
2.1.3.2	El cuidador formal.....	39
2.1.3.3	El cuidador formal no profesional.....	39
2.1.3.4	Preocupaciones de la familia y los cuidadores.....	40
2.1.3.5	Necesidades en la familia del paciente domiciliario.....	44
2.1.3.6	Situaciones a las que se enfrentan los cuidadores.....	45

2.1.4	La formación de los cuidadores.....	47
2.1.4.1	Abordaje del cuidador o familiar del paciente con atención domiciliaria.....	47
2.1.4.2	Apoyo emocional al cuidador.....	48
2.1.5	Características del cuidador en atención domiciliaria.....	49
2.1.6	El apoyo emocional al cuidador.....	51
2.1.7	Educación para la salud.....	52
2.1.8	La educación y la salud.....	57
2.1.9	Fundamentos de la educación para la salud.....	59
2.1.9.1	Fundamentos médicos.....	60
2.1.10	Métodos en la educación para la salud.....	61
2.1.11	Método de educación participante.....	61
2.1.12	Estrategias didácticas en la educación para la salud.....	62
2.1.12.1	Técnicas unidireccionales.....	64
2.1.12.2	Técnicas bidireccionales.....	64
2.1.12.2.1	Sesión magistral o expositiva.....	65
2.1.12.2.2	Método de caso.....	65
2.1.12.2.3	Juego de roles.....	66
2.1.12.2.4	Debate.....	67
2.1.12.2.5	Seminario.....	67
2.2	Marco conceptual.....	68

.....: **CAPÍTULO III** :.....

**Materiales y métodos**

---

3.1	Tipo del estudio.....	70
3.2	Criterios de inclusión.....	71
3.3	Criterios de exclusión.....	71
3.4	Variables de estudio.....	72
3.5	Fases del proceso de investigación.....	76
3.6	Plan de análisis.....	92

..... **CAPÍTULO IV** .....

---

**4.1. Resultados.....93**

..... **CAPÍTULO V** .....

**Discusión, conclusiones y recomendaciones**

---

**5.1. Discusión.....100**  
**5.2 Conclusiones.....104**  
**5.3 Recomendaciones.....106**

**Anexos.....107**  
**Bibliografía.....108**  
**Sobre los autores.....119**  
**Pares evaluadores.....121**

# TABLE OF CONTENT

## CHAPTER I General information

---

1.1 Introduction.....	15
1.2 Objectives.....	22
1.2.1 General Objective.....	22
1.2.2 Specific Objectives.....	22

## CHAPTER II Framework

---

2.1. Theoretical framework.....	24
2.1.1 Home care.....	24
2.1.1.1 Home care in Latin America.....	28
2.1.1.2 Models of home care.....	32
2.1.2 Why was home care gaining strength?.....	34
2.1.2.1 Criteria for home care.....	35
2.1.3 The caregiver.....	38
2.1.3.1 The primary caregiver.....	38
2.1.3.2 The formal caregiver.....	39
2.1.3.3 The non-professional formal caregiver.....	39
2.1.3.4 Family and caregiver concerns.....	40
2.1.3.5 Needs in the family of the home patient.....	44
2.1.3.6 Situations that caregivers face.....	45
2.1.4 Training of caregivers.....	47

2.1.4.1	Approach of the caregiver or family member of the patient with home care.....	47
2.1.4.2	Emotional caregiver support.....	48
2.1.5	Characteristics of the caregiver in home care.....	49
2.1.6	Emotional caregiver support.....	51
2.1.7	Health education.....	52
2.1.8	Education and health.....	57
2.1.9	Fundamentals of health education.....	59
2.1.9.1	Medical foundations.....	60
2.1.10	Methods in health education.....	61
2.1.11	Participating education method.....	61
2.1.12	Didactic strategies in health education.....	62
2.1.12.1	One-way techniques.....	64
2.1.12.2	Bidirectional techniques.....	64
2.1.12.2.1	Master or exhibition session.....	65
2.1.12.2.2	Case method.....	65
2.1.12.2.3	Role play.....	66
2.1.12.2.4	Discussion.....	67
2.1.12.2.5	Seminar.....	67
2.2	Conceptual framework.....	68

..... **CHAPTER III** .....  
**Materials and methods**

---

3.1	Type of study.....	70
3.2	Inclusion criteria.....	71
3.3	Exclusion criteria.....	71
3.4	Study variables.....	72
3.5	Phases of the investigation process.....	76
3.6	Analysis plan.....	92

..... CHAPTER IV .....

---

[4.1. Results.....](#)93

..... CHAPTER V .....

**Discussion, conclusions and recommendations**

---

[5.1. Discussion.....](#)100

[5.2 Conclusions.....](#)104

[5.3 Recommendations.....](#)106

[Annexes.....](#)107

[Bibliography.....](#)108

[About the authors.....](#)119

[Peer Evaluators.....](#)121



# CAPÍTULO I

## INFORMACIÓN GENERAL

General information

Anisbed Naranjo Rojas\*   
<https://orcid.org/0000-0001-7676-8284>

### 1.1 Introducción

En la atención domiciliaria uno de los criterios de inclusión para acceder a los servicios asistenciales, es que el paciente cuente con un cuidador responsable las 24 horas del día; éste deberá supervisar y apoyar la realización de las actividades básicas de la vida diaria como bañar, vestir, darle de comer, –entre otras actividades– y participar en la toma de decisiones en el cuidado del paciente.

Existen dos tipos de cuidadores en la atención domiciliaria, el cuidador primario y el secundario. El cuidador primario asume la total responsabilidad del cuidado. Suele ser un familiar de la persona cuidada. No dispone de una formación específica para las tareas del

---

\* Universidad Santiago de Cali. Cali, Colombia  
✉ [anisbed.naranjo00@usc.edu.co](mailto:anisbed.naranjo00@usc.edu.co)

### Cita este capítulo

---

Naranjo Rojas, A. Información general. En: Naranjo Rojas, A. (ed. científica). *Escuela de cuidadores: un programa educativo en la hospitalización domiciliaria*. Cali, Colombia: Editorial Universidad Santiago de Cali; 2020. p. 15 -23.

cuidar, no recibe remuneración económica por la labor realizada, tiene un grado elevado de compromiso hacia la tarea, con un alto grado de afecto y responsabilidad, por lo cual ofrece a menudo una atención sin límites de horarios, lo cual es muy favorable porque hay enfermedades que generan gran dependencia y evolucionan a la necesidad de cuidados las 24 horas, los 365 días del año.

El cuidador secundario, da apoyo, sobre todo, instrumental y emocional. Aun cuando los cuidadores secundarios no tienen la responsabilidad directa del cuidado, ayudan de forma clara al cuidador principal [1, 2].

Actualmente, la atención domiciliaria se define como el conjunto de actividades biopsicosociales realizadas por un equipo interdisciplinar. La literatura muestra que las intervenciones educativas mixtas son efectivas cuando incluyen contenidos de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación, para detectar, apoyar y realizar el seguimiento de los problemas tanto de salud, como sociales del usuario y su familia; todo el fin de potenciar la autonomía y mejorar la calidad de vida del paciente. Lo que hace de este un tema de suma importancia, ya que gracias a la atención domiciliaria los pacientes más vulnerables pueden tener una mejor calidad de vida con su enfermedad, contando siempre con un soporte de apoyo como lo es tener a su disposición un cuidador las 24 horas del día.

De acuerdo con la publicación realizada por Menor Rodríguez M. et al [3], donde habla acerca de la efectividad de intervenciones educativas para la atención de la salud, existen dos tipos de cuidadores: el primario es decir el familiar a cargo del paciente es quien se entrega casi por totalidad al cuidado del enfermo, como



se mencionó anteriormente, tiene interés, sin ánimo de lucro, en adquirir conocimientos sobre la enfermedad para así brindar con cariño y dedicación todos los cuidados que se requieran por la vinculación sentimental implicada. Por otra parte, el cuidador secundario es una persona capacitada en el área de la salud, cuya función es constituir una red de apoyo sustituto del paciente y tiene una remuneración económica; en Colombia ese papel lo cumplen los auxiliares de enfermería [2, 3].

De acuerdo al planteamiento anterior es importante que la enfermera diferencie “que las características del enfermo domiciliario son distintas a las que se observan en un centro hospitalario, donde el plan terapéutico y de cuidados se puede cumplir en forma eficiente con la integración de todo el equipo”. “En el ámbito domiciliario existe la figura del cuidador que puede ser formal o informal, en el que recaen todas las responsabilidades asistenciales” [2].

Se debe organizar la estrategia de respaldo educativo al personal de salud más cercano a la familia y al paciente, con quienes pasa la mayor parte del día, promoviendo el estilo de vida saludable y la prevención de enfermedades; esto sería posible mediante estrategias tales como realizar reuniones periódicas del equipo para informarlos y capacitarlos en las tareas asistenciales y el autocuidado.

Las estrategias educativas son básicas pero fundamentales para reducir el estrés del cuidador y mejorar su participación en la toma de decisiones, entrenamiento en el cuidado de los enfermos y contar con el equipo médico en la resolución de las crisis.

Sin embargo, a pesar de todas las ventajas que se les atribuyen a las intervenciones educativas no son frecuentes los estudios que de una manera sistemática evalúen su efectividad en el ámbito de la hospitalización domiciliaria [4]; en relación a esto, en diferentes revisiones científicas se ha logrado evidenciar que la intervención en educación, en las personas encargadas de prácticas de cuidado, surgieron efectos positivos, incluso en el sistema de salud colombiano se estableció en el Plan Obligatorio de salud, que las actividades educativas son consideradas de gran importancia.

Las intervenciones en educación en salud, plantean el objetivo de informar y motivar a la comunidad en general para apropiarse y ejecutar prácticas saludables, además de propiciar cambios en el autocuidado y conducir a la realización de buenas prácticas en los diferentes entornos donde interactúe el ser humano.

Por ello es importante continuar con el fortalecimiento de estos programas educativos y es necesario realizar un seguimiento frecuente de este tipo de intervenciones, las cuales permiten disminuir posibles iatrogenias o complicaciones asociadas al desconocimiento del curso de las enfermedades respiratorias, especialmente por parte del cuidado secundario, el cual es el principal apoyo interdisciplinario con el que cuenta el terapeuta respiratorio en el momento que no se encuentra en el domicilio [5].

En una revisión sistemática realizada por Menor M. et al, se evidencia la importancia de involucrar la familia y la comunidad para cambiar comportamientos relacionados con la salud. Los autores plantean que el creciente interés por la salud como un valor individual y social posibilita desarrollar acciones encaminadas a lograr una adecuada calidad de vida a través del conocimiento [3].

Es importante potenciar el apoyo que se brinda al cuidador de pacientes que padecen enfermedades respiratorias y son manejados en atención domiciliaria, la evidencia muestra que los cuidadores de pacientes con discapacidad se pueden considerar como un grupo vulnerable, con necesidades de promoción y prevención a los que se les debe brindar una adaptación a la realidad que perciben [6, 7].

Dentro de la literatura se muestra que las intervenciones educativas mixtas son efectivas. Aquellas que combinan programas de educación, acompañadas de talleres prácticos y que además vinculan a la familia, son efectivas en la instauración de buenas prácticas en el manejo de los pacientes, evidenciando una tendencia a la mejoría de conocimientos según los temas aplicados [2, 3].

Por otro lado, es relevante mencionar que la educación en salud está conformada por una base teórica y metodológica para las acciones de promoción de la salud, que puede establecer tanto la prevención como la rehabilitación de enfermedades y fomentar el autocuidado, y la responsabilidad personal y social relacionada a la salud y a la formación de multiplicadores y cuidadores. Así, la promoción de la salud y la educación para la salud se encuentran estrechamente relacionadas, considerando que para la efectiva promoción de la salud es necesario articular conocimientos técnicos y habilidades, para la mejoría de las condiciones de salud individuales y colectivas [8].

Además, las intervenciones educativas, donde como elemento central está la educación en salud, realizan actividades organizadas y sistematizadas, innatas al servicio asistencial de salud en los niveles de atención, las cuales facilitan la apropiación de conocimiento, mejoran la calidad de vida, disminuyen las complicaciones y permiten la interacción de paciente y equipo de salud [8, 9].

En el ambiente de la hospitalización domiciliaria los cuidadores no sólo demandan seguridad, destreza o habilidad técnica del equipo, sino también una formación que les permita ejercer bien sus tareas y proporcionar adecuadamente los cuidados que el paciente demanda. Es necesario promover reuniones periódicas del equipo para informarlo y para capacitarlos en las tareas asistenciales y el autocuidado [1, 10]. Es interesante fomentar su participación en la valoración y control de los síntomas; las necesidades del paciente cambian con el progreso de la enfermedad, por tanto, se requiere ayuda para mantener su higiene personal, alimentarlo, ayudarlo a moverse o caminar. Si no se cubren bien estos aspectos, las personas encuentran difícil funcionar o interactuar en otros niveles más altos. Las estrategias educativas son básicas para reducir el estrés del cuidador y deben incluir las que mejoren su participación en la toma de decisiones, aumenten su acceso a recursos educativos, el entrenamiento en el cuidado de los enfermos y a contar con el equipo médico para la resolución de las crisis [11, 12].

En un estudio se evaluó la efectividad del programa “Cuidando a los cuidadores”, diseñado para fortalecer la habilidad de cuidado de los cuidadores de personas con enfermedad crónica. Se utilizó un abordaje cuantitativo de tipo cuasi experimental con grupos de estudio y control y medición de la habilidad de cuidado antes y después de la intervención. Se incluyeron en el estudio 250 cuidadores. Los resultados permitieron sugerir que el programa “Cuidando a los cuidadores” apoya el incremento de habilidades de cuidado y aporta con ello una opción en el campo de las enfermedades crónicas que debe ser más explorada para el ámbito de América Latina [13].

En una investigación donde se aplicó un programa educativo dirigido a cuidadores de pacientes con ACV (Accidente Cerebrovascular) se identificó que este reduce los costes económicos y la sobrecarga del cuidador, a la vez que mejora la percepción psicosocial de los cuidadores frente a los cuidados habituales [14].

El presente libro, resultado de investigaciones tuvo como objetivo evaluar los conocimientos de los cuidadores de pacientes con hospitalización domiciliaria, antes, y después de una intervención educativa; un año más tarde, de nuevo se evalúan esos conocimientos y se identifica si persiste el conocimiento, su permanencia en el tiempo. En el marco de la realización de una intervención educativa, llamada “Educando al cuidador”, se realizaron capacitaciones, proyección de videos, presentaciones, talleres, actividades prácticas y teóricas en los temas de aspiración de secreciones e inhaloterapia, dirigidas a cuidadores secundarios (auxiliares de enfermería) que tenían a su cuidado pacientes con afecciones respiratorias; resulta interesante educar a este tipo de cuidador, pues en ámbito de la hospitalización domiciliaria existe la posibilidad latente de que aparezcan complicaciones y/o iatrogenias por desconocimiento, al momento de intervenir, mientras el profesional encargado no se encuentra en el domicilio del paciente.

Los beneficios de abordar esta problemática en la comunidad, no solo a nivel individual sino a nivel social, a los cuidadores de pacientes con afecciones respiratoria les dará más confianza en el manejo del paciente, facilitando interactuar en su contexto, además se tornarán más independientes a la hora de tomar una decisión o de simplemente manejar la patología en curso.

Este tipo de investigación es importante para la profesión de Terapia Respiratoria, porque implica fortalecer el campo de conocimiento de educación en Salud, teniendo en cuenta que ella contribuirá a hacer un diagnóstico de uno de los aspectos del cuidado respiratorio en casa y al mismo tiempo promoverá el desarrollo de planes de mejoramiento para este, optimizando el recurso del profesional en la visita domiciliaria.

## **1.2 Objetivos**

### **1.2.1 Objetivo general**

Identificar los efectos de un programa educativo para cuidadores secundarios de pacientes con afecciones respiratorias en atención domiciliaria.

### **1.2.2 Objetivos específicos**


- Describir las características sociodemográficas de los cuidadores de pacientes con afecciones respiratorias en atención domiciliaria.
- Determinar el conocimiento sobre cuidado respiratorio en los cuidadores secundarios previo a la ejecución de la estrategia educativa.
- Determinar el conocimiento sobre cuidado respiratorio en los cuidadores secundarios posterior a la intervención educativa.


- Comparar el conocimiento sobre cuidado respiratorio en los cuidadores secundarios antes y después de la intervención educativa.
- Establecer si los conocimientos perduran un año después de la ejecución del programa.




## CAPÍTULO II MARCO DE REFERENCIA

Framework

Anisbed Naranjo Rojas \*   
<https://orcid.org/0000-0001-7676-8284>

Freiser Eceomo Cruz Mosquera \*\*   
<https://orcid.org/0000-0001-7584-4636>

Catalina Estrada González\*\*\*   
<https://orcid.org/0000-0002-8323-0973>

### 2.1. Marco teórico

#### 2.1.1 Cuidado domiciliario

La atención domiciliaria es un servicio de carácter sanitario a través del cual se suministra asistencia continua a los sujetos con

---

\* Universidad Santiago de Cali. Cali, Colombia  
 [anisbed.naranjo00@usc.edu.co](mailto:anisbed.naranjo00@usc.edu.co)

\*\* Universidad Santiago de Cali. Cali, Colombia  
 [freiser.cruz00@usc.edu.co](mailto:freiser.cruz00@usc.edu.co)

\*\*\* Universidad Santiago de Cali. Cali, Colombia  
 [catalina.estrada00@usc.edu.co](mailto:catalina.estrada00@usc.edu.co)

#### Cita este capítulo

---

Naranjo Rojas, A.; Cruz Mosquera FE, y Estrada González, C. Marco de referencia. En: Naranjo Rojas, A. (ed. científica). *Escuela de cuidadores: un programa educativo en la hospitalización domiciliaria*. Cali, Colombia: Editorial Universidad Santiago de Cali; 2020. p. 24-69.



problemas de salud, que por las características de su enfermedad no requieren ser hospitalizados en un centro convencional [15]. Desde la perspectiva de otros autores se define como la modalidad de asistencia programada que lleva al domicilio de los pacientes los cuidados y atenciones biopsicosociales y espirituales [16].

De acuerdo a la OMS la atención domiciliaria hace referencia a “la provisión de servicios de salud por parte de cuidadores formales o informales, en el hogar, con el fin de promover, restablecer o mantener el máximo grado de confort, funcionalidad y salud, incluyendo cuidados tendentes a dignificar la muerte, siendo clasificados de manera usual en categorías como: promoción, prevención, terapéuticos, rehabilitación, cuidados crónicos y paliativos” [17].

Esta modalidad de atención constituye una alternativa valiosa para los usuarios que por su condición de salud exigen un seguimiento continuo, integral y multidisciplinario que puede ser ejecutado en el hogar, aspecto que resulta fundamental si se tiene en cuenta que este es su hábitat natural, en donde características como la calidez, intimidad y acompañamiento familiar pueden terminar desempeñando un papel fundamental en el proceso de recuperación [18].

Dado que el cuidado domiciliar es la alternativa idónea a la hospitalización tradicional, en este contexto se debe garantizar la misma atención en términos de cantidad y calidad, evitando la aparición de complicaciones que atenten contra la salud del individuo y tengan como desenlace la rehospitalización a raíz situaciones que se podrían prevenir a partir de un seguimiento estricto de los profesionales encargados.

**Tabla 1. Objetivos de la atención domiciliaria.**

<b>Objetivo de la atención domiciliaria.</b>
1. Proveer cuidados de salud integral al paciente
2. Valorar las relaciones intrafamiliares en su escenario natural
3. Conocer los recursos familiares, para potenciar los existentes o suplir carencias
4. Establecer una mejor comunicación con la familia.
5. Obtener información adicional en el escenario del hogar para un mejor diagnóstico y tratamiento.
6. Involucrar al paciente y su familia en la toma de decisiones de diagnósticos y tratamiento.
7. Controlar el cumplimiento del tratamiento indicado y la consecución de objetivos de salud.
8. Describir posibles factores que dificulten el seguimiento del plan en cuidados establecidos.
9. Determinar la capacidad del paciente para seguir un tratamiento adecuado.
10. Identificar el cuidado primario.
11. Educar al paciente y su familia para fomentar la máxima autorresponsabilidad en materia de salud.

**Fuente:** Suárez M. Atención integral a domicilio. Rev. Méd. La Paz 2012; 18 (2): 52-58

### **Perspectiva histórica del cuidado domiciliario**

- **A propósito de Norte América y Europa.** Los primeros asomos de la hospitalización domiciliaria tal cual como se concibe hoy, se remontan a los años 40 en la ciudad de Nueva York, en donde en el reconocido Hospital de Montefiore proponen utilizar el escenario

domiciliario como extensión para garantizar la continuidad del cuidado del paciente en un ambiente naturalmente más humano y cálido, que indudablemente influiría en su recuperación [19]. Lo anterior por supuesto, se acompañaba de un incremento en la utilización de las camas cama a nivel hospitalario lo que se traducía en mayores utilidades. Esta exitosa experiencia fue el punto de partida para muchas otras que se contarían no sólo en otros lugares de Norte América, sino en Europa y el resto del mundo.

En sus primeros años esta modalidad de atención estaba reservada a pacientes con secuelas de patologías crónicas a saber diabetes mellitus, enfermedad cerebrovascular o síndrome coronario, que por las características de su condición generalmente experimentaban largas estancias hospitalarias y requerían la asistencia de profesionales de enfermería, rehabilitación y manejo medico en términos de prevención secundaria.

El primer país que le apostó a esta estrategia en Europa fue Francia, en la ciudad de Paris, el Hospital de Tenon creó una Unidad de Hospitalización domiciliaria hacia el año 1951. Años después (1957), en la misma ciudad el Santè Service, una organización sin fines de lucro, decidió replicar lo que para ese momento definitivamente constituía una estrategia sumamente innovadora con buenos rendimientos [20]. A pesar de lo anterior, la hospitalización domiciliaria en este país fue considerada una alternativa oficial a la hospitalización convencional hasta los 90.

Desde la década de los 60, Canadá se suma al listado de países que comprende las bondades de la hospitalización en el domicilio, en este caso los servicios estaban principalmente dirigidos a los pacientes posquirúrgicos que eran dados de alta de manera

temprana. Años más tarde, en el Hospital de Montreal se realizó una experiencia piloto denominada “Hospital Extramural” que consistía en la administración y control de antibióticos parenterales en sujetos con problemas agudos [21].

Hacia 1965, en el Reino Unido el modelo de hospitalización domiciliaria fue replicado bajo la experiencia conocida como “Hospital Care at Home” (Atención Hospitalaria en Casa). Pronto se sumaron nuevos países como Suecia y Alemania en los 70 e Italia en los 80. A raíz del auge de la hospitalización domiciliaria en Europa, en 1996 se crea bajo la dirección de la de la OMS el programa “Del hospital a la atención de salud en el hogar” pensado como una estrategia para establecer pautas y garantizar el cumplimiento de estándares en esta modalidad asistencial [21, 22].

### **2.1.1.1 Cuidado domiciliario en Latinoamérica**

A mediados de los 90 el modelo de atención domiciliaria llegó a Latinoamérica en países como Argentina, Brasil, Chile y Colombia; en la mayoría de estos tenía una clara inclinación hacia la atención primaria estando con frecuencia asociado a programas de seguimientos al adulto mayor y siendo con frecuencia un complemento de servicios sanitarios [12].

En Argentina las primeras experiencias al respecto se dieron en los hospitales de la comunidad del Mar de la Plata y el Hospital Castex de San Martín en donde empezaron a concebir el domicilio como una extensión del centro médico.

Por otro lado, en Brasil a partir del año 2001 se creó el programa de atención domiciliaria orientado particularmente a brindar asistencia a adultos mayores, contando con el apoyo de servicios sociales comunitarios y comandado por los gobiernos locales. En este país la atención domiciliaria ha sido vista con buenos ojos, lo que le ha garantizado un robusto financiamiento de las aseguradoras y empresas de medicina prepagada [23].

En Chile, los primeros intentos de adopción de esta modalidad de atención se realizaron hacia mediados de los 90, sin embargo, fue a partir del año 2002 que la hospitalización domiciliaria empezó a ser impulsada por el Ministerio de Salud. Entre las primeras experiencias de hospitalización domiciliaria se encuentra la que fue ejecutada por la Unidad de Alivio del Dolor y Cuidados Paliativos del Complejo Hospitalario San José. Dicho servicio realizó las visitas a hogares de sus usuarios desde el año 1998 y hasta el año 2003.

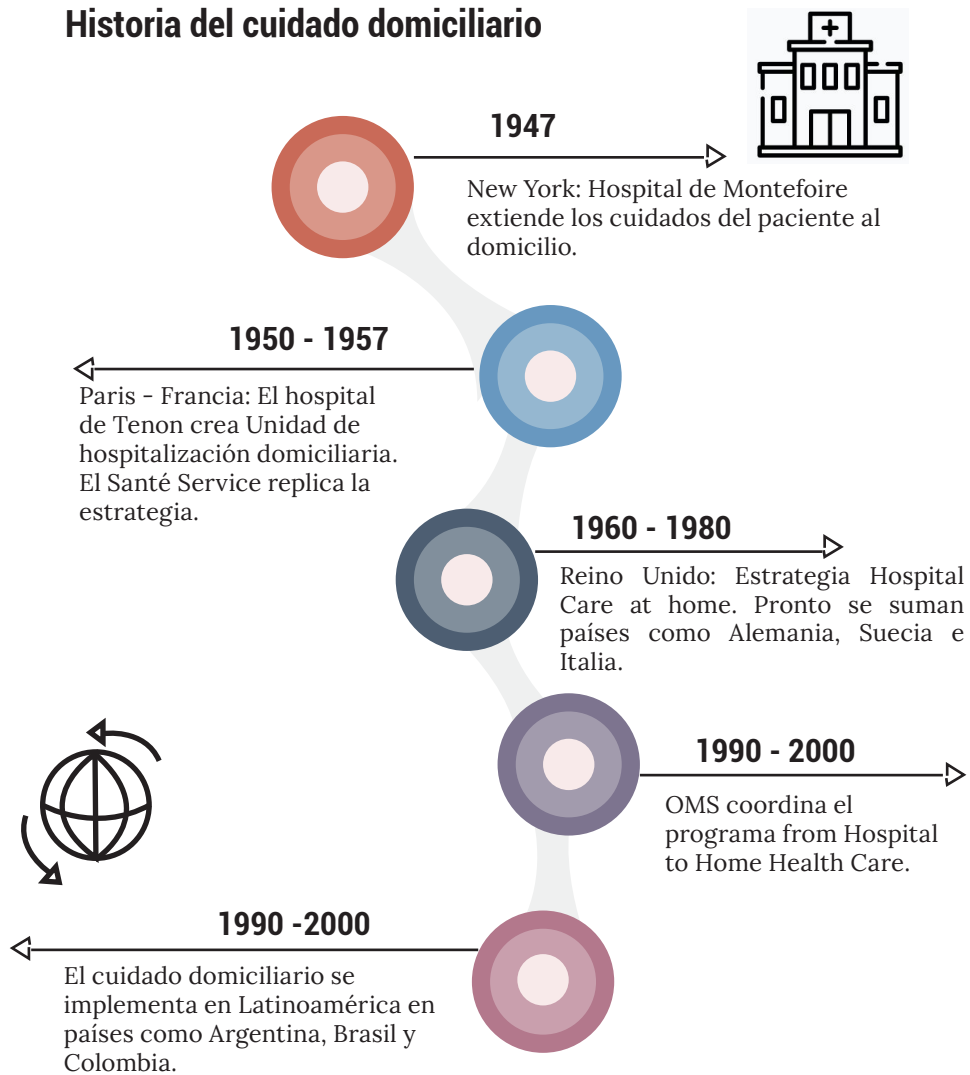
Con relación a Uruguay la atención domiciliaria hasta hace algunos años estaba en etapa de imposición en el mercado. La financiación se daba por medio de entidades del sector privado y las que brindaba el Ministerio de Salud Pública a los habitantes con cobertura. Por lo regular no hay contratación con fondos especiales para el cuidado a domicilio ni existe un marco regulatorio puntual [24].

En el caso de Colombia los programas de cuidados domiciliarios nacen como una estrategia para la atención y seguimiento de usuarios con enfermedades crónicas afiliados al Instituto Nacional de Seguros Sociales. Esta modalidad de atención constituye una alternativa desde que se emitió la Resolución 5261 de 1994 en la que se realiza la primera definición en términos normativos de este servicio, la cual continúa según con el Acuerdo 029 de 2011

que describe la atención domiciliaria como la atención extra hospitalaria que busca brindar una solución a los problemas de la salud desde el domicilio y cuenta con el apoyo de profesionales, técnicos y auxiliares de esta área con participación de la familia [25]. Es importante resaltar que en este país la evolución del cuidado domiciliario ha estado caracterizada por la creación de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) dedicadas a esta modalidad de atención.

Sobre el cuidado domiciliario en Colombia, Sánchez y colaboradores [25] escriben: “Para los aseguradores de servicios de salud el cuidado domiciliario se convirtió en un campo atractivo por su capacidad de descongestionar las instituciones hospitalarias de gran complejidad, su costo-efectividad en las intervenciones y el nivel de cronicidad y dependencia funcional de la población afiliada. Aun no se observa un desarrollo importante de este campo en el país, si se analiza el potencial desarrollo que se describe en países donde el modelo de prestación de servicios domiciliares ha evolucionado, con capacidad de asistir de forma integral al usuario en su hogar (describiendo el uso seguro de terapia intravenosa, infusión de hemoderivados y apoyo por telemedicina de forma continua y especializada)”.

**Figura 1. Resume histórico del Cuidado domiciliario.**



**Resources:**

<https://www.officetimeline.com/blog/timeline-for-teachers>

**Fuente:** Elaboración propia.

### **2.1.1.2 Modelos de atención domiciliaria**

Existe una pluralidad de modelos orientados a garantizar una óptima atención a personas que requieren cuidados temporales o permanentes en el domicilio; por lo regular se clasifican en virtud del tipo de usuario que atienden, los profesionales que integran el equipo multidisciplinar, la manera como se provee el servicio y los mecanismos de financiación.

Los distintos modelos existentes dan cuenta de necesidades heterogéneas y tienen como fin común mejorar la confortabilidad del sujeto y garantizar un servicio con los mayores estándares de calidad basado en la participación activa de los distintos actores como son el usuario, los familiares y el personal de salud involucrado (ya sea personal con formación técnica o profesional) [26]

Son características comunes de estos modelos [27]:

- La atención longitudinal y continuada, para garantizar una atención domiciliaria integral.
- Se realiza en el domicilio del individuo, por lo que la recuperación es más corta;
- Se realiza con una concepción de atención biopsicosocial, con acciones de promoción y prevención.
- El núcleo de la atención es la persona enferma y la familia cuidadora, está orientada al autocuidado.
- Los recursos para la atención a los problemas del adulto mayor pueden movilizarse fácilmente de acuerdo con las necesidades y las IPS que presten el servicio.
- Gestiona los recursos socio sanitarios necesarios para la atención de problemas.



A continuación, se describen los aspectos sustanciales de los modelos descritos hasta el momento; la lista no pretende ser exhaustiva y no cierra la posibilidad de la existencia de otros. La descripción aquí consignada tiene como base lo planteado en el libro *Cuidado Respiratorio en Casa de Naranja* [12].

**Organización de la atención domiciliaria en función del servicio:**

Permite el engranaje entre los diferentes niveles de asistencia y la relación de los sectores sociales y sanitarios (servicios de primer nivel de atención).

**Sistemas de gestión coordinada y de continuidad asistencial:**

Tiene como propósito fundamental garantizar un trabajo integrado por procesos asistenciales. Generalmente se utilizan facilitadoras, por ejemplo, las enfermeras gestoras de casos, implicadas tanto en la atención primaria como en la atención especializada. Establecen una atención integrada para el adulto mayor. Este modelo se utiliza en países como Canadá y en España.

**Integrales basados en equipos** multidisciplinarios: Modelo de los países nórdicos e Irlanda. Es el modelo clásico de los equipos de atención primaria en salud. Lo prestan los profesionales en las instituciones prestadoras de servicios de salud: médicos de familia o pediatras y enfermeras de familia, apoyados por fisioterapeutas o trabajadores sociales. Su actividad clave se basa en la prevención y la promoción del autocuidado, orientado al cuidado cotidiano y habitual.

**Integrados:** Por lo general consideran como pilar la intervención de profesionales de la medicina y la enfermería y se apoyan en

programas de los distintos procesos asistenciales orientados a las personas y sus grupos familiares.

**Programados:** Los profesionales del equipo de salud se responsabilizan de la atención a domicilio, ya sea a demanda o como programada.

**Sectorizados:** En este tipo de modelos el distrito o zona de salud se divide en sectores geográficos con el propósito de hacer más eficiente el tiempo de desplazamiento.

### **2.1.2 ¿Por qué cobró fuerza el cuidado domiciliario?**

Son muchas las razones que se pueden esgrimir alrededor de esta pregunta, sin embargo, tres son citadas con frecuencias cuando de dar respuesta a esta cuestión se trata.

En primera instancia se encuentra el envejecimiento de las poblaciones. A raíz de los claros avances en términos tecnológicos que han repercutido en áreas como la medicina y los notables esfuerzos hechos por la mayoría de los gobiernos del mundo por proveer una buena calidad de vida a sus habitantes, la esperanza de vida en muchos países es cada vez mayor. Si bien esto constituye un hecho digno de aplaudir, el envejecimiento poblacional trae consigo algunos retos importantes en materia de salud. Los adultos mayores padecen con frecuencia enfermedades crónicas, presentan dificultades para trasladarse con facilidad a centros hospitalarios y generan dependencia derivada de incapacidad o invalidez; lo anterior sumado a otras características hace que su seguimiento y atención constituya un reto y exige la búsqueda de alternativas entre las que se encuentra el cuidado domiciliario [28].

Por otro lado, se encuentran los cambios realizados en los últimos años en las organizaciones hospitalarias; el deseo incasable por garantizar mayor eficiencia, disminuir de manera importante los costos, incrementar rotación de camas y minimizar los días de internación hacen ver cada vez más con buenos ojos el cuidado en el domicilio dadas las bondades que de éste se derivan para el paciente, su familia y las instituciones hospitalarias.

Por último se encuentra la exigencia cada vez más alta de atención integral en el domicilio dado que la población se enfrenta a nuevas expectativas respecto al cuidado de la salud; la preocupación de los sujetos no se circunscribe a la enfermedad, además demandan la promoción y prevención de la salud, la rehabilitación y la reinserción social; lo anterior hace del entorno del hogar una extensión apenas necesaria de los centros de salud [29].

### **2.1.2.1 Criterios para la atención domiciliaria [17]**

Con referencia a los criterios para que un paciente sea incluido en un programa de atención domiciliaria, es importante tener en cuenta algunos que son inherentes a su condición, otros que tienen estrecha relación con su entorno familiar y los relacionados con el proveedor del servicio. Entre estos criterios se encuentra:

- Aceptación voluntaria del paciente y la familia tras recibir la información adecuada sobre el programa y el tipo de atención en el domicilio.

- Existencia de una estructura familiar que pueda asumir la responsabilidad del cuidado activo del paciente en el domicilio –o un profesional especializado contratado para tal fin–.
- Las enfermedades susceptibles de atención domiciliaria (excepto pacientes con enfermedades crónicas, en fase avanzada y terminales) tienen que ser transitorias y limitadas en el tiempo.
- Deben existir momentos de ingreso y de alta.
- La vivienda debe poseer ciertos requisitos mínimos en su estructura física, de modo que no sea esto un factor de riesgo de complicaciones.
- Se deben proporcionar los recursos técnicos y de otro tipo necesarios para que los pacientes reciban cuidados de calidad.
- El servicio de atención domiciliaria debe estar bien coordinado e integrado con los otros servicios sanitarios (hospital, servicios de urgencias, servicios sociales y atención primaria).

**Cuadro 1. Ventajas de la hospitalización domiciliaria.**

<b>Pacientes y sus familiares</b>	<b>Hospital</b>	<b>Sistema de salud</b>
Mejor atención, participación y responsabilidad	Mayor rentabilidad de los recursos disponibles	Incremento de la eficacia y efectividad mediante una asistencia más humanizada
Mejor calidad de vida , intimidad y bienestar	Aumento en rotación y disponibilidad de camas	Uso más eficiente de los recursos sanitarios
Asistencia personalizada y más humanizada	Reducción de estancias innecesarias	Posibilidad de integrar y mejorar las relaciones entre los diversos niveles de asistencia.
Educación para la salud	Acortamiento de los periodos de internación	Posibilidad de atención continuada, integral y multidisciplinaria entre los profesionales de atención primaria, hospitalaria y social

**Fuente:** Mitre R, Suárez M, Llopis A, Cotta J, Real E, Díaz J. La hospitalización domiciliaria: antecedentes, situación actual y perspectivas. Revista Panamericana de Salud Pública [17, 20].

### **2.1.3 El cuidador**

En la atención domiciliaria el cuidador (puede ser un familiar) es una persona sana que, en un proceso de transición, vela por el paciente; por tanto, debe identificar sus necesidades de ayuda y acompañamiento desde una perspectiva del trabajo conjunto y autónomo [10, 30]. Para su papel debe ser informante, proveer cuidados y tomar decisiones importantes en la organización de la vida del paciente. Es el nexo entre los profesionales y la persona cuidada. Hay dos tipos de cuidador, primario y secundario.

#### **2.1.3.1 El cuidador primario**

Asume la total responsabilidad del cuidado. Suele ser un familiar de la persona cuidada. No dispone de una formación específica para las tareas del cuidar, no recibe remuneración económica por la labor realizada, tiene un grado elevado de compromiso hacia la tarea, con un alto grado de afecto y responsabilidad, por lo cual ofrece a menudo una atención sin límites de horarios, lo cual es muy favorable porque hay enfermedades que generan gran dependencia y evolucionan a la necesidad de cuidados las 24 horas, los 365 días del año, con una media de cuidados de más de cinco años [31]. Algunos cuidadores principales se benefician del apoyo de otro familiar, el cuidador secundario, cuyo apoyo es sobre todo instrumental y emocional.

Aun cuando los cuidadores secundarios no tienen la responsabilidad directa del cuidado, ayudan de forma clara al cuidador principal. El cuidador secundario es uno de los elementos de soporte familiar más importante; sin embargo, hay

pocos estudios en nuestro país que consideren el apoyo desde la perspectiva del cuidador secundario.

### **2.1.3.2 El cuidador formal**

No profesional. El cuidador formal no profesional es toda persona que cuida a personas dependientes y recibe una remuneración económica por los servicios prestados. Por lo general no tiene una formación específica y realiza las mismas funciones que el cuidador familiar; supone para el paciente, un recurso de apoyo, ayuda o aun sustitución.

### **2.1.3.3 El cuidador formal no profesional**

Ocupa el tercer lugar entre los cuidadores de personas mayores o dependientes, después de la pareja y las hijas; es superior en categoría a los hijos cuidadores y otros familiares. El hecho de cuidar se concreta en la realización diaria de múltiples y variadas actividades de prestación de ayuda y atención [32].

Importancia de ser un cuidador El cuidador cumple un rol esencial para el paciente. Algunas de las tareas que desempeña son:

- Ayuda para el transporte del paciente fuera del domicilio, acompaña al médico, a urgencias, al hospital, etc.;
- Ayuda al desplazamiento en el domicilio, cuando la enfermedad provoca un déficit en la movilidad
- Ayuda con la higiene personal (peinarse, lavarse, vestirse, etc.)

- Supervisa y administra la toma de medicamentos, observa sus efectos secundarios e interacciones.
- Colabora en las tareas de enfermería: (ejemplo., movilización, dieta adecuada, cambio de pañales, curas de heridas, observación y valoración del estado del enfermo.
- Resuelve situaciones conflictivas derivadas de la situación de enfermedad (ejemplo., cuando el enfermo está agitado o triste); ayuda en la comunicación con los demás, cuando existen dificultades para expresarse; está pendiente de las “pequeñas cosas” que la persona no puede hacer por sí mismo (ejemplo., buscar las gafas, llevar agua, acercar la radio); y toma de decisiones complejas (ejemplo., ir a urgencias, llamar al médico, ingresar al paciente en una residencia) que pueden llegar hasta a considerar un juicio ético y moral sobre decisiones relacionadas con “una muerte digna” [32].

#### **2.1.3.4 Preocupaciones de la familia y los cuidadores**

En la enfermedad crónica la familia tiende a desintegrarse, por lo que debemos identificar precozmente los riesgos y los problemas que se presenten, para abordarlos lo antes posible.

El grupo ha de reestructurarse en el campo social para asumir las tareas que anteriormente realizaba el enfermo, más aún si es la cabeza de la familia, situación que provoca en muchas ocasiones efectos negativos en la vida de quien lo atiende, como deterioro económico (reducción o pérdida de trabajo) y malestar emocional y cambios en su salud, especialmente cuando el paciente deba permanecer en cama y necesite más ayudas.



El deterioro progresivo y la persistencia de los síntomas no controlados satisfactoriamente en el paciente (anorexia, cansancio, debilidad, dificultad y dolor en la movilización) tienden a ser factores importantes de preocupación para los familiares. Un diálogo constructivo con ellos puede facilitar un acuerdo sobre cómo actuar con el enfermo y, a la vez que se le ofrece ayuda o consuelo, favorece su acercamiento y reduce su aflicción [33].

La organización familiar en el cuidado de las enfermedades graves provoca muchas demandas en las familias, que no están preparadas para asumirlas plenamente, por lo que es necesario procurar intervenir en cuatro aspectos primordiales: cómo atender los cuidados físicos del paciente, cómo organizarse y el material que sería conveniente tener a mano, cómo actuar si se presenta una urgencia y cómo cuidarse a sí mismos.

Dado que estas habilidades de cuidado no se generan de forma espontánea, el profesional de atención primaria (sobre todo de enfermería) tendrá que aportar su orientación en casi todas las ocasiones con indicaciones prácticas sobre cómo atender al enfermo en la cama, cómo prevenir úlceras por presión, la higiene, los tipos de comidas, ingesta y excreta, administración de fármacos, el uso de medicación de rescate y qué hacer en caso de una crisis.

Es aconsejable tener en casa repuestos de los materiales que utilice el enfermo (palomillas, agujas, sondas, bolsas de estomas, etc.) para, en caso de que resultara necesario cambiarlos, facilitar el trabajo a los profesionales que acudan a domicilio. La educación sobre el cuidado del enfermo, las visitas regulares del equipo, el interés que demuestre, su experiencia, su buen hacer, su disponibilidad para tranquilizarlos, en especial si acogen favorablemente sus

inquietudes, pueden cambiar positivamente sus recuerdos de estos momentos, más aun si se pasa del consejo a la acción y se trata de encontrar una solución satisfactoria a sus problemas prácticos, con ayuda del bienestar social o del voluntariado.

En cuanto a la organización del cuidado es de mucha ayuda confeccionar un plan de actividades que establezca claramente las tareas a realizar. El cuidar de otro debe dejar tiempo a los propios cuidadores para que mantengan su entorno, sus relaciones y puedan encontrar cómo recargar su energía.

Se procurará designar a un cuidador principal entre los posibles cuidadores, que actuará como puente entre la familia y el equipo y que ayudará a cubrir algunas de las necesidades básicas e instrumentales para la vida diaria del paciente la mayor parte del tiempo.

La distribución del trabajo o de las cargas para evitar lo que se denomina “la pérdida de sí mismo” y el agotamiento del cuidador principal, es un aspecto a consensuar en el ambiente familiar, y el resultado del reparto debería cumplirse casi a rajatabla, porque, además de cuidar al que lo necesita, es una forma esencial de cuidar de sí mismos. Si no hay tiempo para todas las tareas y actividades que se han anotado, el cuidador deberá posponer para otro momento las que están en los últimos lugares de la lista para cuando disponga de tiempo extra.

Les será muy útil ofrecerles la disponibilidad telefónica del equipo, el médico y el enfermero para consultar sus dudas y hacerles visitas más frecuentes conforme progrese la enfermedad para interesarse en cómo mejorar sus técnicas de cuidado al enfermo

y en cómo ayudarse a sí mismos. El cuidado de enfermos, además, puede requerir aprender nuevas destrezas, conocer los servicios disponibles, cómo coordinar los diversos recursos y cómo moverse en el sistema sanitario, motivos por los cuales el equipo puede sugerir como una medida útil al cuidador dotarse de una carpeta organizadora para colocar en ella los informes médicos, la hoja de medicamentos, las reacciones indeseables, direcciones y teléfonos de personas de interés o que desean intervenir, las necesidades percibidas y las diversas ofertas de ayuda que se han hecho tanto de la familia como de amigos [33, 34].

La valoración de la dinámica familiar. No todas las familias ni todos los miembros responden de manera similar. Es imprescindible valorar siempre la personalidad y las circunstancias personales del enfermo, la naturaleza y la calidad de las relaciones familiares, las reacciones y los estilos de convivencia del enfermo y la familia en pérdidas anteriores, la estructura de la familia y su momento evolutivo, su red social de apoyo externo, problemas concretos, así como la personalidad, el estilo de vida y el nivel cultural y educacional de los miembros. La enfermedad y el cuidado del enfermo crónico en domicilio pueden conllevar una serie de alteraciones familiares, como son:

- Alteraciones estructurales: patrones rígidos de funcionamiento cambio de roles y aislamiento social.
- Alteraciones del ciclo evolutivo familiar: la enfermedad obliga a un momento de transición que lleva a adaptarse a las necesidades que impone.
- Alteraciones a la respuesta emocional: comportamientos ambientales de sobreprotección o de conspiración del silencio

- Adaptación de la familia: existen diversos patrones familiares: tipo uno, donde se habla sin tabúes de la enfermedad; tipo II, en el cual el paciente conoce el pronóstico, pero vive de forma positiva su enfermedad; y tipo III, en el cual la comunicación paciente-familia, prácticamente no existe. Las características familiares que favorecen adaptaciones del paciente son la flexibilidad de la organización, cohesión en las relaciones intrafamiliares y extra familiares, y por último, comunicación entre los miembros de la familia [33].

#### **2.1.3.5 Necesidades en la familia del paciente domiciliario**

Las familias con pacientes con atención domiciliaria, por lo general, requieren de información clara y realista que les permita estar seguras de que se está haciendo todo lo posible, se cuenta con disponibilidad, comprensión y apoyo del equipo de cuidado; y participan en la atención de su enfermo. La información debe dirigirse hacia los siguientes aspectos:

- La enfermedad, el diagnóstico y la evolución (en qué consiste y cuáles son las posibilidades de tratamiento)
- Las necesidades concretas del cuidado, es decir, lo que requiere el enfermo, la prevención de posibles complicaciones –y cómo actuar si se presentan–, cómo mantener su dignidad como persona y cómo actuar ante situaciones concretas
- Cómo obtener ayuda sobre recursos sociosanitarios e identificar redes de apoyo.

Asimismo, requieren compañía y apoyo emocional, para airear sentimientos positivos y conservar la esperanza. Es muy importante que los entrenamientos familiares sean estructurados de manera flexible y se orienten individualmente. Se deben hacer de forma progresiva y práctica, acerca de aspectos básicos como alimentación, higiene, cambios posturales, curaciones, administración de medicamentos, control de ciertos síntomas, pautas de actuación ante determinadas crisis o de soporte emocional (ayudas desde otro ámbito: amigos, asociaciones). Finalmente, requieren potenciar el rol terapéutico familiar, tanto en la toma de decisiones, como en la adecuación de objetivos [32].

### **2.1.3.6 Situaciones a las que se enfrentan los cuidadores**

Las causas reconocidas de sufrimiento de los cuidadores principales son la tarea asistencial, observar el deterioro del paciente (en especial de tipo cognitivo), sus vínculos afectivos con él, la naturaleza irreversible de la situación (que implica la muerte próxima), la estrechez económica y no saber cómo actuar en las diferentes fases [32]. Existe, por lo general, un periodo de adaptación al cuidado que puede variar según las personas con una rápida o lenta aceptación de la situación. Hay una fase intermedia, de duración variable, con crisis ocasionales que se deben prever, y una fase final, que normalmente conlleva más intensidad de atención.

El proceso de ajuste suele acompañarse de tensiones y dificultades que harán necesario emplear habilidades de afrontamiento, no sólo por los cuidadores sino también por el enfermo, que a veces reacciona contra los que más lo quieren. Durante este proceso

pueden aparecer sentimientos de ira, enfado y frustración, sin saber, a veces, cuál es el motivo. La consecuencia suele ser la inestabilidad del entorno laboral y familiar. El deterioro cognitivo en los meses previos a la muerte se considera un factor con el que puede predecirse la aparición de una mayor carga de síntomas en la última semana de vida [35, 36].

Uno de cada dos cuidadores de un paciente con cáncer presenta niveles altos de ansiedad, y uno de cada cuatro, niveles altos de depresión. A más sobrecarga, más depresión [36]. Durante las crisis de una enfermedad grave las familias quieren más que nunca recibir información honesta sobre la condición del paciente, su progreso diario, los cambios en su estado clínico y pronóstico, y se quejan a menudo de la falta de información o de problemas para comunicarse con los sanitarios. Por su parte, los clínicos a veces procuran evitar los encuentros con los miembros de las familias por temor a que sus demandas sean excesivas.

El desarrollar las estrategias apropiadas para atender estas necesidades requiere sensibilidad para aceptar las variaciones en los estilos individuales de afrontar el estrés, el estado emocional del paciente y las necesidades cambiantes del curso de la enfermedad. Si bien muchas personas son capaces de sobrellevarla aceptablemente, las crisis emocionales de la enfermedad pueden, en algunas ocasiones, comprometer seriamente su resiliencia habitual.

### **2.1.4 La formación de los cuidadores**

Los cuidadores no sólo demandan seguridad, destreza o habilidad técnica del equipo, sino también una formación que les permita ejercer bien sus tareas y proporcionar adecuadamente medicamentos, alimentación y otros cuidados físicos, además de la atención al sufrimiento cuando se presente. Agradecen que se promuevan reuniones periódicas del equipo para informarlos y para capacitarlos en las tareas asistenciales y el autocuidado [35, 36]. Es interesante fomentar su participación en la valoración y control de los síntomas, por lo que es útil instruirlos en cómo hacerlo con una escala graduada de cero (ausencia del síntoma) a diez (la mayor intensidad).

Las necesidades del paciente cambian con el progreso de la enfermedad; por tanto, se requiere ayuda para mantener su higiene personal, alimentación, el moverse o caminar. Si no se cubren bien estos aspectos, las personas encuentran difícil funcionar o interactuar en otros niveles más altos. Las estrategias educativas son básicas para reducir el estrés del cuidador y deben incluir las que mejoren su participación en la toma de decisiones.

#### **2.1.4.1 Abordaje del cuidador o familiar del paciente con atención domiciliaria**

Aumentar su acceso a recursos educativos, entrenamiento en el cuidado de los enfermos y contar con el equipo médico en la resolución de las crisis [36].

### **2.1.4.2 Apoyo emocional al cuidador**

Cuidar sin descuidarse significa aprender a dosificar el esfuerzo, saber expresar sanamente lo que se siente, poder desahogar la tensión emocional, preservar una parte de tiempo para sí mismos y saber pedir y recibir ayuda [36, 37]. Por ello es de mucho interés trabajar con el cuidador principal y valorar cómo le está afectando la situación, si está sobrecargado, de qué ayuda dispone, si hay signos de conflictos internos y si éstos le llegan al enfermo. Suele resultarle difícil asumir la idea de la muerte por no saber con precisión cuando será el final, lo que le genera ansiedad, sobre si está haciendo bien las cosas. La percepción del paso del tiempo de los cuidadores no siempre coincide con la del enfermo, que suele ser larga o lenta [37]. Los cuidadores primarios tienden a manifestar que el tiempo se les hace largo a medida que avanza la enfermedad y se aproxima la muerte del enfermo.

Sólo los cuidadores auxiliados por algún tipo de servicios sociales pueden mantener el afecto y el calor humano por largo tiempo. Si se integran en nuestro sistema de atención los recursos ambientales y técnicas terapéuticas destinados a mejorar la relación enfermo-cuidador, podríamos facilitar en un futuro un mayor bienestar para ambos en esta etapa.

Otros miembros de la familia, amigos cercanos y personas significativas pueden tener un gran impacto en la experiencia de los pacientes, su salud y su felicidad, mucho más que cualquier sanitario, por lo que el equipo deberá ofrecer oportunidades para que se produzcan encuentros entre ellos. Cuanto mejor funcione su red social de apoyo, más protegidos estarán los enfermos y sus cuidadores, que pueden intervenir en la atención de sus hijos, hacer



la compra, pagar recibos o cualquier otra de las muchas tareas que una persona ocupada de un enfermo debe realizar pero que ahora no puede.

Este apoyo permite que la familia y los cuidadores se sientan entendidos y acompañados para poder abordar, con acogida y respeto, sus temores, deseos y necesidades [37, 38]. Algunas veces el personal de salud realiza una tarea óptima con el paciente controlando adecuadamente sus síntomas y comunicándose correctamente con él. Pero se olvida de la familia. El familiar cuidador principal necesita que le informen que todo lo que él hace por su ser querido es adecuado, pero también desea que le pregunten “¿cómo está usted?”. Necesita que le expliquen que algunas veces es conveniente contratar a una persona para que ayude en el cuidado de su familiar y que es preciso que descanse más. Solicita que el profesional se sienta y escuche sus miedos, sus dudas. Tal vez esta es la primera vez en su vida que enfrenta una situación de tal naturaleza. Necesita saber cómo tiene que hablar con los chicos. Dedicar un tiempo más a la familia redituará en mayor beneficio para una adecuada atención domiciliaria [10].

### **2.1.5 Características del cuidador en atención domiciliaria**

El desarrollo teórico de la habilidad de cuidado tiene su origen e influencia conceptual a partir de los cuidados holísticos de Milton Mayeroff, quien los describe como “una manera de entrar en relación con otra persona que favorece su desarrollo” y propone factores de cuidados que forman un marco conceptual para estudiar, comprender y dar cuidados. Esta teoría expresa que la

ciencia de los cuidados holísticos está centrada en la salud, en la cual la dimensión del ser social, la cultura y el entorno de la persona es tomada en cuenta en sus interacciones [38]. Este autor plantea que “cuidar es un proceso de ayudar a otros a crecer, propio de la condición humana”, identifica ocho características principales del cuidado: conocimiento, ritmos alternados, paciencia, sinceridad, confianza, humildad, esperanza y coraje.

A partir de estos principios Ngozi Nkongho desarrolla el concepto habilidad de cuidado como “la capacidad de ayudar a otros a crecer dentro de un proceso de relación que implica desarrollo”, y asume que “las habilidades esenciales del cuidado son el conocimiento, el valor y la paciencia” [39].

Las personas se sienten y se comportan de forma diferente en relaciones variadas con otros, lo cual implica entender quién es la persona que se cuida, sus necesidades, fortalezas, debilidades y lo que refuerza su bienestar; incluye conocer las propias fortalezas y limitaciones para conocernos a nosotros mismos y al otro.

El conocernos a nosotros mismos también implica el conocimiento de nuestras creencias y valores, porque estas apoyarán las determinaciones que tomemos durante el proceso de cuidado para lograr un verdadero cuidado recíproco y trascendental, cuyo resultado final será un crecimiento mutuo. De esta manera, la habilidad de cuidado es considerada como el desarrollo de destrezas y capacidades de las que dispone un individuo para realizar acciones que ayuden a otros a crecer o a valorar su propio ser [40]. La paciencia es otro componente prioritario en la adquisición de habilidad de cuidado. Se considera que “la paciencia es dar tiempo y espacio para la autoexpresión y exploración e incluye el grado

de tolerancia ante la desorganización y problemas que limitan el crecimiento de sí mismo y de otros” [41].

### **2.1.6 El apoyo emocional al cuidador**

Cuidar sin descuidarse significa aprender a dosificar el esfuerzo, saber expresar sanamente lo que se siente, poder desahogar la tensión emocional, preservar una parte de tiempo para sí mismos y saber pedir y recibir ayuda [41]. Por ello, es de mucho interés trabajar con el cuidador principal y valorar cómo le está afectando la situación, si está sobrecargado, de qué ayuda dispone, si hay signos de conflictos internos y si éstos le llegan al enfermo. Le suele resultar difícil asumir la idea de la muerte por no saber con precisión cuando será el final, lo que le genera ansiedad sobre si está haciendo bien las cosas. La percepción del paso del tiempo de los cuidadores no siempre coincide con la del enfermo, que suele ser “larga o lenta” [41].

Los cuidadores primarios tienden a manifestar que el tiempo se les hace largo a medida que avanza la enfermedad y se aproxima la muerte del enfermo. Sólo los cuidadores que estén auxiliados por algún tipo de servicios sociales pueden mantener el afecto y calor humano por largo tiempo. Si se integran en nuestro sistema de atención los recursos ambientales y técnicas terapéuticas destinados a mejorar la relación enfermo-cuidador, podríamos facilitar en un futuro un mayor bienestar para ambos en esta etapa.

Los otros miembros de la familia, los amigos cercanos y personas significativas pueden tener un gran impacto sobre la experiencia de los pacientes, su salud y felicidad mucho más que cualquier sanitario, por lo que el equipo deberá ofrecer oportunidades para que se produzcan esos encuentros.

Cuanto mejor funcione su red social de apoyo, más protegidos estarán los enfermos y sus cuidadores que pueden intervenir en el cuidado de sus hijos, hacer la compra, pagar recibos, o cualquier otra de las muchas tareas que una persona ocupada de un enfermo debe realizar pero que ahora no lo puede hacer. Su presencia permite que la familia y los cuidadores se sientan entendidos y acompañados para poder abordar desde la acogida y el respeto, sus temores, deseos y necesidades [40, 41].

Algunas veces, el personal de salud, realiza una tarea óptima con el paciente controlando adecuadamente sus síntomas y comunicándose correctamente con él. Pero se olvida de la familia. El familiar cuidador principal necesita que le informen que todo lo que él hace por su ser querido es adecuado, pero también desea que le pregunten ¿"cómo está usted?". Necesita que le expliquen que algunas veces es conveniente contratar a una persona para que ayude en el cuidado de su familiar y que es preciso que descansa más. Solicita que el profesional se sienta y escuche sus miedos, sus dudas. Tal vez esta sea la primera vez en su vida que enfrenta una situación de tal naturaleza. Necesita saber cómo tiene que hablar con los chicos.

Dedicar un tiempo más a la familia reeditará en mayor beneficio para una adecuada atención domiciliaria [41].

### **2.1.7 Educación para la salud**

Conviene señalar la complejidad que supone definir conceptualmente esta expresión en todas sus implicaciones y funciones, ya que acoge al hombre en su totalidad, de forma holística, y también a su contexto en una doble dimensión, ecológica y social. No

podría entenderse con nitidez esta expresión si no se aclarase con anterioridad el significado de ambos términos; si fundamentamos bien los conceptos de educación y salud, podremos considerar de forma más sólida cuál es el sentido actual de dicha expresión [42].

La definición del sentido de la educación requiere una tarea previa: establecer sus características diferenciales. Nos encontramos ante la definición de un concepto que delimita el objeto central de la Educación para la Salud. Una primera diferencia debe establecerse. Se debe hablar de educación como una acción y como reflexión teórica o conceptualización de un hecho. Se abre así la panorámica que considera la educación como objeto, y, por otra parte, la ciencia que sistematiza los conocimientos del hecho educativo [43].

Las definiciones de educación, cuando se analiza su contenido, consideran, entre otras, las siguientes notas o características diferenciales de la educación: referencia al hombre, intencionalidad, optimización (mejora o perfeccionamiento), procesual (comunicación, relación), de las facultades o aptitudes humanas (realización personal, individualización), socialización (transformación social, apertura, compromiso), ayuda, servicio o auxilio, búsqueda de la felicidad [44].

El interés por la Educación para la Salud tiene una larga tradición. La historia de la especie humana ha mostrado desde tiempos inmemoriales una gran preocupación por la salud y su transmisión; no obstante, la evaluación sistemática y científica es relativamente reciente. Esta disciplina se constituye como materia autónoma en 1921 con el primer programa de Educación para la Salud que impartió el Instituto de Massachusetts; aunque había sido empleada esta terminología, por primera vez, en 1919 en una conferencia sobre

ayuda a la salud infantil. La primera organización profesional surge en 1922 The public health education, sección de la American Public Health Association. Hasta 1937 no se establece una cualificación profesional, y en 1977 es cuando se edita un documento que regula las funciones de los educadores de la salud pública. La formación de estos educadores se imparte en muy diversas instituciones y niveles, desde el bachillerato hasta el doctorado [44]. El número de programas ha ido en aumento, considerándose a los educadores para la salud el primer ámbito profesional en la promoción de la salud por su contribución a la reducción de problemas de salud y, en consecuencia, a elevar el nivel de bienestar en la sociedad.

En 1978 la Organización Mundial para la Salud, en la Conferencia de Alma Ata, establece las estrategias que en materia de salud se desarrollarán en todas las naciones. El motivo era una necesidad urgente, por parte de todos los gobiernos, para proteger y promover la salud de todos los pueblos, con una meta tal vez demasiado optimista, alcanzar la “SALUD PARA TODOS EN EL AÑO 2000”. La 36. Asamblea Mundial de la Salud define la Educación para la Salud como “cualquier combinación de actividades de información y de educación que lleve a una situación en que la gente sepa cómo alcanzar la salud y busque ayuda cuando lo necesite”. La Educación para la Salud puede entenderse como cualquier combinación de oportunidades de aprendizaje encaminadas a facilitar la adopción voluntaria de comportamientos que mejoren o sirvan al sostenimiento de la salud.

Una definición muy utilizada en Estados Unidos de América es “proceso de asistencia a la persona, individual o colectivamente, de manera que pueda tomar decisiones, una vez que ha sido informado en materias que afectan a su salud personal y a la de la comunidad” [43].

Aunque la Educación para la Salud tiene una función preventiva y correctiva que exige por parte de la persona, la familia y otros grupos sociales los conocimientos necesarios para la prevención de ciertas enfermedades, su principal finalidad no está en evitar la enfermedad, sino en promover estilos de vida saludables; tiene un sentido positivo de ayuda y potencializan la persona para la participación y gestión de su propia salud y poder desarrollarse en un proceso de salud integral.

Algunos autores insisten sobre la vinculación de los comportamientos y su influencia en la salud y en la enfermedad; no obstante, también es cierto que la estrategia preventiva tradicional ha sido ampliamente criticada por centrarse en objetivos excesivamente analíticos, sobre conductas aisladas, como, por ejemplo: reducir el consumo de grasas saturadas para prevenir la enfermedad cardiovascular o el consumo de sal para prevenir la hipertensión. Pues investigaciones epidemiológicas muestran que los grandes cambios en los hábitos y prácticas de salud no han devenido como consecuencia de los esfuerzos educativos dirigidos a conductas más o menos aisladas, sino más bien como efecto de cambios más globales [43].

Los hábitos saludables no son consecuencia de una serie de conductas independientes, sino que están insertos en un contexto o entramado social formando unos determinados estilos de vida, por lo que las estrategias educativas y los objetivos de cambio en la Educación para la Salud deberán dirigirse al conjunto de comportamientos y a los contextos donde se desarrollan, ya que resulta difícil que se produzca una modificación de la conducta si al mismo tiempo no se promueven los cambios ambientales adecuados.

Así, por ejemplo, “si el consumo de alcohol en el conjunto de comportamientos y que configuran un estilo de vida característico: tipo de indumentaria, jerga utilizada, tipo de actividades de tiempo libre o la manera de aproximarse al otro sexo, las metas orientadas a sugerir cambios en el consumo de alcohol, no pueden pasar por alto las relaciones recíprocas que esos comportamientos tienen entre sí y las funciones que cumplen en ese estilo de vida” [43].

Parece claro que la Educación para la Salud tiene como principal finalidad la mejora cualitativa de la salud humana, centrándose no en conductas aisladas, ya que éstas suponen realidades segmentadas del comportamiento y por tanto complejas para su modificación, sino en un entramado de comportamientos que forman los estilos de vida; por otra parte, el hombre en el uso de su libertad no es un ser determinado, aunque sí condicionado por una serie de factores ambientales y también por sus propios hábitos de conducta, por lo que el esfuerzo y la lucha personal deben orientarse no sólo hacia el cambio de aquellos factores nocivos del contexto, sino también a sus propios hábitos y tendencias [43].

Toda acción educativa está estrechamente ligada al fenómeno del aprendizaje (que a su vez está relacionado con el proceso de enseñanza-aprendizaje). En este sentido si el aprendizaje se logra mediante una serie de eventos y experiencias, organizados o no, formales o no, planeados o espontáneos, que ocurren en forma constante a lo largo de la vida de un individuo, las acciones educativas que tienden a promoverlo y facilitarlo deben estar sistematizadas y desarrollarse también en forma permanente. En este contexto la educación del personal de salud, concebida como proceso permanente, promueve el desarrollo integral de los trabajadores del sector, utilizando el acontecer habitual del trabajo, el ambiente



normal del quehacer en salud y el estudio de los problemas reales y cotidianos, como los instrumentos y situaciones más apropiados para producir tal aprendizaje [45].

En el informe final de la reunión celebrada al efecto en 1975 en la sede de la Organización Panamericana de la Salud este organismo indicó que la educación continua es “el proceso de enseñanza-aprendizaje activo y permanente, destinado a actualizar y mejorar la capacitación de personas o grupos frente a la evolución científico-tecnológica y las necesidades sociales”.

### **2.1.8 La educación y la salud**

La educación y la salud se desarrollaron durante mucho tiempo como dos disciplinas paralelas pero aisladas, adoptando distintas formas y prácticas como producto de los requerimientos del desarrollo histórico de una sociedad. Durante el siglo XVIII la medicina comenzó a transformar su concepción acerca de la causalidad de las enfermedades, sobrepasando las barreras de los espíritus malignos (paradigma mítico mágico de las culturas primitivas) [46]

La Educación para la Salud como término genérico se ha usado para describir casi cualquier esfuerzo de proporcionar información y conocimientos relativos al mantenimiento y promoción de la salud, por tanto, esto implica que tiene aspectos formales e informales. Sin embargo, aunque reconocemos la importancia de la transmisión informal del conocimiento empírico en torno a la salud realizada de generación en generación, a través de la familia y sociedad, en este trabajo estamos más interesados en su sentido formal, que implica actividades planificadas y programadas. Históricamente

la Educación para la Salud ha pasado por diferentes etapas o enfoques, dependiendo del contexto en el que se ha desarrollado, desde principios del siglo hasta la actualidad [46].

La Educación para la Salud puede ser entendida como la transmisión y recepción pasiva de conocimientos para atenuar problemas concretos del ámbito de la enfermedad o como elemento central y prioritario para el desarrollo nacional en salud. En lo particular, se considera que la información en salud puede contribuir a dar solución a algunos problemas, pero la principal razón de la Educación para la Salud no es informativa. Su importancia debe radicar en generar elementos positivos que potencialicen la lucha social por el bienestar y la salud individual y colectiva [46].

La conceptualización de la Educación para la Salud que se asuma tiene implicaciones directas en dos instancias importantes: la práctica educativa en salud y la formación de recursos humanos. En la práctica educativa en salud, conocer los modelos que se utilizan en ella, analizando las concepciones subyacentes o el discurso teórico epistemológico que les da forma, no sólo es deseable sino imprescindible para entender cómo se lleva a cabo el acto educativo, cuáles son sus objetivos y sus finalidades y en qué sentido se desenvuelve este acto, en la libertad o en la restricción, en la pasividad o en el empoderamiento. En consecuencia, determina hacia dónde se dirigen los esfuerzos del educador, lo que a su vez determina el papel que asume el educando [46, 47].

Es muy importante tener en cuenta que cuando las distintas concepciones educativas en salud y sus aplicaciones prácticas se adoptan a ciegas y cuando se pretende integrarlas (hay muchas manifestaciones explícitas o implícitas de mezclas de los modelos

educativos), con buena intención, pero sin argumentos sólidos, se corre el riesgo de seguir criterios puramente pragmáticos y de caer en eclecticismos simples que muchas veces, en vez de constituir propuestas de amplio alcance, sólo tienen un valor limitado [46].

La educación para la salud busca cambios de comportamiento para mejorar las condiciones de vida. Los contenidos se orientan al autocuidado y al bienestar. A nivel tecnológico se emplean los medios masivos de comunicación con el propósito de incrementar las coberturas. La educación para la salud abarca al personal en formación, a los trabajadores de salud vinculados a los servicios y a la comunidad [48].

### **2.1.9 Fundamentos de la educación para la salud**

La educación para la salud debe considerar:

- Las experiencias, criterios e intereses de los distintos grupos en cuestiones sanitarias e higiénicas.
- Las leyes de las ciencias pedagógicas y psicológicas que servirán de orientación para conocer el sujeto, el método y los contenidos.
- La necesidad de una selección y aplicación científica de contenidos, métodos y medios que permitan elevar su efectividad.
- Para esto es necesario saber que la educación para la salud es un trabajo en equipo multidisciplinario, en el que confluyan las diferentes ciencias en que basa su fundamentación [48].

### **2.1.9.1 Fundamentos médicos**

Los conocimientos médicos constituyen la base del contenido de la educación para la salud. Teniendo presente que la educación para la salud es una actividad condicionada socialmente, su concepción y su abordaje debe ser amplio y multidisciplinario. Es importante reconocer que la educación es un medio para promover y fortalecer las organizaciones sociales y propiciar el desarrollo de procesos de participación comunitaria. La relación docente estudiante debe estar basada en la interacción sujeto-sujeto que permita emprender conjuntamente acciones para transformar la realidad [48].

#### **PARA RECORDAR...**

- La educación para la salud es la combinación de actividades informativas, formativas y de propaganda orientada al fomento, construcción, conservación y restablecimiento de la salud y de la capacidad de rendimiento del hombre y a alargar una vida con calidad humana.
- La educación para la salud parte de la formación ideológica y cultural de los grupos para crear una conciencia científica que se preocupe tanto por la salud individual como social.
- No es un asunto personal sino un deber social y se orienta a estimular la acción de amplias capas de la población hacia la protección de la salud como un bien social.
- Sus objetivos son: formación de una personalidad armónica e integral, formar hombres conscientes, activos y capaces, saludables y cultos para transformar la sociedad y a sí mismos

### **2.1.10 Métodos en la educación para la salud**

La educación para la salud admite dos tipos de categorías, formal y no formal. Sin embargo, es preciso tener en cuenta [48]:

- Las enseñanzas en salud para ser efectivas deben ser simples: “Si lo oigo lo olvido, si lo miro lo recuerdo, si lo hago, lo sé”.
- Aprender haciendo.
- Aprendizaje por descubrimiento.
- Aprendizaje mutuo.
- Aprendizaje por confrontación.
- Autodirección del proceso.

### **2.1.11 Método de educación participante**

Los principios que guían esta educación son los siguientes [62]:

- Comunicación dialogística.
- Interacción educando-educador.
- Rescate y valoración de costumbres y expresiones populares.
- Conocimiento a partir de las experiencias de vida, de trabajo y el transmitido a través de generaciones.
- Creatividad.
- Integración de la medicina popular e institucional.
- El conocimiento surge de la práctica y regresa a la práctica.
- Debe basarse en la pregunta, la reflexión y la crítica.
- No se centra en contenidos sino en el proceso.
- El alumno es el centro de la labor educativa.
- El educando es un producto de un medio social, económico y cultural.
- Es un proceso democrático y liberador.

### **2.1.12 Estrategias didácticas en la educación para la salud**

El Ministerio de Salud (2016), concibe a la educación para la salud como “un proceso de construcción de conocimiento y aprendizaje mediante el diálogo de saberes orientado al desarrollo y fortalecimiento del potencial y las capacidades de las personas, las familias, las comunidades, las organizaciones y redes para la promoción de la salud individual y colectiva, la gestión del riesgo y la transformación positiva de los diferentes entornos para mejorar los estilos de vida y garantizar el derecho a la salud” [49].

En esta dirección, la educación para la salud se constituye como una oportunidad de aprendizaje para mejorar la alfabetización sanitaria y el conocimiento de la población en relación con la salud para favorecer el perfeccionamiento de habilidades personales orientadas a la salud individual y colectiva [49].

Es así, como a partir del proceso educativo se construyen capacidades individuales y colectivas, para el desarrollo de competencias que permiten mejorar las condiciones de salud, desarrollar autonomía de los individuos y colectivos, orientados a reconfigurar sus estilos de vida, afectar los determinantes de la salud y los problemas que ocasionan patologías. Es decir, el proceso educativo ubica a la acción pedagógica como esa interacción que a través de estrategias didácticas conllevan a la transformación de la realidad para alcanzar el mayor nivel de desarrollo de las personas.

La didáctica es la disciplina que sienta los principios de la educación y sirve a los educadores a la hora de seleccionar y desarrollar contenidos persigue el propósito de ordenar y respaldar tanto los modelos de enseñanza como el plan de aprendizaje. Se le llama acto

didáctico a la circunstancia de la enseñanza para la cual se necesitan ciertos elementos: el educador (quien enseña), el discente (quien aprende) y el contexto de aprendizaje [50].

En este sentido los principales objetivos de la didáctica son:

- Llevar a cabo los propósitos de la educación.
- Hacer el proceso de enseñanza- aprendizaje más eficaz.
- Aplicar los nuevos conocimientos provenientes de otras áreas del conocimiento que puedan hacer la enseñanza más consecuente y coherente.
- Orientar la enseñanza de acuerdo con la edad evolutiva del alumno y alumna para ayudarles a desarrollarse y realizarse plenamente, en función de sus esfuerzos de aprendizaje.
- Adecuar la enseñanza y el aprendizaje, a las posibilidades y necesidades del alumnado.
- Inspirar las actividades educativas en la realidad y ayudar al discente a percibir el fenómeno del aprendizaje como un todo, y no como algo artificialmente dividido en fragmentos.
- Orientar el planeamiento de actividades de aprendizaje de manera que haya progreso, continuidad y unidad, para que los objetivos de la educación sean suficientemente logrados.
- Hacer que la enseñanza se adecue a la realidad y a las posibilidades del discente y de la sociedad.
- Llevar a cabo un apropiado acompañamiento y un control consciente del aprendizaje, con el fin de que pueda haber oportunas rectificaciones o recuperaciones del aprendizaje [51].

La didáctica es una ciencia práctica, de intervención y transformadora de la realidad, se considera como una ciencia o

una técnica y se materializa mediante la aplicación de estrategias didácticas.

En la educación para la salud de acuerdo a algunos autores [52], se recomienda utilizar estrategias didácticas participativas y no orientadas únicamente a transmitir información mediante la magistralidad. Sin embargo, las técnicas usadas pueden ser unidireccionales o bidireccionales:

### **2.1.12.1 Técnicas unidireccionales**

En estas técnicas la información o el mensaje se orienta en una sola dirección, la participación del grupo a quien va dirigido el mensaje es nula. Aquí están incluidos los medios de comunicación masivos, medios escritos (folletos, revistas), hablados (radio) o audiovisuales (televisión).

Estas técnicas tienen la ventaja de poder llegar a un grupo muy amplio de la población y la repetición del mensaje puede permitir captar el interés o sensibilizar en un tema determinado. La limitación de utilizar este tipo de técnicas es que no permite la interrelación entre el emisor y el receptor, y ello puede crear polarización frente al mensaje.

### **2.1.12.2 Técnicas bidireccionales**

Estas técnicas permiten la interacción y retroalimentación entre el educador y el discente. En la educación para la salud, las técnicas bidireccionales son las más apropiadas porque implican emocionalmente a las personas y ello las hace más efectivas.



Algunas de las técnicas didácticas que se pueden llevar a cabo en esta categoría en un programa de educación para la salud son las que se explican a continuación.

#### **2.1.12.2.1 Sesión magistral o expositiva**

Se realiza mediante presentación oral de la información que ha sido previamente estructurada. Con esta técnica, el grupo emplea fundamentalmente la memoria auditiva. Es útil para ofrecer información a un número elevado de participantes y simplificar información, permitiendo centrar los diferentes puntos de interés, así como motivar a las personas hacia una idea o conducta. Esencialmente, esta técnica se utiliza para trabajar objetivos relacionados con la adquisición de conocimientos. Es económica y fácil de organizar. Dentro de los programas se incluyen temas en los cuales es necesario efectuar previamente una sesión expositiva antes de iniciar un trabajo grupal.

Esta técnica es poco participativa y el grupo tiene poca implicación. Por este motivo se recomienda que se combine con otras técnicas más dinámicas, como el método del caso o un juego de roles, y se recomienda acabar con un debate o un intercambio de ideas.

#### **2.1.12.2.2 Método de caso**

Se fundamenta en presentar al grupo una problemática o caso que parte de una situación lo más real posible. El caso ha de ser descrito de tal manera que posibilite el análisis y el intercambio de ideas, ya que es una técnica de discusión y de implicación personal. Para utilizar esta técnica no es aconsejable que el grupo sea muy

numeroso, en lo posible no mayor a seis personas. La exposición del caso la realiza el líder del proceso educativo y se expone de manera oral o escrita.

El análisis del caso tiene como propósito que todo el grupo identifique los hechos significativos de este para lograr los objetivos de la sesión. Sin embargo, la finalidad de esta técnica no es extraer una única solución, sino por el contrario plantear diversas. Esta utilización del método es más ágil y no requiere excesivo tiempo

### **2.1.12.2.3 Juego de roles**

Es una técnica interpretativa que consiste en representar una situación concreta para que ésta pueda ser vivida por las personas que la simbolizan. Conlleva una fuerte implicación personal, ya que no se pide una colaboración lógica y racional sino de tipo emotivo. Para utilizar esta técnica es importante que el grupo este cohesionado y cuente con un cierto grado de confianza entre los participantes, de lo contrario, la técnica es de poca utilidad porque no existe espontaneidad en la interpretación y, en ocasiones, el grupo puede negarse a realizarla.

El juego de roles es una técnica que nos puede ayudar a:

- Promover cambios de actitudes.
- Entrenar una conducta que se tendrá que llevar a cabo en la vida real.
- Comprender el porqué de los comportamientos ajenos.
- Ampliar puntos de vista.
- Vivir las propias emociones ante un hecho concreto [4].

Esta técnica permite recoger los datos y observaciones que serán útiles para el análisis y la discusión, que conllevará al planteamiento de soluciones específicas de acuerdo a la situación presentada con antelación.

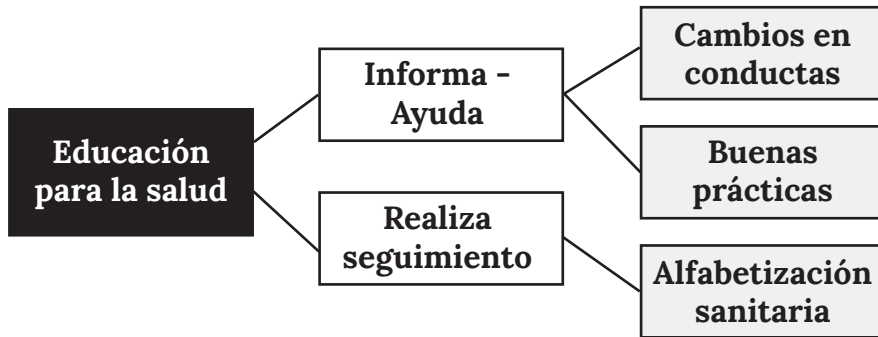
#### **2.1.12.2.4 Debate**

Es una técnica de discusión grupal, generalmente no se realiza exposición, no se usa ningún medio audiovisual ni ningún otro método. El objetivo de esta técnica es el intercambio de información, ideas o experiencias. El tema del debate debe tener diferentes posibilidades de opinión y puntos de vista, por cuanto si no existen opiniones no se podrá generar debate. El número de participantes no puede ser muy elevado; se recomienda no más de ocho a diez personas, porque así se posibilita la interacción entre todos los miembros del grupo. El tema a debatir debe ser conocido con antelación por todos los participantes y se recomienda que corresponda a experiencias vividas.

#### **2.1.12.2.5 Seminario**

Para esta técnica se recomienda un número reducido de participantes, por cuanto el seminario consiste en un grupo dedicado a estudiar en profundidad un tema concreto. La intencionalidad de esta técnica es constituir un grupo de aprendizaje activo, ya que los miembros del mismo no reciben la información elaborada, sino que la buscan y elaboran con sus propios recursos en un clima de colaboración recíproca [4]. La utilización de esta técnica es más limitada en los grupos de educación para la salud, ya que es más compleja y se requiere cierto grado de capacitación de los participantes.

**Figura 2. Esquema de la educación en salud**



**Fuente:** Elaboración propia, 2019.

## 2.2 Marco conceptual

Las siguientes definiciones fueron tomadas de los descriptores de ciencias de la salud:

**CUIDADOR PRIMARIO:** aquella persona que asume la total responsabilidad del cuidado. Suele ser un familiar de la persona cuidada. No dispone de una formación específica para las tareas del cuidar, no recibe remuneración económica por la labor realizada, tiene un grado elevado de compromiso hacia la tarea, con un alto grado de afecto y responsabilidad

**CUIDADOR SECUNDARIO:** toda persona que ofrece un apoyo es sobre todo instrumental y emocional, al paciente domiciliario.

**ATENCIÓN DOMICILIARIA:** Prestación de servicios específicos en el domicilio, casi siempre a demanda del usuario y sin que ello represente una atención continuada. Por lo general, además del carácter individual, es episódica y con escasa participación de la familia y otros integrantes del equipo de salud. A diferencia de la atención domiciliaria, cuyo carácter es integral y continuo, la asistencia domiciliaria es programada, estimula la participación, fomenta el autocuidado y brinda una perspectiva de trabajo en equipo.

**HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO:** Modalidad asistencial alternativa a la hospitalización tradicional. El paciente recibe los mismos cuidados que en el centro asistencial tanto en calidad como en cantidad y sin los cuales habría sido necesaria su permanencia en el hospital.


**VISITA DOMICILIARIA:** Se entiende como el encuentro de la enfermera con el usuario y la familia en su lugar de residencia; es una de las acciones primarias para llevar a cabo la atención integral a la salud. La visita domiciliaria es la base instrumental a través de la cual se presta la atención domiciliaria. La atención domiciliaria es el fin, y la visita es el medio para alcanzarlo. De hecho, un solo caso de atención domiciliaria puede requerir numerosas visitas.


**SERVICIOS DE ATENCIÓN DOMICILIARIA:** El domicilio del paciente puede ser una residencia unifamiliar, una vivienda multifamiliar, un hogar de paso, una comunidad de retiro o un centro de enfermería especializada. Se pueden tener varios tipos de servicios de atención a domicilio: servicios de equipos médicos para el hogar, cuidado asistencial, cuidados paliativos de atención médica en el hogar y servicios de atención a domicilio crónicos.



## CAPÍTULO III MATERIALES Y MÉTODOS

Materials and methods

Freiser Eceomo Cruz Mosquera \*   
<https://orcid.org/0000-0001-7584-4636>

Anisbed Naranjo Rojas \*\*   
<https://orcid.org/0000-0001-7676-8284>

### 3.1 Tipo del estudio

La presente investigación se realizó a partir de un estudio cuantitativo de diseño cuasi experimental en el que se evaluaron los conocimientos relacionados con tópicos de la atención respiratoria en cuidadores secundarios antes y después de una intervención educativa. La población objeto estuvo conformada por el universo de sujetos con formación técnica en enfermería (n=33)

---

\* Universidad Santiago de Cali. Cali, Colombia  
 [freiser.cruz00@usc.edu.co](mailto:freiser.cruz00@usc.edu.co)

\*\* Universidad Santiago de Cali. Cali, Colombia  
 [anisbed.naranjo00@usc.edu.co](mailto:anisbed.naranjo00@usc.edu.co)

### Cita este capítulo

---

Cruz Mosquera, FE. y Naranjo Rojas, A. Materiales y métodos. En: Naranjo Rojas, A. (ed. científica). *Escuela de cuidadores: un programa educativo en la hospitalización domiciliaria*. Cali, Colombia: Editorial Universidad Santiago de Cali; 2020. p. 70-92.

encargados del cuidado de pacientes con afecciones respiratorias y hospitalización domiciliaria, pertenecientes a la IPS Todomed de la Ciudad de Palmira, durante el año 2017. Los participantes debían cumplir con los criterios señalados a continuación:

### **3.2 Criterios de inclusión**

- Cuidadores secundarios mayores de 18 años.
- Cuidadores que tienen a su cargo pacientes con afecciones respiratorias.
- Firmar el consentimiento informado.

### **3.3 Criterios de exclusión**

- Cuidadores que presenten ausencia igual o superior al 50% de las actividades del programa Escuela de Cuidadores.
- Participantes que durante el periodo de estudio decidan retirarse voluntariamente o terminen su vínculo laboral con la Institución.

Las distintas actividades realizadas en el marco de la Escuela de Cuidadores se desarrollaron en la zona de laboratorios y audiovisuales de la Universidad Santiago de Cali, sedes Pampalinda y Palmira. Las variables contempladas en el estudio se señalan a continuación:

### 3.4 Variables de estudio

**Cuadro 2. Variables**

<b>Variable</b>	<b>Definición</b>	<b>Tipo de variable y nivel de medición</b>	<b>Posibles valores</b>
<b>Variables sociodemográficas y laborales</b>			
<b>Sexo</b>	Estado legal que identifica a los seres humanos de acuerdo a sus características físicas.	Categórica, nominal	1. Masculino 2. Femenino
<b>Edad</b>	Años cumplidos desde su nacimiento hasta el momento del estudio	Cuantitativa, discreta	18 - 60 año
<b>Escolaridad</b>	Nivel académico del participante	Categórica, ordinal	1. Técnico
<b>Estrato socioeconómico</b>	Posición o estatus que obtiene una vivienda según su ubicación	Categórica, ordinal	1. Estrato 1 2. Estrato 2. 3. Estrato 3. 4. Estrato 4. 5. Estrato 5. 6. Estrato 6.



<b>Experiencia laboral</b>	Tiempo durante el cual ha realizado actividades propias del cuidado domiciliario	Cuantitativa, continua	1 – 30 años
<b>Horas de trabajo diarias</b>	Número de horas dedicadas para la asistencia del usuario a su cargo	Cuantitativa, continua	6 -24 horas
<b>Variables relacionadas con el test de succión de vía aérea e inhaloterapia.</b>			
<b>Implementos de bioseguridad para succión</b>	Implementos de bioseguridad que se deben utilizar durante la succión de vía aérea.	Catagórica, nominal	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Gafas, guantes, tapabocas y gorro</li> <li>2. Tapabocas y guantes.</li> <li>3. Tapabocas.</li> </ol>
<b>Verificación preliminar</b>	Cotejo de aspectos que se deben verificar antes de realizar la succión de vía aérea.	Catagórica, nominal	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Uso previo de inhaladores</li> <li>2. Equipos para la realización del procedimiento</li> <li>3. Calibre de la sonda y funcionamiento del equipo.</li> </ol>

<b>Inserción de la sonda</b>	Nivel de inserción de la sonda para garantizar una succión adecuada.	Categórica, nominal	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Hasta sentir resistencia</li> <li>2. Medición desde el lóbulo de la oreja hasta comisura labial</li> <li>3. Se introduce totalmente</li> </ol>
<b>Tiempo de ejecución del procedimiento</b>	Tiempo que debe tardar la succión de vía aérea	Categórica nominal	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 15 segundos</li> <li>2. 15 minutos</li> <li>3. 30 segundos</li> </ol>
<b>Tiempo para repetir el procedimiento</b>	Tiempo que debe transcurrir hasta realizar otra succión de ser necesario	Categórico, nominal	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. 2 -5 minutos</li> <li>2. 20-30 segundos</li> <li>3. No es necesario</li> </ol>
<b>Sostenimiento de la sonda</b>	Mano con la que se debe tomar la sonda	Categórico, nominal	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Mano dominante</li> <li>2. Ambas manos</li> <li>3. No es relevante</li> </ol>
<b>Situaciones en las que revisa IDM</b>	Circunstancia en las que verifica el estado del IDM antes de usarlo	Categórico, nominal	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Todos los pacientes</li> <li>2. Pacientes nuevos</li> <li>3. Nunca</li> </ol>
<b>Implementos de bioseguridad para inhaloterapia</b>	Implementos de bioseguridad que se deben utilizar durante la inhaloterapia	Categórica, nominal	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Gafas, guantes, tapabocas y gorro</li> <li>2. Tapabocas y guantes.</li> <li>3. Tapabocas.</li> </ol>

<b>Indicaciones de inhaloterapia</b>	Criterios por los que se realiza la inhaloterapia	Categoría, nominal	1. Por orden médica 2. Sibilancias 3. Indiscriminadamente 4. Por sugerencias del paciente o familia
<b>Posición para inhaloterapia</b>	Posición en la que debe encontrarse el paciente para realizar la inhaloterapia	Categoría, nominal	1. Semisentado 2. Acostado
<b>Tiempo de agitación del IDM</b>	Tiempo usado para agitar el IDM	Categoría, nominal	1. 15 segundos 2. 30 segundos 3. 60 segundos
<b>Uso de inhala cámara</b>	Circunstancia en las que se usa la inhala cámara	Categoría, nominal	1. Pacientes no colaboradores 2. En nichos 3. Siempre
<b>Tiempo de apnea durante la inspiración</b>	Tiempo de apnea que se debe realizar durante la inhaloterapia	Cuantitativa, continua	5-10 segundos
<b>Lavado bucal posterior a la inhaloterapia</b>	Frecuencia con la que se realiza lavado bucal posterior a la inhaloterapia	Categoría, nominal	1. Siempre 2. Sólo con algunos medicamentos 3. Nunca
<b>Verificación de medicamento en el IDM</b>	Manera como se verifica la presencia o ausencia de medicamento en el IDM	Categoría, nominal	1. Depositar IDM en vaso con agua 2. Registrar puff realizados 3. Agitando IDM

### **3.5 Fases del proceso de investigación**

#### **Fase I. Diagnóstico**

En primera instancia se realizó un diagnóstico de los conocimientos que poseían los participantes sobre aspectos relacionados con dos modalidades de intervención más frecuentes en pacientes con hospitalización domiciliaria por presencia de afecciones respiratorias: succión de la vía aérea e inhaloterapia (Ver figuras 3 y 4).

Para la medición inicial los cuidadores fueron citados a las instalaciones de la Universidad Santiago de Cali, sede Palmira, a lo largo de una mañana en el mes de marzo de 2017. Previo a la medición de los conocimientos los sujetos fueron informados sobre los aspectos esenciales de la investigación y se les consultó sobre su voluntad de participación en el estudio.

Los cuestionarios de succión de vía aérea cuentan con ocho ítems a evaluar y una puntuación máxima de 24, cada ítem tiene tres posibles respuestas a las cuales se les asigna un valor de acuerdo a su veracidad, 1 para la respuesta incorrecta, un puntaje de 2 a las respuestas parcialmente correctas y 3 a las respuestas correctas. Por otro lado, El cuestionario de inhaloterapia consta de once ítems con una puntuación máxima de 30, ocho ítems con tres posibles respuestas (1 a la respuesta incorrecta, 2 a la respuesta parcialmente correcta y 3 a la respuesta correcta) y tres ítems contaron con un valor de 1 para la respuesta incorrecta y 2 para la respuesta correcta. Se consideró que los cuestionarios de succión de vía aérea e inhaloterapia habían sido aprobados cuando se obtuvo un puntaje > 18 y >22 respectivamente.

**Figura 3. Instrumentos de succión de vía aérea.**

	<p>NOMBRE Y APELLIDO: PROFESIÓN U OFICIO: FECHA: CIUDAD:</p>
<p><b>ESCUELA DE CUIDADORES TEST DE SUCCIÓN N°1</b></p>	
<p><b>TERAPIA RESPIRATORIA</b></p>	
<p>1. Para realizar la succión de vía aérea en el paciente. ¿qué implementos de bioseguridad son necesarios colocarse?</p>	
<ul style="list-style-type: none"><li>a. Gafas, guantes, tapabocas y gorro.</li><li>b. Tapabocas y guantes</li><li>c. Solo si tiene aislamiento respiratorio tapabocas</li></ul>	
<p>2. Antes de realizar el procedimiento ud. debe verificar:</p>	
<ul style="list-style-type: none"><li>a. El uso previo de inhaloterapia en el paciente.</li><li>b. Funcionamiento del equipo, calibre de la sonda de succión adecuada para la vía aérea, gasas estériles, solución salina normal al 0.9%, jeringa e implementos de bioseguridad.</li><li>c. Calibre de la sonda de succión adecuada para la vía aérea y que el equipo funcione.</li></ul>	
<p>3. Para la aspiración de secreciones, la medida para introducir la sonda es:</p>	
<ul style="list-style-type: none"><li>a. Se introduce hasta sentir resistencia</li><li>b. Se mide previamente la sonda desde el lóbulo de la oreja, hasta la comisura labial.</li><li>c. Se introduce la longitud total de la sonda.</li></ul>	
<p>4. La aspiración de secreciones debe durar:</p>	
<ul style="list-style-type: none"><li>a. 15 segundos</li><li>b. 15 minutos</li><li>c. 30 segundos</li></ul>	

5. Durante la aspiración de secreciones, con que mano se debe tomar la sonda:

- a. La mano dominante
- b. No es relevante
- c. Con ambas manos

6. En caso de necesitar otra aspiración, cuánto se debe dejar descansar al paciente antes de introducir una nueva sonda de succión:

- a. 2 - 5 minutos
- b. 20 - 30 segundos
- c. No es necesario


7. Una vez termino la succión de la vía aérea:

- a. Desecho la sonda y limpio el látex con agua
- b. Guardo la sonda para reutilizarla las veces que sea necesaria
- c. Guardo la sonda para reutilizarla máximo dos veces

8. ¿Qué procedimiento realizo primero?

- a. Succión de vía aérea artificial
- b. Succión por boca
- c. Succión por nariz

**Figura 4. Instrumento de Succión de inhaloterapia.**



NOMBRE Y APELLIDO:  
PROFESIÓN U OFICIO:  
FECHA:  
CIUDAD:

**TEST DE INHALOTERAPIA N°1**

**TERAPIA RESPIRATORIA**

1. Antes de administrar el inhalador de Dosis Medida (IDM). ¿ud. verifica el buen estado del inhalador y la fecha de vencimiento?

- a. En todos los pacientes

- b. En los pacientes nuevos
  - c. Nunca lo hace
2. ¿Qué elementos de bioseguridad son necesarios durante la técnica de inhaloterapia?
- a. Gafas, guantes, tapabocas y gorro
  - b. tapabocas y guantes
  - c. Solo si tiene aislamiento respiratorio tapabocas
3. Explique el procedimiento y los efectos del procedimiento, cuando:
- a. El paciente puede comunicar verbalmente
  - b. Independientemente de su capacidad de respuesta y/o a su acompañante
  - c. Solo cuando el paciente lo solicita
4. Es indicación de la inhaloterapia:
- a. Por orden médica
  - b. Cuando el paciente tiene ruidos en el tórax (sibilancias), por orden médica.
  - c. Se realiza indiscriminadamente, por sugerencia del paciente y/o del familiar
5. ¿Cuál es la posición adecuada para realizar la técnica de inhaloterapia?
- a. Semisentado o sentado
  - b. Totalmente acostado
6. ¿Cuánto tiempo agita el IDM antes de usarlo?
- a. 15 segundos
  - b. 30 segundos
  - c. 60 segundos
7. ¿Cuándo utiliza la inhalocámara?
- a. En pacientes no colaboradores
  - b. Solo en los niños
  - c. Siempre
8. Antes de presionar el inhalador le indica al paciente que:
- a. inhale antes del puff
  - b. Inhale después del puff
  - c. inhale simultáneamente al realizar el puff

9. ¿Por cuánto tiempo le indica al paciente que retenga la respiración?
- a. < 5 segundos
  - b. 5 -9 segundos
  - c. > 10 segundos o la cantidad que pueda retener el paciente
10. ¿Con qué frecuencia recomienda el lavado nasal y bucal después de la inhaloterapia?
- a. Siempre
  - b. Solo en algunos medicamentos
  - c. Nunca
11. ¿De qué manera verifica la cantidad de medicamento del IDM?
- a. En vaso con agua, introduce el inhalador y si se hunde está lleno, si flota dentro del agua hay mitad del medicamento y si sube a la superficie está vacío.
  - b. Realiza el registro diario de cantidad de dosis administradas (cuenta dosis)
  - c. Agitando el IDM

**Fuente:** Elaboración propia, 2019.

## **Fase II. Implementación del programa educativo**

Tras realizar el diagnóstico inicial se implementó el programa educativo denominado “Escuela de Cuidadores” diseñado por los investigadores teniendo como eje central el cuidado respiratorio y particularmente las modalidades de intervención realizadas en pacientes con alteraciones respiratorias. El desarrollo del programa educativo se realizó por espacio de cuatro meses con una frecuencia de reunión mensual y una intensidad horaria total de 20 horas; todas las actividades se realizaron en las instalaciones de la Universidad Santiago de Cali sede Pamplina y Palmira. Entre las estrategias didácticas implementadas en el marco de la intervención se destacan:



**Clases magistrales:** El grupo de investigadores, estudiantes extramurales del programa de Terapia Respiratoria de la Universidad Santiago de Cali y personas externas con amplio recorrido en el campo del cuidado domiciliario se encargaron de dar a conocer a profundidad los aspectos teóricos de las diferentes modalidades de intervención ejecutadas en este escenario, incluyendo las evaluadas en la fase de diagnóstico del presente estudio.

**Figura 5. Registro fotográfico clases magistrales.**



**Fuente:** Elaboración propia. Tomada de Todomed, 2018.

A continuación, se presentan los aspectos sustanciales de los temas relacionados con el cuidado respiratorio impartidos y evaluados de manera posterior.

## **Succión de secreciones**

Conceptualización de la técnica, se socializan los objetivos, se sensibiliza en la importancia de una técnica adecuada, su justificación y el alcance que tiene el programa, se realiza un reconocimiento y diagnóstico de la población que participara en el programa.

## **Objetivos**

- Implementar una estrategia educativa dirigida a los cuidadores y familiares del paciente domiciliario sobre la técnica de aspiración en el paciente domiciliario
- Capacitar al cuidador o familiar responsable sobre la técnica correcta de succión incluyendo los cuidados de bioseguridad.
- Mejorar la calidad de vida del paciente y cuidadores, reduciendo las complicaciones asociadas a la incorrecta técnica de succión y las Rehospitalizaciones.

## **CONTENIDO**

### **Procedimiento aspiración orofaríngeas**

Introducir cuidadosamente el catéter o sonda por la nariz del paciente, sin cubrir el orificio de ventilación [ ]. Avanzar la sonda lentamente, el paso de la sonda puede producir tos o reflejo nauseoso.

- Es importante utilizar elementos de bioseguridad como gafas, tapabocas y guantes, en caso del que paciente tosa, para evitar exposición a fluidos corporales [53]. Es necesario esperar a que el paciente se recupere antes de continuar con el procedimiento

- Cubra el orificio con su pulgar, mientras retira la sonda lentamente, de forma circular e intermitente quitando y poniendo el dedo pulgar sobre el orificio.
- No succionar más de 15 segundos seguidos
- La aspiración puede provocar irritabilidad en la vía aérea o tos
- Vacíe y lave el recipiente cada vez que finalice el procedimiento. Los fluidos deben ser desechados por el retrete [53].
- Realizar el mismo procedimiento luego por boca

### **Indicaciones de la aspiración de secreciones**

La técnica está indicada cuando el paciente no puede por sí mismo expectorar las secreciones, es decir cuando el paciente no protege la vía aérea.

### **Contraindicaciones de la aspiración de secreciones**

- En estas condiciones, se tomarán en cuenta las condiciones del paciente bajo criterio médico. Trastornos hemorrágicos [53] (coagulación intravascular diseminada, trombocitopenia, leucemia).
- Edema o espasmos laríngeos.
- Várices esofágicas.
- Cirugía traqueal.
- Cirugía gástrica con anastomosis alta.
- Infarto al miocardio.

## **Procedimiento de uso el aspirador o succionador de secreciones**

- Colocar el aspirador en una superficie seca y estable (mesa cerca al paciente).
- Asegurarse que el interruptor del aspirador esté en “OFF”.
- Conectar el aspirador a una directamente, con punto tierra (no usar extensiones).
- Tener un frasco accesorio de un litro con 500 cc de agua hervida fría al costado del aspirador o una botella/bolsa de agua estéril, si se cuenta con este recurso [3].
- Encender el interruptor en “On”.
- Tomar la sonda de aspiración con dos manos con guantes limpios.
- Tapar la válvula de la sonda de aspiración con el pulgar, una vez que se ha sumergido la punta de esta (con la otra mano) en el frasco accesorio.
- Para comprobar la fuerza de aspiración observando el llenado del vaso de colección [54].
- Introducir la sonda en la cavidad a aspirar y tapar la válvula con el pulgar una vez que esté dentro.
- El llenado del vaso de colección no debe sobrepasar de la mitad.
- Destapar la válvula de la sonda de aspiración antes de retirarla de la cavidad a aspirar.
- Introducir la sonda en el frasco accesorio para enjuagarla de las secreciones.
- Nuevamente repetir el paso las veces que sean necesarias.
- Instilar solución salina (2 o 3 centímetros cúbicos), por traqueotomía en, caso en las secreciones estén de aspecto viscoso

- Terminado el procedimiento, apagar el equipo con interruptor en “Off”, desenchufarlo y lavar el vaso de colección.
- Armarlo nuevamente para que esté preparado para nuevo uso.

### **Aspiración de traqueostomía**

- Lávese las manos con agua y jabón.
- Arme el equipo en un lugar de fácil acceso.
- Vierta agua estéril/solución salina en el recipiente [53].
- Colóquese guantes estériles.
- Tome la sonda de succión sin contaminar los guantes, conservando siempre la mano dominante estéril.
- Mantenga la sonda enrollada y protegida en la mano dominante.
- Introduzca la sonda con la mano dominante dentro de la traqueotomía sin aspirar.
- Cuando sienta resistencia (más o menos luego de introducir de 10 a 15 cm la sonda) retira 1cm y cierra el puerto de succión.
- Repetir el procedimiento las veces que sea necesario, hasta asegurar la permeabilización total de la vía aérea [53].

Es importante prestar atención al color y características de la secreción, que debe ser transparente y sin olor. Debe informar al médico tratante si presenta variación en las características como colores amarillos o verdosos y/o con olor desagradable. También es posible que vea algunas vetas de sangre en la mucosidad ocasionalmente debido a la succión. Si ve mucha sangre de color rojo intenso, podría haber un problema y esto también debe ser informado [53].

**INHALOTERAPIA.** Conceptualización de la técnica de inhaloterapia; se socializan los objetivos, se sensibiliza en la importancia de una técnica adecuada, su justificación y alcance que tiene el programa, se realiza un reconocimiento y diagnóstico de la población que participara en el programa.

**OBJETIVOS.** Presentar y entrenar en el proceso la administración de medicamentos en la vía aérea a través del procedimiento de la inhaloterapia con fines profilácticos y terapéuticos de acuerdo a las manifestaciones clínicas del paciente domiciliario.

Contribuir en la preparación del personal de salud domiciliario en la selección y correcta técnica de la inhaloterapia.

**CONTENIDO.** El inhalador de dosis medida (IDM) está diseñado para proporcionar, en una fina neblina, una dosis precisa (medida) de medicamento directamente en las vías aéreas. Esta distribución en el sistema respiratorio permite el tratamiento de un grupo de condiciones clínicas en las cuales la deposición de aerosol no solo utiliza las vías aéreas como órgano blanco, sino que minimiza los efectos sistémicos del medicamento. Las enfermedades para las cuales se prescriben los IDM incluyen asma y EPOC [54, 55].

### **Ventajas**

- Portátil y compacto.
- Tiempo de tratamiento corto
- Dosis emitidas reproducibles.

## **Desventajas**

- La coordinación mano-respiración es difícil para algunos pacientes.
- Requiere un patrón de inhalación apropiado (inspiración lenta a capacidad pulmonar total) y sostener la respiración, lo cual puede ser difícil para algunos pacientes.
- Es difícil determinar cuándo la canastilla está vacía sino se cuenta con contador.
- Alta impactación orofaríngea, a menos que sea usada una aerocámara o un espaciador.
- El hecho de no agitar el IDM puede alterar la dosis del medicamento.
- Entrega sólo concentraciones fijas del medicamento.
- Ha ocurrido reacción a proponentes o excipientes en algunos pacientes.
- Aspiración de cuerpos extraños desde la boquilla llena de residuos.
- Rango limitado de drogas.

## **Técnica correcta de uso de IDM en niños mayores y adultos que puedan coordinar la respiración [56, 57]**

- El paciente debe estar en posición sentada, o de pie, para permitir el máximo de expansión torácica.
- Retirar la tapa del inhalador.
- Agitar vigorosamente el inhalador por diez segundos.
- Inspeccionar visualmente la inhala cámara aerochamber para verificar que no haya objetos extraños y asegurarse que todas las partes estén firmes.

- Adaptar la boquilla del inhalador al dispositivo de extensión o inhala cámara y corroborar que se encuentre bien ajustada. Hágalo en forma de L en el extremo opuesto de la inhala cámara.
- Realizar una espiración normal por la boca con los labios recogidos y extender el cuello (llevar la cabeza hacia atrás), seguidamente adaptar la boquilla de la inhala cámara a la boca del paciente, sellándola con los labios de tal manera que se evite escape por estos.
- Iniciar una inspiración lenta y sostenida mínimo dos segundos, simultáneamente presione hacia abajo la base del contenedor de aluminio en aerosol dosificador con el dedo índice y medio para efectuar el disparo, no retirar la boquilla de la inhala cámara de la boca hasta finalizar la toma de aire.
- Sostener la respiración durante diez segundos si es posible, terminar el procedimiento pasando saliva y botando el aire por la nariz.
- Retirar el sistema y esperar entre 15 y 30 segundos para repetir la maniobra.
- Después de usar el inhalador retire el espaciador y coloque la tapa.

### **Técnica correcta para el uso de IDM con inhalocámara en pacientes que no pueden coordinar la respiración [54, 55]**

- El paciente debe estar en posición sentada, o de pie, para permitir el máximo de expansión torácica.
- Retirar la tapa del inhalador.
- Agitar vigorosamente el inhalador por diez segundos.
- Inspeccionar visualmente la inhala cámara aerochamber para



verificar que no haya objetos extraños y asegurarse que todas las partes estén firmes.

- Adaptar la boquilla del inhalador a la inhalocámara con la máscara oronasal y corroborar que se encuentre bien ajustada. Hágalo en forma de L en el extremo opuesto de la inhalocámara.
- Llevar la cabeza hacia atrás y adaptar el sistema anterior a la boca y nariz del paciente, sin permitir escapes que puedan impedir el suministro de medicamentos. La válvula de exhalación permite que el paciente espire con comodidad y respire normalmente.
- Al comenzar la inhalación activar el IDM, de esta manera se rocía el medicamento. Esperar unos pocos segundos (cinco a diez) e indicar al paciente que realice varias respiraciones lentas y profundas hasta que la nube de aerosol en la inhalocámara no sea visible.
- Retirar el sistema y esperar 15 a 30 segundos para repetir la maniobra
- Después de usar el inhalador retire el espaciador y coloque la tapa

### **Limpieza del IDM** (una vez por semana o cuando sea necesario)

- Observe el agujero por donde se libera el medicamento desde el inhalador. Limpie el inhalador si se observa polvo dentro o alrededor del agujero.
- Remueva la canastilla de metal desde la boquilla.
- Sostenga la canastilla de manera que no se moje.
- Limpie las partes plásticas del equipo utilizando jabón neutro y agua (nunca enjuague la canastilla metálica o la ponga en agua).
- Deje que las partes plásticas se sequen al aire (por ejemplo, durante la noche).

- Vuelva a colocar la canastilla dentro de la boquilla y vuelva a colocar la tapa.
- Evalúe el IDM, realizando un puff al aire.

**Talleres:** En aras de garantizar el desarrollo de habilidades prácticas se llevaron a cabo talleres sobre los tópicos antes señalados (succión de vía aérea e inhaloterapia). El objetivo de la capacitación fue presentar las pautas prácticas, para la realización de las modalidades de intervención. Además de los temas respiratorios abordados los sujetos involucrados en el estudio fueron reentrenados en reanimación básica. Los responsables de los talleres fueron docentes y estudiantes de último semestre del programa de Terapia Respiratoria.

**Figura 6. Registro fotográfico de talleres.**





**Fuente:** Elaboración propia. Tomado de Todomed, 2018.

#### **Fase IV. Evaluación post intervención**

Tras culminar la fase de intervención, los cuidadores secundarios capacitados fueron evaluados con el fin de evidenciar el conocimiento adquirido. La evaluación se realizó en dos momentos; en primera instancia una vez terminados los módulos planteados en la estrategia educativa utilizando los cuestionarios implementados durante la fase diagnóstica; lo anterior con el propósito de garantizar una comparación precisa. Por otro lado, un año después los cuidadores fueron contactados a través de la empresa para la que laboran, para contestar los mismos cuestionarios sin previa capacitación con el propósito de establecer si los conocimientos persistían en el tiempo.

### **3.6 Plan de análisis.**

La información recolectada a partir de los cuestionarios se registró inicialmente en una base de datos del programa Microsoft Excel, la cual contenía todas las variables a estudio. Para la verificación de los datos digitados se revisó de manera aleatoria el 10% de los registros en busca de duplicaciones o errores de digitación que pudiesen generar alteraciones de en los análisis posteriores.

Una vez verificada la base de datos, se procedió a realizar el análisis estadístico en el paquete estadístico SPSS versión 24. Inicialmente se determinó la normalidad de la distribución de las variables cuantitativas utilizando el test de Shapiro Wilk considerando que éstas se ajustaban a la distribución normal cuando se obtuvo una  $P > 0,05$ .

Con relación a las variables cualitativas es importante mencionar que se expresaron como valores absolutos o porcentajes y las cuantitativas de acuerdo a su distribución como promedio o mediana con su respectiva medida de dispersión (desviación estándar y distancia P25-P75 respectivamente), para establecer las diferencias en la aprobación de cada pregunta en la fase diagnóstica, en la pos evaluación; para la evaluación al año de la implementación del programa se utilizó el test de Q de Cochran, por otro lado la diferencia en el puntaje global de los exámenes se determinó haciendo uso de la prueba de Friedman considerando una P menor a 0.05 como estadísticamente significativa.



## CAPÍTULO IV RESULTADOS

### Results

Freiser Eceomo Cruz Mosquera\*   
<https://orcid.org/0000-0001-7584-4636>

Un total de 33 cuidadores secundarios con formación técnica en enfermería fueron incluidos en el análisis, la mayoría de sexo femenino (97%); el 64% se encontraba en edades entre los 18 y 27 años y un 9% estaba por encima de los 37 años. Con relación al nivel socioeconómico, los participantes eran de estrato 1 a 3; el estrato más frecuente fue el dos (58%) seguido del estrato 1 (30%).

**Tabla 2. Variables sociodemográficas de los cuidadores domiciliarios evaluados un año después del programa educativo.**

	n	%
<b>Sexo</b>		
Masculino	1	3

---

\* Universidad Santiago de Cali. Cali, Colombia

✉ [freiser.cruz00@usc.edu.co](mailto:freiser.cruz00@usc.edu.co)

### Cita este capítulo

---

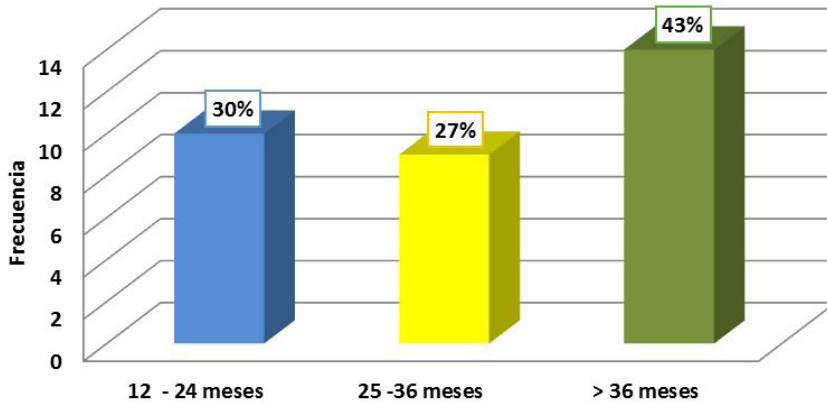
Cruz Mosquera, FE. Resultados. En: Naranjo Rojas, A. (ed. científica). *Escuela de cuidadores: un programa educativo en la hospitalización domiciliaria*. Cali, Colombia: Editorial Universidad Santiago de Cali; 2020. p. 93-99.

Femenino	32	97
<b>Edad (años)</b>		
18 - 27	21	64
28 - 37	9	27
38 - 47	2	6
≥ 48	1	3
<b>Escolaridad</b>		
Técnicos	33	100
<b>Nivel socioeconómico</b>		
1	10	30
2	19	58
3	4	12

**Fuente:** Elaboración propia, 2019.

Al indagar sobre los aspectos laborales, con relación al tiempo de experiencia profesional, particularmente en el área de cuidado domiciliario se evidencia que la mayoría cuenta con una experiencia mayor a 36 meses (43%) y un 30% ha laborado en el área entre 12 y 24 meses. Ver Gráfica 1.

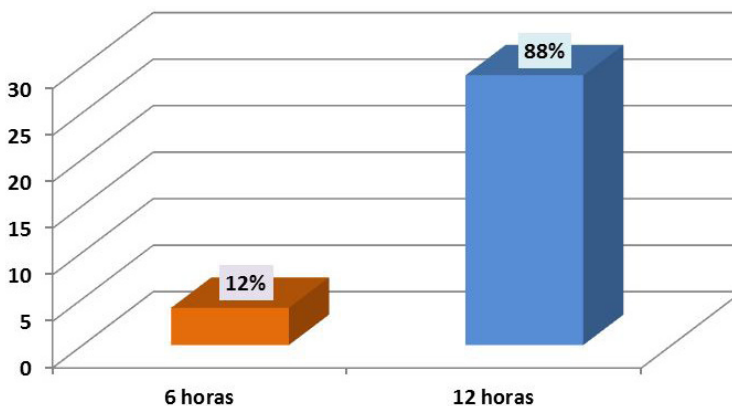
**Gráfico 1. Experiencia profesional de los cuidadores secundarios estudiados.**



**Fuente:** Elaboración propia, 2019.

Por otro lado, en lo concerniente al número de horas que habitualmente los participantes dedican diariamente a la realización de tareas de carácter asistencial en el domicilio se encuentra que el 88% asume una intensidad horaria de 12 horas. Ver gráfico 2.

**Gráfico 2. Horas dedicadas al cuidado del paciente en el entorno domicilio.**



**Fuente:** Elaboración propia, 2019.

Con relación a la evaluación diagnóstica que se realizó para determinar los conocimientos esenciales sobre lo relacionado con la succión de vía aérea se destaca que el 67% logró identificar con precisión todos los elementos de bioseguridad que se deben utilizar para el procedimiento, el 70% manifestó reconocer cómo se determinaba la medida de inserción de la sonda; sólo el 48% conocía con precisión el tiempo que debe durar el procedimiento y el 45% desconocía la mano con la que se debe sostener la sonda durante la ejecución de esta modalidad de intervención. Es importante resaltar que una baja proporción conocía lo relacionado con el desecho de la zona (30%), ver tabla 3. El puntaje promedio obtenido fue de  $16 \pm 4$  y la proporción global de aprobación del examen 48%.

Al realizar el análisis comparativo por pregunta en la fase diagnóstica, post intervención y seguimiento (un año para establecer si los conocimientos persisten) se evidencia que en la mayoría de las preguntas existió un incremento en la proporción de aprobación entre el test diagnóstico y el post test, y una persistencia o aumento del conocimiento al año.

En ese sentido se puede verificar en los ítems más bajos en la fase diagnóstica que la proporción de sujetos que conocían el orden en que se debe desarrollar el procedimiento mostro un aumento estadísticamente significativo a lo largo de los tres momentos (30% vs 36% vs 82%  $P=0,001$ ) lo mismo ocurre en lo relacionado con el desecho de la sonda de succión (36% vs 82% vs 91%  $P=0,01$ ) la identificación de la técnica correcta (55% vs 97% vs 100%  $P=0,001$ ) y la manera como se determina la inserción de la sonda( 70% vs 82% vs 100%  $P=0,02$ ).



En aspectos como la verificación de los dispositivos requeridos para el procedimiento, el conocimiento fue similar en los tres momentos. Referente al porcentaje global de aprobación del test se evidencia que aumenta a 90% en el post test y 94% en el seguimiento. Ver tabla 3.

**Tabla 3. Comparación de la aprobación de los ítems del cuestionario de succión de vía aérea aplicado a cuidadores domiciliarios en la fase diagnóstica, post intervención y seguimiento.**

Test succión de vía aérea				
Ítem	Diagnóstico n(%)	Post test n(%)	Seguimiento n (%)	Valor P
Uso de bioseguridad	22(67)	32(97)	33(100)	0,001
Verificación del equipo	33(100)	30(91)	33(100)	0,05
Medida de la sonda	23(70)	27(82)	33(100)	0,02
Tiempo de succión	16(48)	32(97)	30(91)	0,001
Técnica correcta	18(55)	32(97)	33(100)	0,001
Tiempo de recuperación de la Saturación de Oxígeno	22(67)	32(97)	31(94)	0,001
Desecho de la sonda	12(36)	27(82)	30(91)	0,01
Orden de ejecución de la técnica	10(30)	12(36)	27(82)	0,001

**Fuente:** Elaboración propia, 2019.

Referente a la evaluación diagnóstica sobre los conceptos básicos de la inhaloterapia, se pudo evidenciar que la frecuencia de

aprobación por pregunta es más alta que el test anterior; algunos ítems en donde se evidenciaron debilidades fueron: el conocimiento sobre las indicaciones de uso de la cámara espaciadora (64%), sólo el 57% sabe cuánto tiempo debe durar la pasa inspiratoria que se le indica al paciente en aras de garantizar un mayor depósito del medicamento, el 25% no recomienda la realización de la higiene bucal posterior al procedimiento y el 43% no sabe cuál es el método idóneo para medir la cantidad de medicamento que tiene el IDM. Ver tabla 4. Con relación al puntaje promedio obtenido fue de  $24 \pm 1,9$  y la proporción de aprobación del examen 70%.

Al realizar el análisis comparativo por pregunta en la fase diagnóstica, post intervención y seguimiento se encuentra que en la mayoría de las preguntas la proporción de aprobación (baja y alta) se mantuvo desde la fase diagnóstica hasta el seguimiento y en tres ítems hubo un incremento significativo.

En coherencia con lo anterior se puede apreciar que al principio sólo el 64% tenía claro los aspectos relacionados con el uso de la inhalo cámara, pasando al 79% posterior a la intervención y al 97% al año ( $P=0,002$ ). Una distribución similar mostró variables como la recomendación de la higiene bucal posterior a la utilización del IDM (75% vs 94% vs 97%  $P= 0,02$ ) y la medición de la cantidad de medicamentos que queda en el IDM aunque en la última medición el conocimiento había disminuido (57% vs 91% vs 82%  $P= 0,006$ ) Ver tabla 4.

Referente al porcentaje global de aprobación del test se evidencia que aumenta a 94% en el post test y 98% en el seguimiento.

**Tabla 4. Comparación de la aprobación de los ítems del cuestionario de inhaloterapia aplicado a cuidadores domiciliarios en la fase diagnóstica, post intervención y seguimiento.**

Test Inhaloterapia				
Ítem	Diagnóstico n(%)	Post test n(%)	Seguimiento n (%)	Valor P
Uso de bioseguridad	33(100)	32(97)	32(97)	0,3
Verificación del estado de IDM	31(94)	31(94)	33(100)	0,7
Instrucción al paciente	33(100)	31(94)	32(97)	0,36
Indicaciones de la inhaloterapia	33(100)	31(94)	33(100)	0,13
Postura del paciente	32(97)	33(100)	33(100)	0,36
Tiempo de agitación del IDM	33(100)	30(91)	30(91)	0,22
Uso de la inhala cámara	21(64)	26(79)	32(97)	0,002
Adecuada inhalación	21(64)	20(61)	28(85)	0,07
Pausa respiratoria	19(57)	18(55)	23(70)	0,31
Higiene bucal	25(75%)	31(94)	32(97)	0,02
Medición de la cantidad de dosis del IDM	19(57%)	30(91)	27(82)	0,006

**Fuente:** Elaboración propia, 2019.

Para finalizar, al comparar el promedio de puntaje global obtenido en las pruebas de succión de vía aérea e inhaloterapia, en los tres momentos se evidencia un incremento progresivo.

**Tabla 5. Comparación del puntaje global de los test de succión de la vía aérea e inhaloterapia.**


	Diagnóstico	Post test	Seguimiento	Valor P
	(n:33)	(n:33)	(n:33)	
<b>Puntaje global test de succión de vía aérea</b>	16±4	21±1,9	22±1,8	0,001
<b>Puntaje global test de inhaloterapia</b>	24± 1,9	25±1,4	28±1,5	0,01

**Fuente:** Elaboración propia, 2019.



## CAPÍTULO V. DISCUSIÓN, CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

Discussion, Conclusions and Recommendations

Anisbed Naranjo Rojas\*   
<https://orcid.org/0000-0001-7676-8284>

### 5.1. Discusión

En la presente investigación se identificó que la intervención educativa dirigida a los cuidadores secundarios de pacientes con afecciones respiratorias en atención domiciliaria, es efectiva para aumentar los conocimientos en temas del cuidado respiratorio en casa; también se logró evidenciar que dichos conocimientos permanecieron por un tiempo (un año) al realizar el seguimiento de la intervención educativa.

Esta intervención educativa repercutirá en las diferentes actividades de manejo en los cuidadores secundarios, las cuales se realizarán

---

\* Universidad Santiago de Cali. Cali, Colombia  
✉ [anisbed.naranjo00@usc.edu.co](mailto:anisbed.naranjo00@usc.edu.co)

### Cita este capítulo

---

Naranjo Rojas, A. Materiales y métodos. En: Naranjo Rojas, A. (ed. científica). *Escuela de cuidadores: un programa educativo en la hospitalización domiciliaria*. Cali, Colombia: Editorial Universidad Santiago de Cali; 2020. p. 100- 106.

con responsabilidad, bajo los criterios correspondientes a la hora de implementar las buenas prácticas en tiempos oportunos, minimizando las complicaciones por iatrogenias y desconocimiento en una situación de alarma.

Contrastando los resultados de la presente investigación con los resultados del estudio publicado por Rangel Flores et al; concordaron en que, la efectividad de implementar intervenciones educativas para los cuidadores, aumentó y afianzo el conocimiento como estrategia de prevención para posibles complicaciones del paciente con hospitalización en casa [58].

El presente estudio encuentra resultados afines con la investigación realizada por María José Menor Rodríguez et al [3], los cuales identifican que las intervenciones educativas están dirigidas a fomentar hábitos de vida saludables, prevenir las enfermedades y mejorar la calidad de vida, se consideran un pilar fundamental para la atención de la salud. Además, se evidencia que este tipo de intervención educativa incluye varias actividades, como el autoanálisis y las estrategias comunicativas de tipo informativo con el apoyo de medios que permiten el intercambio de información.

En otra investigación realizada por Achury Saldaña et al, se identificó que ampliar el conocimiento sobre la enfermedad y sus cuidados en los familiares y/o cuidadores beneficia la capacidad de anticipación a un evento, proporciona seguridad, tranquilidad y asertividad, alcanzando en sus evaluaciones un nivel medio-alto en conocimientos y anticipación; comparando estos resultados con la presente investigación, se logró evidenciar que los cuidadores pudieron afianzar niveles altos de conocimientos una vez realizadas las actividades en el programa de educación, esto impactara en la

confianza y las futuras intervenciones en el cuidado del paciente en el domiciliario [59].

Al comparar la presente investigación con el estudio realizado por Rodríguez et al, se logra evidenciar que sus resultados son muy similares; las investigaciones demuestran la eficacia de los programas educativos, para aumentar los conocimientos del paciente, cuidadores y familia acerca de la enfermedad. En este sentido Rodríguez et al mencionan que “Las sesiones grupales favorecen la comunicación entre el cuidador, el paciente y la familia, lo que contribuye a aumentar el grado de satisfacción en la atención recibida” [60].

Los resultados de este estudio coinciden con los obtenidos por Proenza L. et al; en cuanto al tiempo de evaluación y efectividad de realización del programa educativo, ambos estudios tomaron como tiempo de medición de los conocimientos adquiridos del programa después de tres meses para efectuar los tests de valoración de conocimientos, encontrando resultados significativos en el aumento del nivel de conocimientos después de realizar la intervención educativa [61].

Se logra evidenciar que los programas educativos dirigidos a cuidadores de pacientes, tienen efectos muy positivos en la adquisición o fortalecimiento de los conocimientos para el manejo de la enfermedad que cursan; también dentro de los beneficios se encuentra la disminución de posibles iatrogenias y/o complicaciones que se puedan presentar por la falta de reconocimiento de signos de alarmas [62].

Los resultados de este estudio representan los beneficios de educar y entrenar al personal del cuidado respiratorio, en especial los cuidadores secundarios, (auxiliares de enfermería), quienes son los encargados de actuar en momentos importantes cuando el profesional encargado no está en casa. La intervención del terapeuta respiratorio, a través de propuestas integrales y holísticas facilita la comprensión de experiencias humanas, especialmente aquellas que tienen lugar en entornos domiciliarios en salud, donde las personas sufren transformaciones de índole biopsicosocial que ameritan abordarse desde todas las perspectivas con miras a generar mayores niveles de comprensión acerca del manejo en casa [63].

Es importante resaltar que las funciones y manejo del terapeuta respiratorio en el domicilio deben incluir también al cuidador, lo cual puede tener diferentes utilidades, como la disminución de complicaciones y/o iatrogenias derivadas del desconocimiento en el manejo integral de las patologías. Además, redundan en conseguir una mejor calidad de vida de la persona cuidada, ya que, si el cuidador recibe formación, soporte emocional y ayuda técnica e instrumental por parte del terapeuta respiratorio, éste será capaz de cuidar mejor al paciente a cargo y además prevenir su re-hospitalización [64].

Para el continuo mejoramiento de los procesos en el manejo de pacientes con hospitalización domiciliaria es necesaria la búsqueda de nuevas vías de capacitación de este personal, lo cual contribuye a fomentar una de las bases primordiales para la prestación de servicios de salud, como es la educación, con temas y entrenamiento que resulten apropiados para enfrentar las necesidades de la población. Dado que cada vez se cuenta con

más trabajadores en el ámbito domiciliario en salud en nuestro país es preciso que se desarrolle la Educación Permanente, la cual comienza con la existencia de un problema o situación real que conduce a la identificación de necesidades de aprendizaje que generen las soluciones correspondientes [64].

Otra investigación denota, que la educación en salud es un proceso planificado encaminado a incentivar a las personas a adoptar nuevas actitudes, comportamientos y a utilizar los servicios existentes [68]. La educación en salud se desarrolla sobre la base de las inquietudes de los individuos, las necesidades que se perciben, las creencias y las prácticas culturales, y promueve el diálogo, el intercambio de información y una mayor comprensión entre los actores sociales. En la atención domiciliaria es importante la comunicación participativa, con plena equidad entre cuidador-paciente-profesional. Con lo anterior se logra evidenciar que varios autores han tratado de establecer cualidades de carácter educativo que incrementan la efectividad del proceso de comunicación en la educación para la salud [68].

## **5.2 Conclusiones**

Al describir las características sociodemográficas se logra evidenciar que la mayoría eran mujeres, una población joven, con una experiencia mayor a un año, en su mayoría el estrato socioeconómico se encuentra en el grado dos, y la mayoría realiza el cuidado a pacientes con afecciones respiratorias mayor a 12 horas.



El nivel de conocimiento previo al programa educativo fue bajo; después de la intervención del programa en los cuidadores se logró estimar que aumentó el nivel de conocimiento a alto, y al comparar los resultados previos y posteriores a la ejecución del programa se logra concluir que sí es efectivo educar a los cuidadores para mejorar la atención de los pacientes domiciliarios.

Al realizar la evaluación después de un seguimiento de un año, se logra evidenciar la efectividad de una intervención educativa para cuidadores secundarios de pacientes con hospitalización domiciliaria, encaminada a la participación y capacitación del individuo, evidenciando que los beneficios perduran parcialmente en el tiempo hasta doce meses después, con una estrategia básica de mantenimiento; adicionalmente cabe destacar la necesidad de realizar investigaciones futuras con una población mayor o igual a la actual y de esta manera corroborar la efectividad de dichas intervenciones.

Se concluye que un aspecto importante a resaltar es, que las instituciones dedicadas al cuidado domiciliario en salud, deben continuar fortaleciendo los conocimientos de sus cuidadores a través de programas formales de educación y de actualización continua del manejo del paciente domiciliario.

Por otro lado, los programas de educación brindados al cuidador deben contar con espacios para la ejecución de los mismos; además es importante que dichos programas de educación cuenten con seguimientos y evaluaciones continuas que permitan medir la adherencia de estos programas. Por tal motivo es importante continuar con investigaciones en el ambiente domiciliario, lo cual permitirá generar indicadores de calidad para las instituciones, generando nuevos conocimientos a través de la investigación.

La educación dirigida a los cuidadores de pacientes de programas de atención en casa se convierte en una estrategia muy importante para realizar intervenciones oportunas dentro de los planes de atención de terapia respiratoria enfocados a fortalecer los conocimientos y destrezas adquiridas, promoviendo una cultura del cuidado del cuidador. Finalmente, esta investigación permite desarrollar posibles hipótesis que den inicio a nuevas investigaciones.

### **5.3 Recomendaciones**

Es importante desarrollar protocolos para mejorar la calidad de atención del paciente domiciliario a través de la investigación, lo cual implica desarrollar futuros estudios con tamaños de muestras más grandes con el fin de establecer medidas de intervención que permitan estandarizar y validar los instrumentos utilizados para evaluar y medir el nivel de conocimiento.

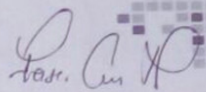
Se recomienda realizar programas educativos para los cuidadores, debido a que es una ganancia de conocimiento y se puede observar el cambio de actitudes frente a la realización del cuidado, desarrollando en ellos más habilidades frente a su desempeño diario, evitando así complicaciones prevenibles que pueden hacer que los pacientes tengan un deterioro o repetidas exacerbaciones de su enfermedad, también que sepan cómo actuar en situaciones en las cuales no está presente el terapeuta respiratorio.

Cabe mencionar que es pertinente continuar con investigaciones en el ambiente domiciliario, lo cual permitirá generar indicadores de calidad para las instituciones, generando nuevos conocimientos.



## ANEXOS

### Anexo A. Aval comité de ética Facultad de Salud, Universidad Santiago de Cali.



**USC** **La Santiago**  
UNIVERSIDAD **transforma**  
SANTIAGO **tu mundo**  
DE CALI

UNIVERSIDAD SANTIAGO DE CALI  
COMITÉ CIENTIFICO DE ETICA Y BIOETICA - "CEB-USC"  
FACULTAD DE SALUD

Santiago de Cali, 6 de mayo del 2016

Doctor(a): ANISBED NARANJO  
Docente del Programa de Terapia Respiratoria  
E. S. M.

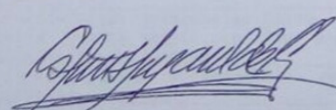
Asunto: Solicitud de Aval para el Anteproyecto de Investigación titulado: **EFFECTOS DE UN PROGRAMA EDUCATIVO DE CUIDADOS PRIMARIOS DE PACIENTES CON AFECCION RESPIRATORIA EN ATENCION DOMICILIARIA EN EL AÑO 2016.**


El comité Científico de Ética y Bioética de la Universidad Santiago de Cali - "CEB-USC" - Facultad de Salud en la sesión del 29 de abril de 2016 según Acta N° 6, en uso de sus funciones para las cuales fue creado, resuelve:

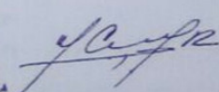
**OTORGAR EL AVAL DESDE EL PUNTO DE VISTA ÉTICO Y BIOÉTICO**, al anteproyecto referido en el asunto anterior, con la (s) siguiente (s) recomendación (es).

- Si durante el desarrollo del proyecto de Investigación, el equipo investigador encuentra alguna(s) situación(es) anormal(es) que pueda(n) perjudicar, o alterar el objeto involucrado en el estudio, se debe informar de inmediato a este comité, ya que cualquier hallazgo en este sentido, puede variar el curso de la investigación.
- Se solicita tener en cuenta las observaciones y sugerencias anotadas en la forma de análisis del anteproyecto anexa

Atentamente,

  
**GLORIA LIZARRALDE**  
Presidenta del Comité de Ética

  
COMITÉ ÉTICA Y BIOÉTICA  
FACULTAD DE SALUD

  
**MARIA DEL CARMEN MUÑOZ RICO.**  
Secretaria del Comité de Ética

CC: Archivo del CEB-USC-Facultad de Salud

## BIBLIOGRAFÍA

1. Sánchez B. La experiencia de ser cuidadora de una persona en situación de enfermedad crónica. Investigación y educación en Enfermería. 2001; XIX (2): p. 36-51.
2. Quizán Plata T, Barragán AC, Esparza Romero EJ, Orozco García ME, Espinoza López A, Bolaños Villar AV. Efectividad del programa Promoción de alimentación saludable en estudiantes de escuelas públicas del estado de Sonora. *Estud Soc [revista en Internet]*. 2013 [citado 24 May 2016];21(42):[aprox. 9p]. Disponible en: [http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0188-45572013000200008](http://www.scielo.org.mx/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0188-45572013000200008)
3. Menor Rodríguez María, Aguilar Cordero María, Mur Villar Norma, Santana Mur Cinthya. Efectividad de las intervenciones educativas para la atención de la salud. Revisión sistemática. *Medisur [Internet]*. 2017 Feb [citado 2019 Feb 24] ; 15(1): 71-84. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1727-897X2017000100011&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1727-897X2017000100011&lng=es)
4. Peñaranda F, Bastidas M, Torres N, Trujillo J, Otálvaro-Orrego JC. Educación para la crianza en un programa de atención a la niñez: lecciones para la salud pública. *Rev Fac Nac Salud Pública* 2017; 35(1):39-48. DOI: 10.17533/udea.rfnsp.v35n1a05)
5. Naranjo-Rojas A, Arango-Arango AC, Arzusa-Jaramillo MJ, Giraldo MA. Estrategia educativa en el reconocimiento de signos de alarma respiratorios por parte de madres comunitarias del programa Familia, Mujer e Infancia del Instituto Colombiano de Bienestar Familiar, Colombia.

- Arch Med (Manizales) 2018; 18(2):364-2. DOI: <https://doi.org/10.30554/archmed.18.2.2750.2018>
6. Velásquez V. Caracterización del riesgo familiar total en familias con adultos mayores con discapacidad, Patio Bonito, Localidad Kennedy, Bogotá, 2005. *Avances en Enfermería*. 2009; 27(1):69-81.
  7. Velásquez V, López L, López H, Cataño N, Muñoz E. Efecto de un programa educativo para cuidadores de personas ancianas: una perspectiva cultural. *Rev. Salud Pública*. 2011 Disponible en: [http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0124-00642011000400006&lng=en](http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0124-00642011000400006&lng=en)
  8. Manoel Imazu MF, Nascimento Faria B, Oliveira de Arruda G, Sales C, Silva Marcon S. Efectividad de las intervenciones individual y en grupo en personas con diabetes tipo 2. *Rev Latino-Am Enfermagem*. 2015;23(2):200-7
  9. Roecker S, Marcon SS. Educação em saúde na estratégia saúde da família: o significado e a práxis dos enfermeiros. *Esc Anna Nery*. 2011 out-dez;15(4):701-9.
  10. Vergara Mercado M. Confiabilidad del Instrumento “Habilidad de cuidado de los cuidadores familiares de personas con enfermedad crónica”, Montería, 2010. [Tesis doctoral]. Bogotá: Universidad de Cartagena; 2010.
  11. Astudillo W, Mendinueta C, Granja P. Cómo apoyar al cuidador de un enfermo en el final de la vida. *Psicooncología*. 2008; 5(2): p. 359-38

## **Bibliografía**

12. Naranjo A. Cuidado Respiratorio en Casa. Cali: Editorial USC; 2015
13. Barrera-Ortíz, L., Pinto-Afanador, N., Sánchez-Herrera, B. Evaluación de un programa para fortalecer a los cuidadores familiares de enfermos crónicos. *Revista de Salud Pública*, 82, 141-152. 2006. Disponible en: <http://doi.org/10.1590/S0124-00642006000200002>
14. Kalra, L., Evans, A., Pérez, I., Melbourn, A., Patel, A., Knapp, M. Un programa educativo a cuidadores de pacientes con ACV reduce los costes y la sobrecarga de los cuidadores. *FMC - Formación Médica Continuada. 2004 Atención Primaria*, 11(8), 530. Disponible en: [http://doi.org/10.1016/S1134-2072\(04\)76211-8](http://doi.org/10.1016/S1134-2072(04)76211-8)
15. Toquero F, Zarco J. Guía de buena práctica clínica en atención domiciliaria. Madrid: International Marketing y communication; 2005. Capítulo 1, Conceptos y características de la atención domiciliaria; 9-16
16. Aguirreche J, Granadillo B, Lobo O. Abordaje de atención médica domiciliaria al paciente terminal oncológico, barrio San José, Santa Ana de Coro. *Médico de Familia* 2009; 17(2):21-26
17. Mitre R, Suárez M, Llopis A, Cotta J, Real E, Díaz J. La hospitalización domiciliaria: antecedentes, situación actual y perspectivas. *Revista Panamericana de Salud Pública* 2001; 10(1): 45-55

18. Suárez M. Atención integral a domicilio. Rev. Méd. La Paz 2012; 18 (2): 52-58
19. Castillo J. Análisis del origen, situación y perspectivas de futuro del proceso de descentralización sanitario español. Rev Española Salud Publica 1998; 72(1):1-15.
20. González G, Cueto-Felgueroso J, García CA, Menéndez AG. La hospitalización a domicilio: una alternativa a la hospitalización convencional. Medicina Integral 1995; 25(4): 151-155.
21. Raffy N. La hospitalización a domicilio: un lugar marginal dentro de los sistemas sanitarios. Rev Gerontol 1997;7: 5-9.
22. Stessman J, Hammerman-Rozenberg R, Cohen Home hospitalization in the spectrum of community geriatric care. Disabil Rehabil 1997;19(4):134-141
23. Barrera L, Galvis C, Moreno M, Pinto N, Pinzón L, Romero E, et al. La habilidad de cuidado de los cuidadores familiares de personas con enfermedad crónica. un estudio comparativo de tres unidades académicas de enfermería. Investigación y Educación en Enfermería 2006; 24(1):36-46
24. González MDD. Hospitalización a domicilio. 1998
25. Sanchez M, Fuentes G. Gestión clínica de programas de atención domiciliaria. Rev CES Salud Pública. 2016; 7(2):
26. Arnedo CF. Modelos de la organización de la atención domiciliaria. JANO. 2006; 1612: p. 47-48.

## **Bibliografía**

27. Vega R., Acosta N., Mosquera P., Restrepo M. La política de salud en Bogotá, 2004-2008. Análisis de la experiencia de atención primaria integral de salud. *Medicina Social*. 2008; 3(2).
28. González J, Valdivieso B, Ruiz V. Hospitalización a domicilio. *Med Clin*2002; 118: 654 - 64.
29. Quiñonez E, González G, Narváez M, Pantoja E. Atributos de la calidad en la atención integral a pacientes domiciliarios de la ips san miguel s.a.s. del municipio de pasto 2016 (tesis de especialización) Medellín: Universidad CES;2016
30. Barrera-Ortíz, L., Pinto-Afanador, N. & Sánchez-Herrera, B. Evaluación de un programa para fortalecer a los cuidadores familiares de enfermos crónicos. *Revista de Salud Pública*, 82, 141-152. 2006 Disponible en: <http://doi.org/10.1590/S0124-00642006000200002>
31. Larrañaga, I., Martín, U., Bacigalupe, A., María Begiristáin, J., José Valderrama, M., Arregi, B. Impacto del cuidado informal en la salud y la calidad de vida de las personas cuidadoras: análisis de las desigualdades de género. *Gaceta Sanitaria*, 22(5), 443-450. 2008 Disponible en: <http://doi.org/10.1157/13126925>
32. Moreno Puerta R, González San S. Organización de la atención domiciliaria. *JANO*. 2008; 1708: p. 33-36.
33. Rodríguez Morera A, Roca Casademont R, Planes M, Gra ME, Bayés R. Percepción subjetiva del paso del tiempo en



- el enfermo y el cuidador primario en Cuidados Paliativos hospitalarios. *Medicina paliativa*. 2008; 15(4): p. 200-204.
34. Buscemi. Consecuencias emocionales del cuidar y necesidades insatisfechas del cuidador primario. *Medicina Paliativa: Resúmenes de ponencias*. 7o Congreso de la SECPAL. 2008; 15(supl 1): p. 28.
  35. Fornells HA. Cuidados Paliativos en el domicilio. *Acta Bioethica*. 2000 June; 6(1).
  36. López-Ávila J, Enriquez-Reyna M, Moreno-Aguirre D, López-Aguilera R, Herrera-Castillo J. Mejora en el conocimiento y la ansiedad de los cuidadores del paciente con traqueostomía después de asesoría personalizada. *Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social*. 2017. Disponible en: <http://new.medigraphic.com/cgi-bin/resumen.cgi?IDARTICULO=73561>
  37. Achury Saldaña, D., Restrepo Sánchez, A., Torres Castro, N., Buitrago Mora, A., Neira Beltrán, N., Florez, P. Competencia de los cuidadores familiares para cuidar a los pacientes con falla cardíaca. *Revista Cuidarte*, 8(3), 1721-32. 2017 Disponible en: [doi:http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.v8i3.407](http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.v8i3.407)
  38. Larrañaga, I., Martín, U., Bacigalupe, A., María Begiristáin, J., José Valderrama, M., Arregi, B. Impacto del cuidado informal en la salud y la calidad de vida de las personas cuidadoras: análisis de las desigualdades de género. *Gaceta Sanitaria*, 22(5), 443-450. 2008 Disponible en: <http://doi.org/10.1157/13126925>

## **Bibliografía**

39. Olagunju AT, Asoegwu CN, Campbell EA, Akinbode AA, Aina OF, Nwawolo CC. Impact of emotional distress on caregivers burden among Nigerian children with Obstructive Adenotonsillar hypertrophy. *Int J Pediatr Otorhinolaryngol*. Elsevier Ireland Ltd; 2015; 79(6):858–62. Disponible en: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijporl.2015.03.018>
40. Martínez Llorente, T., Serrano Gallardo, P., Del Rincón Fernández, C., Martino Alba, R. Repercusiones en el cuidador principal del niño hospitalizado a domicilio en cuidados paliativos pediátricos. *Medicina Paliativa*. 2014 Disponible en: <http://doi.org/10.1016/j.medipa.2013.12.004>
41. Días P, Gómez A. Participación de la familia en el cuidado domiciliario a pacientes de 40 a 85 años con enfermedades crónico degenerativas y que fueron atendidos en el servicio de hospitalización del hospital del Instituto de Seguridad Social de Ibarra durante el período de enero a julio de 2008.
42. Arroyo, M.: «El proceso educativo y los procesos de desarrollo humano», en *Educadores*, vol. 35, núm. 166, abril-junio, Madrid. 1993
43. Perea Quesada, R. La educación para la salud, reto de nuestro tiempo. 2002
44. Larrauri, R. C. Comunicación y educación para la promoción de la salud. Lima. 2005. Disponible en: <http://www.google.com.razonypalabra.org.mx/libros/libros/comyedusalud.pdf>.

45. Haddad, J., Mojica, M., Chang, MI. Proceso de educación permanente en salud. *Educ Med Salud*, 21(1), 11-29. 1987
46. Figueroa, IV., Farías, MV., Alfaro, NA. Educación para la Salud: la importancia del concepto. *Rev. de Educación y Desarrollo*, 1. 2004
47. Sanabria Ramos, G. El debate en torno a la Promoción de Salud y la Educación para la Salud. *Revista Cubana de Salud Pública*, 33(2), 0-0. 2007
48. Donneys, E.C. Educación para la salud: Aspectos metodológicos. *Educación médica y salud*, 25, 194-202. 1991
49. Ministerio de Salud y Protección Social Orientaciones para el desarrollo de la Educación y Comunicación para la salud en el marco del Plan de Salud Pública de Intervenciones Colectivas – PIC. 2016. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/Vs/PP/ENT/orientaciones-educacion-comunicacion.pdf>
50. Abreu, O., Gallegos, M., Jácome, J., Martínez, R. La didáctica: epistemología y definición en la Facultad de Ciencias Administrativas y Económicas de la Universidad Técnica del Norte de Ecuador. *Formación Universitaria*, 2017; 10(3), 81-92. Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/3735/373551306009.pdf>.
51. Torres H., Girón DA. *Didáctica General*. San José, C.R: Coordinación educativa y cultural Centroamericana. Vol.9 2009. Disponible en: <http://unpan1.un.org/intradoc/groups/public/documents/icap/unpan039746.pdf>.

## **Bibliografía**

52. Gonzalez N. A, Martinez Mingo A, Eseberri Sagardoy M, Margall Coscojuela MA, Asiain Erro MC. Evaluación de la Competencia y Práctica de los Conocimientos Científicos de Enfermeras de la UCI en la aspiración endotraqueal de secreciones. *Enfermería Intensiva / Sociedad Española de Enfermería Intensiva y Unidades Coronarias*. 2004 Jul-Sep; 15(3): p. 101-111
53. Barani JC. Condiciones de Seguridad de los Enfermos en el proceso de aspiración de secreciones en las Vías Aéreas. *Archivos de Pediatría del Uruguay*. 1956 Jun; 27(6): p. 372-374.
54. Calle Rubio M, Molina París J, Plaza Moral V, Quirce Gancedo S, Sanchis Aldás J, Viejo Bañuelos JL. Terapia inhalada. Teoría y práctica. 2010 Disponible en: [http://issuu.com/separ/docs/terapia\\_inhalada.\\_teoria\\_y\\_practica](http://issuu.com/separ/docs/terapia_inhalada._teoria_y_practica)
55. Laube BL, Janssen HM, de Jongh FH, Devadason SG, Dhand R, Diot p, et al. What the pulmonary specialist should know about the new inhalation therapies. *European Respiratory Journal*. 2011; 37: p. 1308-1331.
56. Plaza V, Calle M, Molina J, Quirce S, Sanchis J, Viejo JL, et al. External Validation of the Recommendations of the Multidisciplinary Consensus About Inhaled Therapies. *Archivos de Bronconeumología*. 2012; 48(6): p. 189-196.
57. American Association for Respiratory Care. A guide to aerosol delivery devices for respiratory therapists, 2nd Edition Irving, TX; 2009

58. Flores, Y.R., Flores, M.H., Rangel, M.G. Enseñar a quien cuida el arte de cuidar: un programa educativo con cuidadores de pacientes politraumatizados. *Investigación y Educación en Enfermería*, 28(1), 73-82. 2010 Disponible en: <https://www.redalyc.org/pdf/1052/105215294010.pdf>
59. Achury Saldaña, D., Restrepo Sánchez, A., Torres Castro, N., Buitrago Mora, A., Neira Beltrán, N., Flórez, P. Competencia de los cuidadores familiares para cuidar a los pacientes con falla cardíaca. *Revista Cuidarte*, 8(3), 1721-32. 2017 Disponible en: [doi:http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.v8i3.407](http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.v8i3.407)
60. Rodríguez-Fernández, E., Domínguez-González, A., García-Dilla, P., García-Mesa, S., Núñez-Pedrosa, R., Sánchez-Jiménez, C. Desarrollo del programa de educación sanitaria del ictus agudo en el Hospital del Mar de Barcelona. *Revista Científica de la Sociedad Española de Enfermería Neurológica*, 33(1), 21-24. 2011
61. Proenza Fernández Leidys, Núñez Ramírez Leonor, Gallardo Sánchez Yurieth, de la Paz Castillo Katia Leonor. Modificación de conocimientos y estilos de vida en adultos mayores con enfermedad cerebrovascular. *MEDISAN*. 2012; 16(10): 1540-1547. Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S1029-30192012001000009&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1029-30192012001000009&lng=es).
62. López, J. A. L., Lloret, L. F., Aguilar, E. B. Implantación de programa personalizado de educación sanitaria a cuidadores: proyecto «Pie de cama». *Revista Científica de la Sociedad Española de Enfermería Neurológica*, 39(1), 11-21. 2014

## **Bibliografía**

63. Puello-Alcocer EC, Amador-Ahumada C, Ortega-Montes JE. Impacto de las acciones de un programa de enfermería con enfoque promocional y de autocuidado en la capacidad funcional de adultos mayores. Rev Univ. Salud. 2017; 19(2):152-162. DOI: <http://dx.doi.org/10.22267/rus.171902.78>
64. Álvarez Sintés R. Educación Permanente. Rev Cubana Med Gen Integr. 14(6): 519-521. 1998 Disponible en: [http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci\\_arttext&pid=S0864-21251998000600001&lng=es](http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-21251998000600001&lng=es).



## SOBRE LOS AUTORES

About the Authors

**Anisbed Naranjo Rojas** 

**<https://orcid.org/0000-0001-7676-8284>**

**[anisbed.naranjo00@usc.edu.co](mailto:anisbed.naranjo00@usc.edu.co)**

Investigadora principal, Terapeuta respiratoria (Universidad Santiago de Cali, USC), especialista en Docencia para la Educación Superior (USC), y magister en Gerencia en Servicios de Salud (Universidad Libre). Cuenta con seis años de experiencia en coordinación de programas de atención domiciliaria y diez en docencia universitaria. Investigadora Asociada categoría Colciencias. Es miembro del Grupo Investigación Salud Integral [GISI] y del Grupo de Investigación en Educación y Salud [GINEYSA].

**Freiser Eceomo Cruz Mosquera** 

**<https://orcid.org/0000-0001-7584-4636>**

**[freiser.cruz00@usc.edu.co](mailto:freiser.cruz00@usc.edu.co)**

Co-investigador, análisis estadístico, Terapeuta respiratorio (Universidad Santiago de Cali), especialista en Pedagogía y Docencia (Fundación Universitaria del Área Andina) y magister en Epidemiología (Universidad Libre). Cuenta con cinco años de experiencia en docencia universitaria. Es director del Grupo de Investigación en Salud Integral (GISI).

**Catalina Estrada González**

**<https://orcid.org/0000-0002-8323-0973>**

**[catalina.estrada00@usc.edu.co](mailto:catalina.estrada00@usc.edu.co)**

Co-investigadora, Instrumentadora quirúrgica (Fundación Universitaria del Área Andina), especialista en Docencia Universitaria (Universidad Santiago de Cali), magíster en Administración (Universidad del Valle), magister en Educación (Universidad Santiago de Cali), doctora en Educación (Universidad de Baja California). Cuenta con más de 20 años de experiencia universitaria, actualmente es miembro del Grupo de Investigación en Educación y Salud [GINEYSA].





## PARES EVALUADORES

Peer Evaluators

**David Leonardo Quitián Roldán** 

Investigador Junior (IJ)

Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-2099-886X>  
Uniminuto, Villavicencio.

**Jairo Vladimir Llano Franco** 

Investigador Senior (IS)

Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-4018-5412>  
Universidad Libre de Colombia. Seccional Cali

**Nelson Contreras Coronel** 

Investigador Junior (IJ)

Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-2264-8225>  
Universidad Tecnológica de Pereira

**Hoover Albeiro Valencia Sanchez** 

Investigador Asociado (I)

Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-9193-2089>  
Universidad Tecnológica de Pereira

**Ricardo Antonio Torres Palma** 

Investigador Senior (IS)

Orcid: <https://orcid.org/0000-0003-4583-9849>  
Universidad de Antioquia, Medellín.

**Luis Alfredo Gonzalez Monroy** 

Investigador Junior (IJ)

Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-7249-4677>  
Universidad del Magdalena

## **Pares Evaluadores**

**Lucely Obando Cabezas** 

Investigador Junior (IJ)

Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-8770-2966>

Universidad Libre

**Jorge Ladino Gaitán Bayona** 

Investigador Junior (IJ)

Orcid: <https://orcid.org/0000-0001-9539-4660>

Universidad del Tolima

**Maury Almanza Iglesia** 

Investigador Senior (IS)

Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-3880-4683>

Universidad Simón Bolívar de Barranquilla

**Alejandro Alzate** 

Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-0832-0223>

Universidad Icesi y Universidad Católica

**Arsenio Hidalgo Troya** 

Investigador Asociado (I)

Orcid: <https://orcid.org/0000-0002-6393-8085>

Universidad de Nariño

# LISTA DE TABLAS

	Pág.
<b><u>Tabla 1.</u></b> Objetivos de la atención domiciliaria.....	26
<b><u>Tabla 2.</u></b> Variables sociodemográficas de los cuidadores domiciliarios evaluados un año después del programa educativo.....	93
<b><u>Tabla 3.</u></b> Comparación de la aprobación de los ítems del cuestionario de succión de vía aérea aplicado a cuidadores domiciliarios en la fase diagnóstica, post intervención y seguimiento.....	97
<b><u>Tabla 4.</u></b> Comparación de la aprobación de los ítems del cuestionario de inhaloterapia aplicado a cuidadores domiciliarios en la fase diagnóstica, post intervención y seguimiento.....	99
<b><u>Tabla 5.</u></b> Comparación del puntaje global de los test de Succión de la vía aérea e inhaloterapia.....	99

# LIST OF TABLES

<b><u>Table 1.</u></b> Objectives of home care.....	26
<b><u>Table 2.</u></b> Sociodemographic variables of the home caregivers assessed one year after the educational programme.....	93
<b><u>Table 3.</u></b> Comparison of approval of items in the airway suction questionnaire applied to home caregivers in the diagnostic phase, post-intervention and follow-up.....	97

**Table 4.** Comparison of approval of items in the inhalation therapy questionnaire applied to home caregivers in the diagnostic phase, post-intervention and follow-up.....99

**Table 5.** Comparison of the overall score of the Airway Suction and Inhalation Therapy tests.....99

## LISTA DE FIGURAS

<b>Figura 1.</b> Resumen histórico del cuidado domiciliario.....	31
<b>Figura 2.</b> Esquema de la educación en salud.....	68
<b>Figura 3.</b> Instrumentos de succión de vía aérea.....	77
<b>Figura 4.</b> Instrumento de Succión de inhaloterapia.....	78
<b>Figura 5.</b> Registro fotográfico clases magistrales.....	81
<b>Figura 6.</b> Registro fotográfico talleres.....	90

## LIST OF FIGURES

<b>Figure 1.</b> Historical summary of home care.....	31
<b>Figure 2.</b> Diagram of health education.....	68
<b>Figure 3.</b> Airway suction instruments.....	77
<b>Figure 4.</b> Suction instrument for inhalation therapy.....	78
<b>Figure 5.</b> Photographic record of master classes.....	81
<b>Figure 6.</b> Workshop photographic record.....	90

# LISTA DE GRÁFICOS Y CUADROS

<b><u>Gráfico 1.</u></b> Experiencia profesional de los cuidadores secundarios estudiados.....	95
<b><u>Gráfico 2.</u></b> Horas dedicas al cuidado del paciente en el entorno domicilio.....	95
<b><u>Cuadro 1.</u></b> Ventajas de la hospitalización domiciliaria.....	37
<b><u>Cuadro 2.</u></b> Variables.....	72

# LISTA DE CHARTS & GRAPHS

<b><u>Graph 1.</u></b> Professional experience of the secondary caregivers studied.....	95
<b><u>Graph 2.</u></b> Hours dedicated to patient care in the home environment.....	95
<b><u>Chart 1.</u></b> Advantages of home hospitalization .....	37
<b><u>Chart 2.</u></b> Variables .....	72

**Distribución y Comercialización /  
Distribution and Marketing**

Universidad Santiago de Cali  
Publicaciones / Editorial USC

Bloque 7 - Piso 5

Calle 5 No. 62 - 00

Tel: (57+) (2+) 518 3000

Ext. 323 - 324 - 414

✉ editor@usc.edu.co

✉ publica@usc.edu.co

Cali, Valle del Cauca

Colombia

**Diagramación / Design & Layout by:**

Diana María Mosquera Taramuel

diditaramuel@hotmail.com

diagramacioneditorialusc@usc.edu.co

Cel. 3217563893

Este libro fue diagramado utilizando fuentes tipográficas Lora en sus respectivas variaciones a 11 puntos en el contenido, y Yanone Kaffeesatz para los títulos de 12 a 30 puntos.

Impreso en el mes de junio de 2020,  
se imprimieron 100 ejemplares en los  
Talleres de SAMAVA EDICIONES E.U.

Popayán - Colombia

Tel: (57+) (2) 8235737

2020

Fue publicado por la Facultad de Salud de la Universidad  
Santiago de Cali.





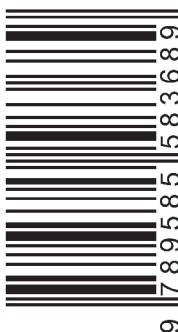
Actualmente, la atención domiciliaria se define como el conjunto de actividades biopsicosociales realizadas por un equipo interdisciplinario, la literatura muestra que las intervenciones educativas mixtas son efectivas cuando incluyen contenidos de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación, para detectar, apoyar y realizar el seguimiento de los problemas tanto de salud, como sociales del usuario y su familia, todo ello para potenciar la autonomía y mejorar la calidad de vida del paciente. Lo que hace de este un tema de suma importancia, ya que gracias a la atención domiciliaria los pacientes más vulnerables pueden tener una mejor calidad de vida para su enfermedad, contando siempre con un soporte de apoyo las 24 horas del día con la disposición de un cuidador. Por tal motivo es significativo educar y entrenar a los cuidadores de pacientes con afecciones respiratorias, fomentando con ello las buenas prácticas del cuidado en el ambiente domiciliario, apostando a la reducción de iatrogenias o complicaciones por desconocimiento.

VIGILADA  
MINEDUCACION



EDITORIAL

ISBN: 978-958-5583-68-9



9 789585 583689