



Escuela de Enfermería

Ciclo de Licenciatura

Sede FCM

Tesis Final

“Grado de valoración y conocimientos de los enfermeros sobre el sistema de atención domiciliaria y su relación con la autonomía de cuidados a brindar”

Autores:

Carletti, Melisa Belen

Gonzalez, Romina Gisela

Mendoza, Diciembre 2015

Esta investigación es propiedad de la Escuela de Enfermería dependiente de la Facultad de Ciencias Médicas de la Universidad Nacional de Cuyo, y la misma no podrá ser publicada en toda, en parte o resumida sin el consentimiento escrito de la Dirección de la Escuela y/o autores del trabajo.

Integrantes del Tribunal Examinador

Presidente de mesa:

Vocal 1:

Vocal 2:

Integrantes del Equipo Tutorial

Profesor:

Profesor:

Profesor:

Trabajo aprobado el:/...../.....

Resumen

Tema: “Grado de Valoración y conocimientos de los enfermeros sobre el sistema de atención domiciliaria y su relación con la autonomía de cuidados a brindar”

Autores: Carletti, Melisa Belen ; Gonzalez, Romina Gisella

Lugar: UN de Cuyo- FCM- Escuela de Enfermería, Ciclo de Licenciatura en Enfermería, Mendoza, año 2015

Introducción: Esta tesis indaga en los estudiantes de primer año del Ciclo de Licenciatura en Enfermería sobre los conocimientos que poseen acerca de las internaciones domiciliarias, ya que si bien este tipo de internaciones nacen desde años muy antiguos en esta última década ha hecho su boom.

Es sumamente importante estar capacitados para afrontar un trabajo como este ya que los enfermeros/as dedicados a este tipo de internaciones son un pilar fundamental para el tratamiento y recuperación del paciente, como así también son el sostén y guía para la familia, trabajando en conjunto con ella y con todo el equipo interdisciplinario siendo el nexo entre ellos.

Objetivo General: Determinar el grado de valoración y conocimientos que tienen los enfermeros sobre el sistema de atención domiciliaria y la autonomía de cuidados de enfermería.

Específicos:

Medir el grado de valoración de los enfermeros sobre la atención domiciliaria

Obtener opinión sobre la autonomía de cuidados de enfermería que posee la población en estudio.

Indagar sobre los conocimientos que tienen los enfermeros sobre la atención domiciliaria. Caracterizar a la población de estudio

Método: Es un estudio de tipo descriptivo, transversal y exploratorio. Población y muestra 72 alumnos.

Instrumento: Encuesta estructurada, que consta de 12 preguntas que hacen

referencia a la definición de Internación Domiciliaria (ID), actividades de enfermería en ID, ventajas de ésta internación sobre el tratamiento del paciente y los tipos de pacientes que se pueden encontrar en ellas.

Resultados: De la población de estudio (n 72) corresponde al sexo femenino, un 87%, y sexo masculino, un 13%. Prevalece el rango etario de 20-29 años, siguiendo de 30 a 39 años y con un porcentaje menor los rangos de 40 a 49 y 50 a 59 años respectivamente, las edades promedio es de 31 años. La mayoría ejerce la enfermería en distintos sectores del sistema de salud, prevalece el rango de antigüedad de 2 a 9 años, sólo 35% tiene dos trabajos.

Sólo 36,11% de la población en estudio tenía los conocimientos suficientes sobre el tema. El 1,39% (una persona) respondió de manera correcta sobre las actividades de enfermería. Respecto a las ID no muchos han experimentado la labor de enfermería en estas internaciones ya que solo el 32% de estos trabaja o trabajo alguna vez en su vida en ellas, lo que nos lleva a la conclusión de que al no tener experiencia en este ámbito es poca la información y conocimientos que tienen sobre la misma ya que solo la mitad de la población que trabajo en ID (52,17%) tiene los conocimientos suficientes acerca de estas.

Conclusiones: Luego de analizar los datos obtenidos de esta investigación concluimos que ni la edad, ni experiencia en las ID, ni la antigüedad laboral condiciona el conocimiento de la población en estudio, sobre las internaciones domiciliarias.

Recomendaciones: Concientizar a los enfermeros sobre la importancia que tienen las internaciones domiciliarias y poner al alcance información de las mismas para poder interiorizarlos sobre estas. Realizar cursos de capacitación sobre las internaciones domiciliarias. Fomentar y apoyar la integración de esta modalidad en la curricula de enfermería. Realizar charlas, ateneos y talleres sobre las ID en las universidades. Fomentar la capacitación previa del enfermero/a antes de ingresar a trabajar en esta nueva modalidad.

Fomentar e incentivar a los estudiantes de enfermería y profesionales a investigar sobre este tipo de internaciones para que de esta manera puedan interiorizarse en el tema y se genere un estímulo para que estos puedan optar por este tipo de modalidad de trabajo.

Palabras claves: Internación Domiciliaria, Autonomía del cuidado enfermero, Relación enfermero-paciente-familia.

Agradecimientos

Quiero agradecer a mi familia, amigos y pareja que me dieron todo su apoyo, ayuda, contención y fuerzas para seguir adelante y no rendirme ya que fue un año de mucho sacrificio y momentos duros. También quiero agradecer a los docentes de la carrera ya que nos dieron mucho apoyo y ayuda en el momento más difícil de este año dándonos los ánimos suficientes para poder finalizar esta investigación.

Melisa Carletti.

Quiero agradecer a mi familia, a mi esposo e hija por la contención y el apoyo necesario para poder finalizar este ciclo en mi vida.

Romina Gonzalez.

Y por último y no menos importante queremos dedicar y agradecer esta tesis a nuestra querida amiga y compañera Sara Carrizo, quien lamentablemente nos dejó este 19 de junio del presente año, una persona admirable, luchadora, esforzada y sacrificada, quien nos dejó esa enseñanza y sabemos que donde quiera que esté siempre nos estuvo guiando dando las fuerzas necesarias para no bajar los brazos, la recordamos siempre por su alegría y ganas de vivir y es por esto que le dedicamos con mucho cariño y el respeto que se merece esta investigación.

Prólogo

Esta tesis propone estudiar y analizar el grado de conocimientos que tienen los estudiantes de enfermería de la Universidad Nacional de Cuyo, Facultad de Ciencias Médicas, Sede Escuela de Enfermería acerca de las Internaciones Domiciliarias y la autonomía de los cuidados enfermeros. A lo largo de esta investigación se puede apreciar el nivel de conocimiento que tienen estos estudiantes con respecto a dicho tema, cabe aclarar que esta investigación no propone emitir juicio de valor alguno con respecto a nuestros pares, simplemente se intenta proponer posibles soluciones para esta problemática encontrada. Por último los resultados se encuentran en el capítulo final de esta tesis donde se puede constatar que la misma sirvió como guía para elaborar propuestas factibles que se podrían llevar a cabo para el mejoramiento de estas falencias que estamos teniendo como enfermeros.

Índice General

Resumen.....	Pág. IV
Agradecimientos.....	Pág. VII
Prólogo.....	Pág. VIII
Índice General.....	Pág. IX
Índice de Tablas y Gráficos.....	Pág. XI
Capítulo I – Planteo del Problema	Pág. 1
Introducción.....	Pág. 2
Descripción del Problema.....	Pág. 3
Formulación del Problema.....	Pág. 6
Objetivos.....	Pág. 7
Justificación del Problema.....	Pág. 8
Marco Teórico.....	Pág. 9
• Servicios de ID (Reseña histórica).....	Pág. 9
• Definiciones de ID.....	Pág. 11
• Tipos de modelos de atención domiciliaria.....	Pág. 12
• Causas que motivaron la creación de las ID.....	Pág. 13
• Beneficios de las ID.....	Pág. 15
• Objetivos de las ID.....	Pág. 17
• Ventajas de las ID.....	Pág. 19
• Principales causas por la que los pacientes requieren ID.....	Pág. 20
• Requisitos para la inclusión de un paciente en una ID.....	Pág. 21
• Visita Domiciliaria.....	Pág. 22
• Tratamiento Familiar.....	Pág. 30
• Actividades de enfermería en las ID.....	Pág. 32

- Conocimiento del personal de enfermería sobre las ID.....Pág. 34
- Futuro de la ID.....Pág. 35
- Importancia de la ID.....Pág. 35
- Propuestas intrínsecas de las ID.....Pág. 38
- Propuestas extrínsecas de las ID.....Pág. 39
- Marco legal y regulatorio en la Argentina (Resol. 704/00).....Pág. 41

Capítulo II – Diseño Metodológico.....Pág. 47

Diseño Metodológico.....Pág. 48

Variables.....Pág. 49

HipótesisPág. 53

Tablas y Gráficos.....Pág. 54

Capítulo III – Resultados, Discusión y Propuestas.....Pág. 81

ResultadosPág. 82

Discusión.....Pág. 84

Propuestas.....Pág. 85

Bibliografía.....Pág. 86

Apéndices y Anexos.....Pág. 87

Encuesta.....Pág. 88

Tabla Matriz.....Pág. 91

Referencias de Tabla Matriz.....Pág. 93

Índice de Tablas y Gráficos

Tabla y Grafico 1.....	Pág. 55
Tabla y Grafico 2.....	Pág. 56
Tabla y Grafico 3.....	Pág. 57
Tabla y Grafico 4.....	Pág. 58
Tabla y Grafico 5.....	Pág. 59
Tabla y Grafico 6.....	Pág. 60
Tabla y Grafico 7.....	Pág. 61
Tabla y Grafico 8.....	Pág. 62
Tabla y Grafico 9.....	Pág. 63
Tabla y Grafico 10.....	Pág. 64
Tabla y Grafico 11.....	Pág. 65
Tabla y Grafico 12.....	Pág. 66
Tabla y Grafico 13.....	Pág. 67
Tabla y Grafico 14.....	Pág. 68
Tabla y Grafico 15.....	Pág. 69
Tabla y Grafico 16.....	Pág. 70
Tabla y Grafico 17.....	Pág. 71
Tabla y Grafico 18.....	Pág. 72
Tabla y Grafico 19.....	Pág. 73
Tabla 20.....	Pág. 74
Grafico 20.....	Pág. 75
Tabla y Grafico 21.....	Pág. 77
Tabla y Grafico 22.....	Pág. 78
Tabla y Grafico23.....	Pág. 79
Tabla y Grafico 24.....	Pág. 80

CAPÍTULO I

Introducción

Esta tesis nace de la duda de saber si los estudiantes de primer año de la licenciatura de enfermería, de la Universidad Nacional de Cuyo, Facultad de Ciencias Médicas, Sede Escuela de Enfermería posee los conocimientos necesarios acerca de las internaciones domiciliarias, ya que si bien este tipo de internaciones nacen desde años muy antiguos en esta última década ha hecho su boom.

Como veremos a lo largo de esta investigación es sumamente importante estar capacitados para afrontar un trabajo como este ya que los enfermeros/as dedicados a este tipo de internaciones son un pilar fundamental para el tratamiento y recuperación del paciente, como así también son el sostén y guía para la familia, trabajando en conjunto con ella y con todo el equipo interdisciplinario siendo el nexo entre ellos. Por este motivo encontramos que es fundamental que cada profesional tenga los conocimientos necesarios para poder llevar a cabo tales responsabilidades, este fue el disparador para realizar esta investigación evaluando el grado de conocimientos que tienen nuestros pares acerca de este tema.

A continuación se detalla que es la internación domiciliaria, sus ventajas y beneficios, las actividades específicas de enfermería y su rol dentro de ellas para que de esta manera podamos conocer un poco más sobre esta modalidad que ha salido a la luz solo hace unos pocos años.

Descripción del problema

La internación domiciliaria es una alternativa de atención asistencial pensando en la salud desde un punto de vista integral u holístico, ligado a valores como la convivencia familiar, entorno, afecto y responsabilidad participativa y conjunta no exclusivamente médica, sino también, con la familia del paciente al cual se le brinda los cuidados¹. Esta modalidad de atención, como bien dice la palabra “Atención Domiciliaria”, se realiza en el domicilio de cada paciente con el propósito de brindarle cuidados de calidad teniendo como objetivo promover, prevenir, recuperar, rehabilitar y/o acompañar a los pacientes de acuerdo a su diagnóstico y evolución en sus aspectos tanto físicos, psíquicos, sociales como espirituales, es por esto que enfermería cumple un papel fundamental en estas internaciones ya que realizamos actividades independientes y autónomas porque somos quienes tenemos que tomar en muchas ocasiones decisiones de cómo se abordara la situación con el paciente y familia según las necesidades de estos ajustando los cuidados brindados tanto no solo a su patología sino también relacionado con su entorno, familia, creencias, valores y cultura para cumplir con el tratamiento, así también nos encargamos de organizar nuestras tareas, tener el material necesario para brindar los cuidados al paciente entre otras cosas. Es importante destacar nuevamente que no solo debemos cumplir con brindarle cuidados al paciente sino también acompañar, contener y educar a su entorno que es su familia ya que esta también es parte importante para que el tratamiento del paciente pueda cumplirse de manera eficaz y oportuna. Por este motivo es indispensable que cada enfermero/a que se dedique a este tipo de trabajo debe estar capacitado y tener los conocimientos suficientes y necesarios para poder realizar su trabajo de manera correcta ya que al seleccionar el personal, no solo hay que tener en cuenta su capacidad técnica sino también su capacidad docente y de transmisión

¹ Barbagallo Sebastián; González Andrea; Martínez cristina; internación domiciliaria herramientas de a auditoria medica, curso anual de auditoría. Hospital Chávez.2007.

de conocimientos al grupo familiar, un factor que puede ser fundamental para lograr la colaboración de la familia y la mejor recuperación de un paciente.

Este tipo de modalidad de atención surge por diversos y múltiples motivos, de los cuales nombraremos los que tienen mayor peso. Por un lado surgió como método preventivo para disminuir el alto número de infecciones intrahospitalarias (la cual es la principal causa de la creación de estas internaciones) ya que según datos de la Organización Mundial de la Salud, entre el 7% y 10% de los pacientes que ingresan a los hospitales contraen infecciones² y por otro lado a nivel económico se creó para disminuir los costos de internaciones de pacientes con enfermedades crónicas, ya que estos permanecían hospitalizados por tiempos prolongados expuestos a otras complicaciones que agravaban el estado de salud del paciente, haciendo que su estadía en el hospital fuera mayor³.

Este sistema de atención nació desde hace muchos años de forma no convencional por Florence Nightingale como cuidadora, esta brindaba cuidados a pacientes en sus domicilios y luego se comenzó a interesar aún más en estos tipos de cuidados primarios lo cual fue uno de los motivos que la llevo a profesionalizarse como enfermera. El sistema más antiguo fue el del Boston Dispensary iniciado en 1796, luego en Estados Unidos, Nueva York se creó la atención domiciliaria como una extensión del hospital hacia el domicilio del paciente en 1947 quien tuvo esta iniciativa fue el Doctor Bluestone del Hospital Montefiori de dicho país desde allí se comenzó a dar importancia y peso a este tipo de internaciones. Por otro lado en nuestro país comenzó desde la década de los 90' con la inclusión de la internación domiciliaria en el programa médico obligatorio, desde entonces se comenzó a utilizar y a darle sentido a esta modalidad, la cual ha hecho su boom y ha empezado a cobrar peso en los últimos 7 años⁴.

² (www.who.int/medicentre/news/realises/2005/prestes/)

³ (www.lanacion.com.ar/1404574/crece/la/internacion/domiciliaria/en/la/argentina/)

⁴ Fernández Lorena; Touse Martin. Perfil del personal que brinda cuidados en atención domiciliaria. Pilar 2011

Es importante destacar que existen muchas opciones de capacitación que las mismas empresas de atención domiciliaria organizan para incentivar a los enfermeros a capacitarse y concursar, pero por el mismo motivo de que esta modalidad está en auge y aún no ha salido en su totalidad a la luz esta información de alguna manera no se tiene en cuenta para los enfermeros ya que al no encontrarse la atención domiciliaria en la currícula de enfermería, estos profesionales aun no tienen los conocimientos, ni noción, ni tampoco toman el peso necesario de la importancia que tiene para poder desarrollarla.

Nuestra experiencia nos demuestra que los enfermeros conocemos poco y nos interesamos mucho menos en informarnos sobre este sistema y sí bien los profesionales de la salud tienen una idea general de que se trata esta modalidad, la mayoría de estos no saben con exactitud cuál es el propósito de estos cuidados y cuál es el rol de enfermería en estas internaciones ya que no poseen los conocimientos suficientes sobre esta modalidad de atención de cuidados en la cual el rol de enfermería es el pilar que la sostiene.

1. Formulación del problema

¿Qué grado de valoración y conocimientos tienen los enfermeros sobre el sistema de atención domiciliaria y su relación con la autonomía de cuidados a brindar?

2. Objetivo General

Determinar el grado de valoración y conocimientos que tienen los enfermeros sobre el sistema de atención domiciliaria y la autonomía de cuidados de enfermería.

3. Objetivos específicos.

- Medir el grado de valoración de los enfermeros sobre la atención domiciliaria
- Obtener opinión sobre la autonomía de cuidados de enfermería que posee la población en estudio.
- Indagar sobre los conocimientos que tienen los enfermeros sobre la atención domiciliaria
- Caracterizar a la población de estudio

4. Justificación del problema

Consideramos que este tema es de importancia ya que es necesario que los profesionales de la salud tengan una idea clara de que son las internaciones domiciliarias y el peso que tiene enfermería en ellas ya que como esta modalidad ha tenido su boom en estos últimos años los profesionales no tienen los conocimientos necesarios sobre ello lo que impide que estos puedan elegir esta alternativa de trabajo, buscando siempre como opción la atención hospitalaria lo que trae como consecuencia un bajo número de enfermeros dedicados a este servicio por lo cual genera un faltante de profesionales en este campo laboral.

Por otro lado como dijimos anteriormente es un tema novedoso e interesante ya hay escasa información de cómo debe conllevarse efectivamente los servicios de enfermería y cuidadores, es por esto que es necesario que los profesionales puedan conocer y tener acceso a información que los ayude a entender de qué trata este servicio, por lo que con esta investigación podremos detectar que tipo de conocimientos tienen los profesionales para que de esta manera podamos orientarlos y ayudarlos a comprender mejor sobre el tema, dando aportes interesantes del mismo.

Otro motivo por el cual desarrollaremos esta investigación será para que esta sea un disparador para que en las escuelas de enfermería esta modalidad en un futuro pueda ocupar un lugar en el plan de estudios.

Con este trabajo intentaremos detectar el grado de conocimiento de los enfermeros tanto de la atención domiciliaria como el rol de enfermería que esta cumple en ellas, con el objetivo de aumentar los conocimientos sobre esta metodología de atención para que en un futuro pueda aumentar el número de enfermeros que se dediquen a este tipo de trabajo y para contribuir con evidencia científica del nuevo auge, de la Internación Domiciliaria de Enfermería, ya que investigaciones en este ámbito aún no son suficientes.

Marco Teórico

Servicios de Internación Domiciliaria (ID)

Breve Reseña Histórica

La Internación Domiciliaria (ID) es una modalidad de atención que surge desde años muy antiguos por Florence Nightingale, donde ella brindaba sus cuidados de manera no convencional a diferentes personas, en primera instancia dio su atención a soldados de la guerra junto a un conjunto de otras enfermeras, desde allí se comenzó a dar importancia a los cuidados de enfermería y ella se esforzó por seguir profesionalizándose y cambiar la imagen que tenía la población sobre las enfermeras ya que en ese entonces estas pertenecían a la clase social baja y su visión sobre ellas no era buena ya que no tomaban valor, ni importancia a su trabajo. Años después en 1796 se creó la entidad Boston Dispensary en EE.UU quien fue el sistema más antiguo de servicio de atención domiciliaria .Luego 1947 en Nueva York, Estados Unidos, por iniciativa del Dr. Bluestone, del Hospital "Montefiori"; comenzó la atención domiciliaria como una extensión del hospital hacia el domicilio del paciente. Las razones para crear esta primera unidad de ID en el mundo eran descongestionar las salas hospitalarias y brindar a los pacientes un ambiente más humano y favorable para su recuperación. A partir de allí hubo múltiples experiencias de este tipo tanto en Estados Unidos como en Europa, con estructuras y procedimientos adaptados a cada sistema nacional de salud. Es importante destacar que hasta el siglo pasado una gran parte de los procedimientos del personal de salud se desarrollaban en el domicilio del paciente como lo hacía Florence Nightingale. La gente nacía, enfermaba y moría en su propia cama. El hospital era para los pobres, los moribundos o los enajenados⁵.

Durante este siglo se ha desarrollado una cultura hospitalaria, en la que se ha extendido la creencia de la importancia de los hospitales en el tratamiento de cualquier problema de salud. La atención domiciliaria es una alternativa que,

⁵ Fernández Lorena; Touse Martin. Perfil del personal que brinda cuidados en atención domiciliaria. Pilar 2011

puede dar respuesta a algunas de las necesidades asistenciales y mejorar el uso eficiente de recursos que cada vez son más escasos y es también una actividad propia de todos los miembros del equipo de atención primaria, principalmente de los médicos, los profesionales de enfermería y los trabajadores sociales.

Por otra parte en Argentina la ID se comenzó en la década de los 90 con la inclusión de esta modalidad en el programa médico obligatorio (Ver Anexo I artículos 2.2, 2.3 y 3), las primeras instituciones que implementaron esta modalidad fueron hospitales que lo utilizaban como extensión hospitalaria, entre ellos, el Hospital Privado de la Comunidad de Mar del Plata y el área de Traumatología del Hospital Castex de San Martín. En 1991 la empresa “En Casa”, conformada por médicos Clínicos del hospital Italiano en asociación con otros profesionales, emprende este desafío que luego sería imitado por otras empresas privadas para brindar el servicio a prepagas, Obras sociales, mutuales y pacientes privados. Es importante destacar que esta modalidad ha hecho su boom en los últimos 7 años donde empezó a tomar peso y valor para la sociedad. En la actualidad en Argentina se implementa con mayor auge la internación domiciliaria que brinda atención de calidad con un equipo interdisciplinario de médicos, enfermeros, kinesiólogos y otros auxiliares de la salud, esta es brindada en su mayoría por organizaciones privadas y en su minoría por la salud Pública. Este es un sistema con nuevas características, y diversas actividades, no sólo asistenciales, como el modelo tradicional, sino educativas, preventivas, organizativas, donde el lugar de trabajo es el hogar del paciente, lo que nos permite una mayor interacción e intercambio, con un compromiso no sólo profesional sino humano, entre el equipo de salud y el paciente-familia.

El cambio de paradigma del modelo tradicional biomédico al modelo biopsicosocial de Engel, y al modelo etnocultural, plantea, en el primero, que la enfermedad no está separada de la persona ni la persona de su medio ambiente, globalizando el enfoque del paciente, y el segundo agrega a este modelo el componente cultural y

las creencias. Estos aspectos determinan la forma de entender al paciente, la enfermedad y las intervenciones terapéuticas, permitiendo un enfoque holístico⁶.

A continuación se expondrán diferentes definiciones sobre las ID para comprender un poco más de ellas:

Definiciones de ID

- Según el Ministerio de Salud de Argentina define internación domiciliaria como “una modalidad de atención de la salud, mediante la cual se brinda asistencia al paciente-familia en su domicilio, realizada por un equipo multiprofesional e interdisciplinario cuya misión es: promover, prevenir, recuperar, rehabilitar y/o acompañar a los pacientes de acuerdo a su diagnóstico y evolución en los aspectos físico, psíquico, social, espiritual, manteniendo la calidad, el respeto y la dignidad humana”⁷.
- Se define ID como un modelo organizativo capaz de dispensar un conjunto de atenciones y cuidados médicos y de enfermería de rango hospitalario, tanto en calidad como en cantidad, a los pacientes en su domicilio, cuando ya no precisan de la infraestructura hospitalaria, pero todavía necesitan vigilancia activa y asistencia compleja .
- La atención domiciliaria incluye el conjunto de actividades de carácter social y sanitario y que se presta en el domicilio de las personas, esta permite detectar, valorar, apoyar y controlar los problemas de salud del individuo y familias, potenciando la autonomía y mejorando la calidad de vida de las personas⁸.

⁶ Dra. Cortiglia; Arquitecto Penisi; Bioingeniero Poulo; Trabajo monográfico cohorte 2009, internación domiciliaria un enfoque interdisciplinario.

⁷ Ministerio de salud la nación programa nacional de garantía de la calidad de atención médica. resolución 704/2000, normas de organización y funcionamiento del servicio de internación medica 2000

⁸ Contel JC Gane J. Peya M. seguimiento de una cohorte de atención domiciliaria. Revista atención primaria ,2006. 38(1) 47-50

- La organización mundial de la salud define a la ID como: “una asistencia proporcionada a las personas en su domicilio, esa asistencia domiciliaria debe ser apropiada, de alta calidad y con una relación costo-beneficio compatible para los individuos que deben mantener su independencia y la mejor calidad de vida posible”⁹.

Por otro lado existen dos tipos de internaciones domiciliarias las cuales consideramos que es importante conocer las diferencias entre ellas, para poder tener una visión clara de cada una de estas.

Tipos de modelo de atención domiciliaria

Existen dos tipos importantes de atención domiciliaria:

- 1- Hospitalización a domicilio: que son aquellos cuidados complejos prestados mayoritariamente por profesionales, con colaboración de los familiares de la persona enferma y que están coordinados, en su mayoría, desde el hospital
- 2- Atención domiciliaria propiamente dicha: integrada en la atención primaria de la salud cuyo cuidado es compartido por la familia y equipo de salud. El equipo de salud básicamente está formado por: el/la enfermero/a comunitario, el /la médico/a de familia y el/la trabajador/a social. Las actividades que se realizan en el domicilio están diseñadas en forma programada¹⁰.

Si bien son numerosas y variadas las causas de la creación de las ID, uno de los principales motivos fue porque existió y existe una fuerte preocupación por las infecciones intrahospitalarias, lo cual a nuestro criterio las ID son una elección muy beneficiosa para seguir con el tratamiento de pacientes que necesitan de una internación y que esta puede ser fuera del ámbito

⁹ (www.who.int/medicentre/news/realses/2005/prestes/)

¹⁰ Fernández Lorena; Touse Martin. Perfil del personal que brinda cuidados en atención domiciliaria. Pilar 2011

hospitalario, según la literatura analizada podemos encontrar los siguientes datos:

Causas que motivaron la creación de las ID

Según datos estadísticos de la OMS uno de cada diez pacientes sufre algún tipo de infección intrahospitalaria lo cual en porcentajes se estima que un 7% de los pacientes ingresados y hasta un 10% en el caso de los países desarrollados puede contraer alguna infección durante su estancia, de ahí que este organismo de Naciones Unidas pide reforzar “cada vez más” la seguridad del paciente y preservar la calidad de la atención que se presta.

En la Asamblea Mundial de la Salud de 2002 los estados miembros de la OMS adoptaron una resolución sobre la seguridad del paciente y desde 2004, cuando se puso en marcha el Programa de Seguridad del Paciente, más de 140 países han tratado de solucionar los problemas que plantea una atención sin garantía de seguridad, sobre todo porque la frecuencia de las infecciones adquiridas durante el ingreso pueden reducirse en más de un 50% con la adopción de medidas sencillas y de bajo coste para la prevención y el control de infecciones, desde allí es donde nace la iniciativa de la creación de las ID.

Otras de las causas no menos importante fue que se vio la necesidad de disminuir el tiempo de internación de los pacientes para que de esta manera se pudiese reducir el déficit de camas en el hospital y así también los costos que esta trae.

Por otro lado mediante estudios se observó de que la recuperación de los pacientes era más eficaz y rápida en sus hogares que en los Hospitales, ya que se detectó que el paciente al estar en contacto con su entorno y núcleo familiar favorecía de manera notable en su recuperación ya que el rol de la familia, es muy importante y se sabe que la participación de esta en el cuidado del enfermo es fundamental, especialmente en el periodo de recuperación y convalecencia, es por

este motivo que el trabajo con la familia es una tarea y actividad que tiene mucha importancia para las enfermeras/os que trabajan en las ID.

El rol de enfermería en este tipo de servicios es fundamental, ya que es esta quien está la mayoría del tiempo en contacto con el paciente, familia y entorno, por este motivo es que en muchas ocasiones debe tomar decisiones autónomas con respecto al tratamiento del paciente adaptándolo a las necesidades de este y haciendo que se cumpla de manera eficaz y oportuna¹¹.

En el siguiente listado se resumirán las Principales causas de la ID:

- Aumento de la esperanza de vida de los países desarrollados.
- Los problemas de salud propios de los países desarrollados que son las enfermedades crónicas.
- Los ancianos y las personas dependientes que desean los cuidados a domicilio.
- Estudios detectaron que el mejor lugar de recuperación de una persona es el domicilio
- Poca disponibilidad de cuidadores familiares.
- La política de desinstitucionalización y reducción de costes sanitarios
- Disminución de infecciones intrahospitalarias¹².

¹¹ (www.who.int/medicentre/news/releases/2005/prestes/)

¹² Fernández Lorena; Touse Martin. Perfil del personal que brinda cuidados en atención domiciliaria. Pilar 2011

Para continuar en el siguiente texto se hablara sobre los beneficios que tienen las ID no solo para el paciente, sino también para la familia, equipo de salud e institución, donde podemos resaltar y considerar que estos son numerosos, lo cual a nuestro punto de vista y por la experiencia realizada podemos decir de que es muy beneficiosa y que está siendo muy importante en estos tiempos ya que si bien es una modalidad nueva está tomando cada vez más peso por estos motivos que nombraremos a continuación.

Beneficios de las Internaciones domiciliarias

Los beneficios se pueden agrupar según a quien se dirigen:

Para el paciente:

- Favorece el contacto permanente con sus familiares y con sus cosas cotidianas evitando el desarraigo.
- Brinda la posibilidad de desarrollar su autonomía.
- Posibilita la contención familiar que favorece la recuperación (Participación activa en el proceso curativo, tanto del enfermo, como de la familia)
- Evita la posibilidad de contraer infecciones hospitalarias acortándose de esta manera el periodo de recuperación.
- Disminuye la dependencia del paciente con el hospital.
- Personaliza la atención del paciente, teniendo en cuenta su entorno.
- Estrecha el vínculo con el equipo de salud actuante, logrando una mayor continencia a escala emocional.
- Atención personalizada, a cargo de un mismo equipo de salud, desde su ingreso hasta su alta. -No altera las funciones del grupo familiar. –
- Evita la internación sanatorial innecesaria. y reduce la tasa de re-internaciones.
- Reduce los tiempos de internación al posibilitar el alta precoz, y garantizar la continuidad asistencial.

- Disminuye los riesgos derivados de la internación convencional (infecciones, trauma hospitalario, alteraciones de la dinámica familiar).
- Evita traslados innecesarios.
- Disminuye en forma significativa los gastos de internación sanatorial.

Para la familia:

- Facilita el cuidado del paciente (evitando salir de su domicilio).
- Posibilita continuar con las actividades diarias.
- Optimiza tiempos y costos (traslado al hospital, pago a otra persona como cuidador, gastos extras fuera del domicilio, etc.).
- Favorece el sentimiento de utilidad colaborando en la recuperación de su ser querido.
- Lograr la participación de la familia fomentando la educación sanitaria, enseñando cuidados, controles, aclarando dudas y temores que produce la enfermedad.

Para el equipo de salud:

- Permite un mayor control del cumplimiento de sus indicaciones
- Estrecha la relación entre los actores sociales que intervienen en la internación: equipo de salud - paciente - familia.
- Establece una comunicación fluida entre los integrantes del equipo, todo ello en beneficio de la recuperación del paciente.

Para la Institución:

- Permite un mayor control de los gastos en lo referente a lo de medicación, material descartable, estudios complementarios, etc.
- Disminuye costos en lo que refiere a hotelería y alimentación.
- Disminuye tiempo de estadía, en consecuencia, erogaciones innecesarias.

- Favorece el aumento de giro cama permitiendo mayor disponibilidad de camas para internación hospitalaria¹³.

Objetivos de las ID

Al pensar en los objetivos de las ID, podemos decir que uno de los más importantes según nuestra experiencia es mejorar la calidad de vida tanto del paciente como de su entorno familiar, es decir intentar que el paciente pueda realizar su vida de la mejor manera conviviendo con su patología o problema si es que este es crónico, al igual que debemos tratar que la familia pueda saber manejar esta situación para que esta no sea un problema más, sino que se pueda afrontar de una manera positiva , ya que como sabemos cualquier situación de enfermedad en uno de los integrantes de la familia genera de cierto modo una crisis inesperada para esta, es por este motivo que consideramos que es el principal objetivo para realizar este trabajo con el fin de ayudar a esta a sobrellevar la situación mejorando la calidad de vida de todos integrantes del grupo familiar realizando actividades en lo que nos compete como profesionales (cabe destacar que la educación en estos casos por el profesional de enfermería es muy importante).

A continuación se nombraran otros objetivos que según la literatura leída son relevantes en este tipo de modalidad:

Según la American Nurses Association (ANA) establece que “el objetivo de la ID, es iniciar, administrar y evaluar, los recursos necesarios para facilitar al paciente, el máximo nivel de bienestar posible”

¹³ Dra. Cortiglia; Arquitecto Penisi; Bioingeniero Poulo; Trabajo monográfico cohorte 2009, internación domiciliaria un enfoque interdisciplinario.

Los objetivos generales de atención domiciliaria son:

1. Mejorar el nivel de salud de la población con patología crónica invalidante.
2. Detectar las necesidades y valorar el grado de incapacidad existente.
3. Potenciar el auto cuidado por parte de la familia y del paciente.
4. Realizar los controles periódicos de las enfermedades crónicas prevalentes.
5. Prevenir las complicaciones de los procesos crónicos.
6. Prestar una atención de salud interdisciplinaria mediante la colaboración de los profesionales médicos y de enfermería, con los de asistencia social y otros profesionales e instituciones.
7. Conocer el entorno familiar.
8. Humanizar la asistencia¹⁴.

Por otro lado es importante conocer las ventajas que las internaciones domiciliarias nos presentan ya que estas no se reflejan solo en el paciente y su cuidado sino que influyen notablemente en el bienestar de toda la familia, dentro de las ventajas que favorecen al paciente se mencionan el permitirle a este mantener contacto con la familia y la sociedad sin restricción de horarios; permitiéndole mantener su actividad ocupacional aunque sea mínima, según su estado de salud; permanecer en un ambiente conocido; fundamental cuando se trata de pacientes ancianos; poder brindarle una mayor dedicación y reconocimientos del equipo de salud a aspectos psicosociales relacionados o no con la enfermedad.

¹⁴ Inmaculada Ubeda Bemet, Monserrat; Roca Reger. Enfermería comunitaria la visita domiciliaria tomo II cap.56.

Por otro lado, dentro de las ventajas para la familia está la posibilidad de mantener los roles familiares y laborales del grupo; disponer del tiempo necesario para organizar el cuidado del paciente; que la familia pueda, en la medida de sus posibilidades, participar activamente de los cuidados, punto fundamental y excluyente en el sistema de AD; y facilitarles, en su hogar y cerca de su ser querido, el proceso de aceptación y duelo.

En el siguiente cuadro expondremos detalladamente las ventajas de las ID:

Pacientes y sus familiares:

- Mejor atención, participación y responsabilidad
- Mejor calidad de vida, intimidad y bienestar
- Asistencia personalizada y más humanizada
- Educación para la salud
- Prevención de desinserción social y hospitalismo psíquico
- Menor riesgo de iatrogenia
- Disminución de las infecciones cruzadas

Hospital:

- Mayor rentabilidad de sus recursos disponibles
- Aumento en rotación y disponibilidad de camas
- Reducción de estancias innecesarias
- Acortamiento de los períodos de internamientos
- Reducción presupuestaria
- Posibilidad de mejorar los servicios

Sistema de Salud:

- Incremento de la eficacia y efectividad mediante una asistencia más humanizada
- Uso más eficiente de los recursos sanitarios

- Posibilidad de integrar y mejorar las relaciones entre los diversos niveles asistenciales
- Posibilidad de atención continuada, integral y multidisciplinaria entre los profesionales de atención primaria, hospitalaria y social¹⁵.

Por nuestra experiencia sobre este tipo de modalidad hay una infinita gama de causas por las cuales los pacientes requieren de una ID, pero en el siguiente texto expondremos las que según datos estadísticos son las más comunes.

Principales causas por la que los pacientes requieren ID

De manera general según las estadísticas recientes, los pacientes que recurren a un tratamiento médico domiciliario responden a enfermedades relacionadas con el envejecimiento de la población, como el mal de Alzheimer, las enfermedades respiratorias crónicas y los cuidados paliativos. En el caso de los más chicos, se observan más tratamientos por neumonía, asma o cardiopatías congénitas.

En esta lista se nombraran los pacientes más comunes en que ingresan a las ID

1. Paciente encamado con sus consecuentes complicaciones (ulceras, incontinencia, etc.).
2. Enfermedades de la piel
3. Paciente terminal por enfermedad neoplásica y otras patologías.
4. Minusvalías físicas, amputación, ceguera, entre otras.
5. Minusvalías psíquicas, demencias, etc.
6. Problemas crónicos en fase avanzada (poliartrosis).
7. Trastornos de la nutrición y la deglución (sondaje nasogástrico).
8. Insuficiencia respiratoria crónica (oxigenoterapia).
9. Alteraciones de la movilidad.

¹⁵ Enrique Ramón Real, Jose Antonio Dias La hospitalización domiciliaria. Antecedentes situación actual y perspectiva. Revista panamericana año 2014

10. Intervenciones quirúrgicas y cuidados post-hospitalarios.
11. Problemas neurológicos (accidente vascular cerebral, esclerosis múltiple, etc.).
12. Ancianidad. Los pacientes crónicos y terminales reúnen los criterios para ser incluidos en la atención domiciliaria cuando se ven imposibilitados para acudir al centro de salud¹⁶.

Si bien toda persona puede tener acceso y beneficiarse con este tipo de atención, podemos destacar algunos de los principales requisitos que debe tener un paciente a la hora de ser incluido en un programa de atención domiciliaria; estos serían:

Requisitos para la inclusión de un paciente a una ID

En primera instancia el paciente debe estar clínicamente estable y contar con una contención familiar. Todos los pacientes pueden beneficiarse con esta modalidad de atención en algún momento de su padecimiento sea este agudo, subagudo o crónico, pero cabe destacar que hay un criterio de selección que es crucial para el uso apropiado del recurso, con la finalidad de elegir racionalmente que pacientes realmente se beneficiaran o no con la ID.

Los requisitos para la ID son la aceptación del paciente y la familia al recibir la información adecuada sobre el tipo de atención que recibirá en el domicilio, la existencia de una estructura familiar que pueda asumir la responsabilidad del cuidado del paciente en el domicilio, las enfermedades susceptibles de atención domiciliaria, ya que tienen que ser transitorias y limitadas en el tiempo; deben existir momentos de ingresos y de alta. La vivienda debe poseer ciertos requisitos mínimos en su estructura física de modo que no se convierte en un factor de riesgo de complicaciones y por último las ID deben estar bien coordinadas e

¹⁶ Dra. Cortiglia; Arquitecto Penisi; Bioingeniero Poulo; Trabajo monográfico cohorte 2009, internación domiciliaria un enfoque interdisciplinario.

integradas con los otros servicios sanitarios como el hospital, servicio de urgencias, sociales y de atención primaria¹⁷.

Luego de conocer los requisitos para ser incluidos en el programa de atención domiciliaria, otro punto importante es saber sobre el equipo interdisciplinario quienes lo componen y como debe ser su accionar.

Equipo interdisciplinario

La atención que se requiere en este tipo de modalidad debe ser multiprofesional, integrada, coordinada y eficaz es por esto que intervienen diversos profesionales, aquellos que están directamente implicados en ella y cuya atención es continuada que son: enfermero/a, medico/a y trabajador/ra social. También hay otros profesionales que intervienen de forma puntual, generalmente a requerimiento y coordinados por los anteriormente mencionados tales como kinesiólogos, psiquiatras, fonoaudiólogos, psicólogos, entre otros.

A continuación detallaremos los pasos que se requieren para realizar una eficaz visita domiciliaria.

Desarrollo de la visita domiciliaria

La visita domiciliaria no es una actividad única, puntual y aislada, sino que es el principio, la continuación o el final de un proceso de atención en el domicilio. Se debe tener en cuenta esta característica en todo el desarrollo de la visita domiciliaria, ya que la valoración de la situación se ira ampliando a lo largo de las diferentes visitas, la planificación de objetivos y actividades se adecuara a los diferentes cambios que se vayan produciendo, y la evaluación debe ser constante a lo largo de todo el proceso.

¹⁷ Enrique Ramón Real, Jose Antonio Dias La hospitalización domiciliaria. Antecedentes situación actual y perspectiva. Revista panamericana año 2014

- 1- El primer paso que encontramos en este tipo de modalidad es la derivación del paciente a este tipo de internación o atención que puede ser:
 - Solicitada por el propio usuario o familia
 - Solicitada por algún miembro de la atención primaria.
 - Solicitada por un mismo hospital.
 - Solicitada por diferentes programas del centro de salud.
 - Solicitada por algún miembro de la propia comunidad o autoridades de la misma.
 - Solicitada por la propia enfermera.
- 2- El segundo paso es la preparación de la visita, donde se deberá consultar la historia clínica del paciente, luego organizar el día y hora en que se realizara la visita.
- 3- El tercer paso es la Presentación en el domicilio: Es fundamental identificarse, decir a qué institución pertenece y cuál es el motivo de la visita, especialmente si por primera va al domicilio, ya que de ello depende el éxito de las intervenciones posteriores.
- 4- El cuarto paso es la valoración del enfermo, cuidados y familia que en la primera visita es imposible realizar una valoración completa, es por esto que esta deberá ir completándose paulatinamente en visitas sucesivas a medida que las relaciones se vayan estableciendo entre la enfermera y familia ya que no es conveniente ahondar en datos o aspectos relacionados con su intimidad familiar porque no favorecerá para nada en el tratamiento, se debe ser cauteloso y respetuoso para estos tipos de temas, si es que se requieren para trabajar con la familia de otro modo no es

necesario tocar temas que puedan incomodar a la familia o paciente. Los datos que se deben obtener en la valoración son; datos sobre el paciente (valorando las 14 necesidades), cuidadora (actividades y cuidados que realiza y como afecta dicho cuidado en la satisfacción de las necesidades del cuidador), grupo familiar, condiciones del domicilio y entorno próximo (se valorara como las condiciones de estos ayudan o dificultan la satisfacción de las necesidades básicas de las personas que viven en el).

Para finalizar este paso la enfermera y familia deben priorizar conjuntamente aquellos problemas que se consideren más importantes y que se deben abordar en primer lugar.

5- El quinto paso consiste en la planificación de los cuidados teniendo en cuenta tres aspectos fundamentales:

- Establecer los objetivos a alcanzar, a corto, mediano y largo plazo, siendo realistas, pertinentes, mensurables y observables, y que irán dirigidos a mejorar la calidad de vida y salud del paciente, cuidador y familia.
- Establecer acuerdos o pactos con la familia, así como la valoración, priorización de problemas, planificación de objetivos y actividades deben hacerse en conjunto con la familia.
- Identificar y movilizar los recursos disponibles para poder alcanzar los objetivos, ya que la existencia de dichos recursos y de su buena utilización dependerá, en gran parte, el éxito de los cuidados. Se deben tener en cuenta cuatro grandes recursos como lo son, la propia familia y en especial el cuidador familiar, el equipo de salud, las ayudas materiales y técnicas y los recursos comunitarios (tales como grupos de autoayuda, vecinos, amigos, etc.). Una vez identificados los recursos, la enfermera debe movilizarlos seleccionando aquellos más pertinentes en cada situación

correcta, trabajando en conjunto con los otros profesionales de la salud si es necesario.

6- El sexto paso es la ejecución de la atención: Existen dos tipos de atención en domicilio:

- La atención directa, dirigida a las personas que la necesitan: enfermos, grupo familiar, cuidador.
- La atención indirecta, que son aquellas que repercuten en la mejora de la calidad de vida de las personas atendidas en domicilio, y que están relacionadas con la utilización y movilización de recursos externos al grupo familiar: otros miembros del equipo, red social etc.

7- El séptimo paso es la evaluación de la visita, dado que la atención en el domicilio es continua, en cada visita se evaluarán los resultados alcanzados desde la visita anterior, este paso es importante ya que sirve para continuar o modificar la planificación de los cuidados, detectar dificultades, revisar los objetivos y planificar los nuevos.

8- El octavo paso es el registro de la visita, para esto es importante que exista una documentación en el domicilio del paciente, para el uso del equipo y la familia, donde se constaran aquellos datos que puedan interesar tanto sintomatología, cambios observados, cuidados y medicación prescritos y administrados, fecha de la próxima visita de la enfermera, etc. Es importante destacar que es fundamental que en cada dato que se escriba debe estar la firma de quien lo realiza en este caso de la enfermera, esto es importante porque es lo que nos protegerá legalmente en cualquier problema que pueda surgir. Cabe destacar que en este tipo de intervenciones el consentimiento informado es una herramienta fundamental.

Luego de haber analizado estos puntos podemos decir que a partir de nuestra experiencia (aunque cada uno de los pasos tiene su importancia y peso), consideramos que uno de los más importantes es la presentación en la familia ya

que es el primer contacto con esta lo cual es muy importante que puedan sentirse cómodos y de esta manera brindarles confianza a ellos para que posteriormente puedan cooperar con el personal de enfermería de manera positiva con el tratamiento del paciente, ya que como hemos dicho la familia cumple un papel muy importante lo cual el trabajo en conjunto con ella traerá resultados positivos tanto para el paciente como para esta.

Luego de haber analizados los pasos de la visita domiciliaria, es necesario resaltar como debe ser la accesibilidad para este tipo de modalidad.

Accesibilidad a la atención domiciliaria

Es importante destacar que las vías de acceso a la atención domiciliaria deben ser fáciles y diversas, es decir, sin excesivos trámites burocráticos y con la menor demora posible es por esto que deberá ser planificada ya sea por los programas de salud que lo requieran, por la propia enfermera, por iniciativa de algún otro miembro del equipo de salud, a petición de profesionales del ámbito hospitalario o socio-sanitario(después de que la persona haya sido dada de alta), a petición de las propias familias o a petición de los servicios sociales.

Para comprender un poco más sobre esta atención y el rol que tiene enfermería en estas internaciones debemos conocer las actividades que realiza en ellas, como hemos dicho anteriormente las tareas de un enfermero que trabaja en un hospital no son las mismas que un enfermero de un servicio de atención domiciliaria. Para empezar una actividad muy importante en este tipo de modalidad es el trabajo con la familia que implica contención, educación y apoyo para que esta sea participe de los cuidados del enfermo ya que es un pilar fundamental para que el tratamiento pueda ser finalizado de manera eficaz. Es por

esto que consideramos que el profesional debe sobrellevar una doble responsabilidad en las ID¹⁸.

Como hemos dicho anteriormente durante el proceso de la atención domiciliaria un pilar fundamental es el entorno familiar el cual tiene mucho peso sobre la recuperación del paciente es por esto que a continuación analizaremos puntos importantes a considerar en el trabajo con la familia:

Entorno familiar

Cualquier acontecimiento inusual en la vida de las personas produce un impacto en las mismas que conlleva a la necesidad de una adaptación a la nueva situación y, a veces, una reestructuración en su vida cotidiana. Si este acontecimiento es un problema de salud (enfermedad, accidente, etc.) va acompañado de unas pérdidas físicas, psíquicas y sociales que producen en el individuo un proceso de duelo que tendrá que ir recorriendo para adaptarse a la nueva situación, es por esto que el trabajo de enfermería con la familia es muy importante para ayudarlos en este proceso de duelo para que afronten la situación de la mejor manera posible haciéndolos parte del tratamiento del paciente.

La familia es el pilar básico en la provisión de cuidados del paciente crónico (terminales oncológicos, pacientes con patologías crónicas en estadios avanzados, inmovilizados o con limitación funcional). Sin su participación activa difícilmente se van a alcanzar todos los objetivos, ya sean curativos o paliativos.

Según el apoyo y el soporte familiar podremos predecir cómo será la adaptación del enfermo, así como la aceptación del tratamiento y las complicaciones que puedan ir surgiendo. Igualmente, la familia tiene un papel de amortiguación de todas las tensiones que se van generando a lo largo del proceso.

¹⁸ Inmaculada Ubeda Bemet, Monserrat; Roca Reger. Enfermería comunitaria la visita domiciliaria tomo II cap.56.

Valoración de la dinámica familiar

Factores de riesgo

No todas las familias, ni sus miembros, responden de una manera similar. Es imprescindible valorar siempre: personalidad y circunstancias personales del enfermo; naturaleza y calidad de las relaciones familiares; reacciones y estilos de convivencia del enfermo y su familia en pérdidas anteriores; estructura de familia y su momento evolutivo, red social de apoyo externo, personalidad y estilo de vida, nivel cultural y educacional de los miembros; problemas concretos (herencias, calidad de la vivienda, etc.).

Impacto de la enfermedad y alteraciones familiares

- 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:

- Hay un patrón tipo I donde se habla sin tabús de la muerte.
- En el tipo II el paciente conoce el pronóstico pero vive de forma positiva.
- En el tipo III la comunicación entre el paciente y la familia es prácticamente inexistente.

Las características familiares que favorecen su adaptación son su flexibilidad de la organización, cohesión en las relaciones intra y extrafamiliares y por último que exista comunicación.

Necesidades de la familia

- Necesidad de una información clara y realista, de asegurarse que se está haciendo todo lo posible, de contar con disponibilidad, comprensión y apoyo del equipo de cuidados, de participar en el cuidado de su enfermo.
- Necesidad de compañía y de apoyo emocional, de airear sentimientos, de conservar la esperanza.

Identificar al cuidador informal principal

Para empezar debemos definir a que se le llama cuidador informal, este es la persona que ofrece asistencia no retribuida a otras personas, bien de la propia familia o a otro tipo de allegados, cuando estos tienen algún tipo de dificultad física o cognitiva para ser independientes en sus propios cuidados.

Aunque los miembros de la familia deban repartirse lo más equitativamente posible las responsabilidades del cuidado del paciente, en la realidad se identificará a la persona que llevará el peso mayor de la atención. Este trabajo de valoración de la situación puede modificarse. El cuidador principal se define como la persona (familiar o allegado) con mejores condiciones para asumir responsabilidades reales y disposición para su atención. Es importante que se identifique con su rol, que tenga momentos de reposo y que la enfermedad no suponga una carga inabarcable.

Tratamiento familiar

Educación de la familia

Es muy importante que los entrenamientos a familiares sean flexiblemente estructurados e individualmente orientados. Se hará de forma progresiva y práctica acerca de aspectos básicos: 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). En todo momento la familia deberá sentirse comprendida y segura. El equipo de soporte valorará los factores de impacto, controlando los síntomas, resolviendo problemas concretos y compartiendo la experiencia emocional con la familia. Se deberá potenciar el rol terapéutico familiar, tanto en la toma de decisiones como en la adecuación de objetivos.

Comunicación con la familia

La información deberá ser individualizada y conjunta, coherente, actualizada, preventiva y comprensible. Se evitará el pacto de silencio. Siempre nos posicionaremos con el enfermo. Él es nuestro cliente, no su familiar.

Claudicación familiar

Es la incapacidad de los miembros para ofrecer una respuesta adecuada a las múltiples demandas y necesidades del paciente.

- **Causas:** Aparición de síntomas nuevos, sentimientos de pérdida o miedos, dudas sobre el tratamiento o su evolución.
- **Factores que intervienen:** El tipo de familia, el lugar de residencia, la trayectoria de la enfermedad, las experiencias anteriores, la vigencia de problemas no resueltos, la incomunicación de la familia, la ausencia de

problemas de prevención, el protagonismo de última hora, la influencia interspectiva o los buenos samaritanos.

- **Previsión de crisis:** Acciones encaminadas a mejorar el clima de relación y comunicación con el paciente y su familia.
- Con respecto al paciente, se procurara dar una información franca y honesta, una ayuda eficaz, dando seguridad y continuidad en los cuidados, manteniendo el rol familiar y social y haciendo un buen control de los síntomas.
- Con respecto a la familia la incluiremos con el paciente como una unidad a tratar, haremos una escucha de sus demandas, informando puntual y continuamente sobre la evolución, se hará un entrenamiento de las tareas a realizar, dando apoyo psicoemocional individual y grupal.

Rehabilitación y recomposición familiar

Con la muerte del enfermo se entra en un proceso de duelo que puede definirse como la reacción emocional y de comportamiento, en forma de sufrimiento y aflicción, que aparece cuando un vínculo afectivo se rompe. La familia entra en una etapa de transición psicológica y por lo tanto, de fragilidad de sus componentes. Se dan procesos: uno de estrés o sufrimiento psicológico y otro con elementos adaptativos al mismo.

El trabajo del equipo de apoyo se dirigirá a hacer crecer y potenciar los elementos adaptativos, y a disminuir y mejorar el estrés psicológico de la familia, con el objeto de que pueda recomponerse y rehabilitarse al final del proceso de fragilidad emocional¹⁹.

¹⁹ Erma Barrientos A. Cecilia Campos; Rina Perez; horizontes de la enfermería, publicación anual de la escuela de enfermería de la universidad católica de chile

Luego de haber analizado el trabajo que realiza el personal de enfermería con la familia expondremos en la siguiente lista otras actividades específicas que estos realizan:

Actividades de enfermería en las ID:

- Valorar la satisfacción de las necesidades básicas en las personas dependientes y su familia.
- Planificar y administrar cuidados directamente para poder ayudar a que sean satisfechas las necesidades básicas de sus clientes.
- Administrar tratamientos. Colocación y vigilancia de sondas vesicales, nasogástricas, catéteres, drenajes, etc.
- Realizar control y seguimiento de los parámetros biológicos
- Recoger muestras para análisis de laboratorio.
- Educar a la familia para que pueda suministrar cuidados que ayuden a la persona dependiente a satisfacer sus necesidades básicas: respiración, alimentación, movilidad, recreación, descanso, etc.
- Capacitar a la familia para afrontar las situaciones de crisis: soporte emocional y técnico, educación, recursos materiales, búsqueda de ayuda externas, etc.
- Fomentar el autocuidado y la autorresponsabilidad de las familias.
- Fomentar estilos de vida saludables.

- Valorar las condiciones higiénico-sanitarias de la vivienda y el entorno inmediato de la familia.
- Vigilar que el grupo familiar cumpla adecuadamente las tareas que tiene que desarrollar según la etapa del ciclo vital. Si estas tareas se ven alteradas la enfermera debe aportarlas y aportar sobre los recursos para que el grupo familiar pueda funcionar con normalidad.
- Proporcionar y movilizar recursos extra familiares (camas, sillas de ruedas, grupos de autoayuda o voluntarios, etc).
- Ser responsable de que se cuenten con los recursos materiales y humanos necesarios para cumplimentar el tratamiento del paciente de manera correcta, es decir, realizar de forma diaria, semanal o mensual un conteo de los recursos ya sean jeringas, agujas, guantes, elementos para curaciones etc, para que de esta manera se cubra las necesidades del paciente en forma mensual.
- Ser coordinadora/mediadora/líder de todas las atenciones y equipo interdisciplinario que el paciente y familia necesitan.
- Ser capaz de tomar decisiones que le competen a nuestra profesión según las necesidades del paciente o familia para que el tratamiento pueda cumplirse de manera eficaz²⁰.

Si bien los enfermeros tienen una idea general de lo que tratan las ID, estos no tienen una visión clara de ellas; por este motivo destacamos un tema importante que es la falta de conocimientos sobre esta modalidad.

²⁰ Inmaculada Ubeda Bemet, Monserrat; Roca Reger. Enfermería comunitaria la visita domiciliaria tomo II cap.56.

Déficit de conocimientos del personal de enfermería sobre las ID

La Internación Domiciliaria representa una alternativa sumamente valiosa y necesaria para el Sistema de Salud argentino aunque presenta grandes dificultades, pues si bien se habla mucho del hospital extramuros, en realidad son pocas las acciones destinadas a generarlo, desde la formación de los recursos humanos hasta la financiación del sistema.

Como se dijo anteriormente los enfermeros/as solo tienen una idea general de lo que son las Internaciones domiciliarias, es por esto que se observa un déficit marcado de conocimientos sobre este tema. Algunas instituciones brindan cursos de capacitación a la hora de tomar a un enfermero para un puesto de trabajo lo cual es un requisito fundamental para que su labor pueda ser desarrollada de forma eficiente ya que no son las mismas actividades ,ni responsabilidades que tiene un enfermero en un hospital a un enfermero en un servicio de internación domiciliaria, ya que para este ultimo las actividades son más independientes y autónomas.

Por otra parte muchas entidades organizan concursos para que los profesionales participen y le dan como incentivo un premio económico para que de esta manera puedan seguir capacitándose y puedan participar y conocer de forma específica cuál es su rol dentro de su puesto de trabajo, cuales son las ventajas y beneficios sobre las ID y tomar el peso, conciencia y valor de esta nueva modalidad. Cabe destacar que los profesionales de la salud no se interesan en conocer, ni capacitarse por el hecho que esta modalidad no es conocida y la escasa información que hay no está al alcance de los enfermeros²¹.

²¹ (www.lanacion.com.ar/1404574/crece/la/internacion/domiciliaria/en/la/argentina/)

Futuro de la Internación Domiciliaria

De acuerdo a proyección para el año 2020, el porcentaje de mayores de 65 años en la Argentina, subirá un 17%.

Según el censo de 1991, en nuestro país, el 9% de sus habitantes (2900000 personas) eran mayores de 65, mientras que en la ciudad de Buenos Aires, el 23% (100000 personas), es mayor de 80 años. Esto indica que en 30 años, el porcentaje de mayores de 65 años en Argentina, se duplicara.

A nivel universal, en el 2025, el 30 % de la población tendrá más de 60 años de edad, según estudios de la UNESCO. Estas circunstancias, absolutamente previsibles, obligan a pensar cómo se atenderá la sociedad, se mide por el trato que da a sus ancianos. La mayoría de estos adultos mayores serán jubilados y habrá que proceder para que la jubilación no sea antagónica de júbilo. Que el futuro no sea vivido como una amenaza, sino como promesa de vida, con una calidad que le haga una etapa disfrutable. Que la vejez no sea sinónimo de enfermedad, sino expresión de madurez es por esto que la Internación Domiciliaria representa una alternativa sumamente valiosa y necesaria para el Sistema de Salud argentino.

Creemos y estamos convencidas que en un futuro las internaciones domiciliarias tendrán un peso importante en el ámbito de la salud y ya no será un tema desconocido para los profesionales, ni pacientes ya que su importancia es cada vez mayor por los siguientes motivos²²:

Importancia de la ID

En la actualidad las modificaciones de los hábitos sanitarios, sumadas a los intensos cambios demográficos y sociosanitarios (como el incremento de la

²² (www.who.int/medicentre/news/realses/2005/prestes/)

esperanza de vida de la población y el consecuente y progresivo crecimiento de la población anciana), obligan a buscar nuevas formas de gestión y propuestas de reformas estructurales que faciliten el desarrollo de medidas y reorientaciones en el sistema sanitario.

Como consecuencia, en todo el mundo se han ideado y promovido numerosas opciones institucionales, ambulatorias y domiciliarias de atención de la salud. La ID, una de ellas, está adquiriendo cada vez más importancia en las distintas organizaciones sanitarias y sociales, así como en diferentes sectores de la sociedad (pacientes y familiares, administración sanitaria, profesionales y servicios sanitarios).

Dada esta realidad, la mayor parte de los estudios sobre el tema prevén un aumento de los servicios de atención domiciliaria y señalan que los sectores sanitario, social, político y económico sitúan la ID como una alternativa asistencial muy halagadora, viable y prometedora.

En lo que se refiere a los distintos aspectos de su funcionamiento (tales como el ámbito sanitario donde se debe desarrollar, su eficacia económica y el perfil de la población atendida), el tema de la atención domiciliaria aparece en muchos estudios como polémico y sujeto a discusiones y controversias. No obstante, la mayor parte de los autores resaltan la necesidad de una mayor colaboración entre los servicios hospitalarios y extrahospitalarios (atención primaria, ambulatoria y domiciliaria y servicio social) para posibilitar una asistencia continua y eficaz. Dicho de otra forma, es imperativo adoptar una nueva filosofía asistencial que busque modernizar los sistemas sanitarios, procurando convertirlos en modelos integrados de salud basados en una responsabilidad compartida.

Este argumento pone de relieve la importancia de la ID como puente entre el hospital y la atención primaria de salud, posibilitando el establecimiento de labores compartidas y permitiendo una interacción progresiva y real entre los dos principales niveles de atención.

En el campo de la organización del cuidado de la salud, la atención domiciliaria representa una posibilidad de crear un modelo consensuado y armónico de organización y financiación entre los diferentes niveles del sistema de salud, procurando lograr el establecimiento y la consolidación de servicios que respondan adecuadamente a las necesidades del usuario. De allí el gran interés que han despertado en los últimos años los servicios de atención domiciliaria.

Asimismo, el rápido aumento de la implementación de unidades de ID se debe más que nada al propósito de encontrar el mejor lugar posible para el tratamiento del paciente, mejorando la calidad de su vida y utilizando más eficientemente los recursos del hospital.

En general las razones del interés que despierta la ID tienen sustento en dos puntos de vista. Por un lado están las consideraciones sobre efectividad. Se reconoce que el sistema de ID suele traducirse en una mejor atención, así como en mayor satisfacción y participación por parte del paciente y sus familiares durante el tratamiento. La ID también se asocia con una mejor evolución clínica en el caso de algunas enfermedades, con la reducción de ciertas complicaciones derivadas de la estancia hospitalaria prolongada o innecesaria, y con una asistencia más humana.

Por otro lado, diferentes autores han argumentado que la ID, al permitir un uso más adecuado y racional de los recursos, tiende a disminuir el gasto en salud. La práctica de la atención en el domicilio aumenta la disponibilidad de camas y acorta los períodos de internamiento en los hospitales. Adicionalmente, los costos de agregar camas en la ID es menor que las inversiones necesarias para crear camas hospitalarias o para la ampliación o construcción de hospitales, aparte de que el costo por estancia es menor en la ID que en la hospitalización tradicional.

A partir de esto se crearon diferentes propuestas muy interesantes para poder concretarlas ya que nos ayudaran a crecer como profesionales y a que las ID se

hagan cada vez más importantes y tengan aún más peso a medida que se vaya conociendo sobre su accionar; en estas encontramos:

Propuestas intrínsecas a la ID

- *Cambiar las estrategias tradicionales de prestación de servicios que caracterizan a los hospitales* (instituciones cerradas, con una prestación de servicios vertical y unidireccional), mediante el replanteamiento de objetivos, organización, actividades y servicios médicos-asistenciales ofrecidos, en función de las nuevas estrategias sanitarias y de las actuales demandas sociales, demográficas y de gestión.
- *Fortalecer o crear canales y mecanismos de comunicación interinstitucional* entre los niveles sanitarios (y también entre los servicios sociales de la comunidad), a modo de garantizar el intercambio de información, la integración de las actividades y la continuidad del proceso asistencial. Se debe incrementar la colaboración entre hospital y atención primaria, reduciendo brechas de comunicación y facilitando la transmisión de datos referidos a los procesos asistenciales y de los pacientes. Este proceso implica dotar a las instituciones de salud de equipos y sistemas de información modernos y confiables, que permitan tomar decisiones clínicas con la mayor certidumbre posible y continuar la atención de los pacientes en cualquiera de los puntos y niveles del sistema sanitario.
- *Diseñar (en conjunto) protocolos o guías de actuación* (preventiva, diagnóstica, terapéutica, de transmisión de datos clínicos, de seguimiento y control) entre los dos niveles de un área de salud. Tales medidas deben ir acompañadas de la designación de los profesionales (en el hospital y en la atención primaria) que serán responsables en este sentido, generando así una cultura de corresponsabilización en las decisiones sobre el tratamiento del paciente.
- Estas medidas pueden contribuir decisivamente a mejorar la calidad y la efectividad de los procesos asistenciales al implementar los enfoques

integrales del paciente ingresado, disminuir las posibilidades de errores por cambios inadecuados de tratamientos y evitar conflictos interprofesionales o daños por repeticiones innecesarias de pruebas y exploraciones. Hay procesos donde el delineamiento de protocolos y programas de actuación conjunta son especialmente indicados, entre ellos la atención a los pacientes dados de alta "precozmente" con la consecutiva planificación del alta hospitalaria, y el cuidado de pacientes con enfermedades terminales o cuyas afecciones son mejor tratadas mediante la continuación del tratamiento en el domicilio.

Propuestas extrínsecas a la ID

- *Establecer o fortalecer el área de salud como eje fundamental del sistema de atención*, teniendo en el centro de salud el punto de referencia para cualquier problema sanitario individual o de la comunidad, donde concretamente se pongan en práctica los principios de integración y coordinación de los recursos, servicios y actividades. Hay que avanzar siempre hacia la municipalización del sistema de salud.
- *Fortalecer la atención primaria*, buscando recobrar y consolidar el prestigio frente a la población y la comunidad sanitaria mediante modificaciones de la estructura y la lógica de prestación de los servicios. Tales cambios permitirían, por ejemplo, ofrecer consultas no masificadas, aumentar progresivamente las consultas programadas, brindar atención continuada, adquirir mayor permeabilidad a las nuevas orientaciones de salud y revitalizar la labor clínica.
- *Invertir en una buena formación de recursos humanos*, a fin de lograr una real implicación de los profesionales sanitarios en la prestación de servicios y la profesionalización de los gerentes y planificadores sanitarios. La formación de recursos humanos debe ser amplia y abarcar desde la formación de pregrado ³/₄ donde los estudiantes de medicina y de enfermería deban rotar por centros de salud y hospitales en actividades prácticas y curriculares hasta los programas de educación médica de

postgrado. En este último caso habría que implementar la especialidad de "medicina de familia y comunitaria" (por tratarse del profesional aglutinador, con la visión global del paciente y de su tratamiento), la cual debería contener períodos de aprendizaje en los niveles de atención primaria y hospitalario. Adicionalmente, la educación sanitaria debe ofrecer programas de formación continuada de calidad, los cuales constituyen instrumentos útiles, tanto para potenciar la coordinación e integración entre los dos niveles como para favorecer el establecimiento de vínculos entre profesionales del hospital y la atención primaria, facilitando de esta manera la realización de interconsultas y la programación conjunta de otras actividades docentes y de investigación.

- *Impulsar las funciones docente e investigadora* (además de la función asistencial), las cuales deben coexistir en los centros de salud y hospitales. Un componente clave en la formación de recursos humanos de calidad y en el establecimiento de programas de pregrado y posgrado es la participación de las universidades. Es preciso estimular tal participación, creando polos de capacitación, formación y educación continuada y colaborando en la formulación y aplicación de protocolos de actuación y derivación comunes entre la atención primaria y especializada.
- *Institucionalizar la figura del médico consultor especialista*, como "puente" entre el hospital y la atención primaria. Este profesional puede ayudar al mejor entendimiento entre ambos niveles, en la línea de la integración bidireccional y actuando como agente facilitador en el ámbito de la coordinación del sistema.
- *Construir alianzas estratégicas* entre las partes del sistema sanitario y los servicios sociales, que proporcionen una mayor convergencia de las políticas sanitarias y las sociales en beneficio del paciente, superando la siempre presente provisión dicotómica entre los diferentes servicios y profesionales que participan en el tratamiento. En este contexto se inscribe la atención domiciliaria, y en especial la hospitalización a domicilio, donde la calidad de la atención ofrecida está estrechamente ligada a la existencia de

una alianza estratégica entre los equipos sanitarios (de atención primaria y de atención hospitalaria) y sociales²³.

A continuación se expondrá parte del marco legal y regulatorio de la República Argentina donde se habla sobre las ID.

Marco legal y regulatorio en la Argentina

En Argentina la actividad está regulada por el Ministerio de Salud a través de la Resolución N° 704/2000. En esta se describe detalladamente la estructura organizacional que debe tener una empresa de internación domiciliaria y los requisitos para la habilitación en el Ministerio.

Las empresas que se especializan en atención domiciliaria incluyen los servicios de asistencia domiciliaria, englobando la atención y la internación domiciliaria, la vigilancia y seguimiento de enfermedades crónicas, los cuidados paliativos y la promoción de la salud.

Resolución 704/00: Normas de organización y funcionamiento de un servicio de internación domiciliaria.

La presente norma se inscribe dentro de las políticas sustantivas de la MS y AS (decreto 1269/92) orientadas a mejorar la calidad de atención de salud de todo el país.

El desarrollo de acciones de normalización tiene como finalidad garantizar la accesibilidad, la equidad, la eficacia y eficiencia del sistema de salud.

Para su elaboración se ha tomado como guía la categorización de niveles de riesgo de los establecimientos asistenciales con internación fijados por resolución de la secretaria de salud del MS y AS n°282/94, basada en la factibilidad de resolución d los riesgos de enfermar y morir del ser humano y no en la complejidad de los recursos disponibles.

²³ Enrique Ramón Real, Jose Antonio Dias La hospitalización domiciliaria. Antecedentes situación actual y perspectiva. Revista panamericana año 2014

Para ello se definen los niveles de la siguiente manera:

Nivel I o de baja complejidad: Paciente independiente, la valoración y la respuesta del tratamiento requiere de enfermería para cuidados integrales, que acompañan la rehabilitación, promoción, prevención de complicaciones en su patología de base o de enfermedades secundarias generalmente en este tipo de internaciones se requiere a enfermería para ser controlados una vez a la semana o una vez mes.

Nivel II o mediana complejidad: Paciente semi-independiente requiere cuidados integrales con procedimientos invasivos y no invasivos, valoración, evolución y respuestas al tratamiento, con seguimiento médico se requiere atención de enfermería por 24 horas a cargo de un auxiliar de enfermería, pero solamente con visita de enfermera dos o tres veces a la semana.

Nivel III o alta complejidad: Paciente dependiente requiere de tratamientos invasivos y no invasivos con la aplicación tecnológica, cuidados integrales, valoración, evolución y respuestas al tratamiento con seguimiento médico y de las especialidades que lo determinen requiere atención de enfermería por 24 horas, el cual ofrece atención de auxiliares de enfermería durante las primeras horas. Ésta se traslada al hogar y queda permanentemente al cuidado del paciente, el cual es visitado diariamente por la enfermera. Dependiendo de la condición del paciente, esta visita puede ser una o dos veces al día o con la frecuencia que sea necesaria. Durante este periodo el equipo de salud permanece en comunicación constante con la enfermera tratante.

Definición de áreas:

Internación domiciliar es una modalidad de la atención de la salud, mediante la cual se brinda asistencia al paciente y a su familia en su domicilio, realizada por un equipo, multiprofesional e interdisciplinario cuya misión es: promover, prevenir, recuperar, rehabilitar/o acompañar a los pacientes de acuerdo a su

diagnóstico y evolución en los aspectos físico, psíquico, social, espiritual, manteniendo la calidad, el respeto y la dignidad humana.

Objetivo:

1. Brindar asistencia en el domicilio del paciente, interactuando con los establecimientos asistenciales de diferentes niveles de categorización con quienes deberá mantener mecanismos adecuados de referencia y contra referencias.
2. Favorecer la reincorporación del paciente a su entorno natural: la familia y la comunidad.
3. Recuperar la dimensión social del problema salud/enfermedad, dentro de la comunidad.
4. Evitar la institucionalización del paciente y la familia atendiendo los múltiples efectos negativos, aislamiento psicofísico del paciente, desestabilización económica, desintegración familiar y de su entorno comunitario.
5. Acompañar y asistir a los pacientes de acuerdo a su diagnóstico y evolución.
6. Facilitar la participación activa de la familia o responsable del paciente, mediante su capacitación adecuada y aceptada.
7. Optimizar la eficiencia del servicio en aquellos pacientes que por su patología Es posible su existencia con esta modalidad de atención.
8. Disminuir el promedio de días de internación por patologías y aumentar la disponibilidad de camas para patologías más complejas.
9. Disminuir la posibilidad de infecciones intrahospitalarias.
10. Contribuir al mejoramiento de la calidad de asistencia sanitaria en todos sus componentes: equidad, eficacia, eficiencia, efectividad y accesibilidad a los servicios de salud.

Dependencia:

De acuerdo a su dependencia administrativa y funcional los servicios de internación domiciliaria pueden ser:

1. Servicios dependientes de un hospital.
2. Servicios dependientes de establecimientos de salud privados.
3. Servicios dependientes de obras sociales o mutuales.
4. Servicios privados.

Pautas de admisión de pacientes en los servicios de I.D:

1. Paciente clínicamente estable.
2. El paciente debe presentar una patología cuyo tratamiento continuo o discontinuo pueda ser efectivizado en su domicilio.
3. El paciente y familiar o tutor a cargo del mismo deben brindar consentimiento escrito para esta modalidad de atención.
4. El paciente y la familia deben tener condiciones habitacionales adecuadas, conductas sanitarias familiar, ausencia de problemas obstaculizadores del proceso de tratamiento y recuperación.
5. La familia debe poseer un nivel de alarma adecuado, capacidad de contención y resolución frente a situaciones de desestabilización, capacidad de interacción y cooperación con el equipo de salud.
6. Debe tener mecanismos adecuados de derivación con establecimientos asistenciales con internación. [...]

Recursos Humanos:

Se detalla la importancia de una Dirección Médica, Coordinar asistencial, Coordinador de enfermería, Medico Asistencial, Enfermeras, kinesiólogos, nutricionistas, asistente sociales, Psicólogos, Fonoaudiólogos, como así también la figura del Acompañante Domiciliario, que son personas capacitadas para brindar servicios de cuidado y acompañamiento en el hogar, cuyo objetivo primordial es brindar ayuda al paciente y a sus familiares (alimentación , higiene, control de la toma de medicamentos, actividades recreativas etc.)

La norma detalla también los recursos físicos y equipamiento.

En lo que respecta al PMO, es a través de la Resolución 201/2002, en la que se aprueba el Programa Médico Obligatorio de Emergencias y se describe en el Anexo II (Catálogo de prestaciones), apartado de tratamientos especiales, a la Internación Domiciliaria, obligando a los Agentes del Seguro de Salud a garantizar a través de sus prestadores propios o contratados el acceso a todas las prestaciones incluidas en dicho catálogo.

Perfil de los miembros del equipo de salud de internación domiciliaria.

Es por esto que los profesionales actuantes en esta modalidad asistencial deben tener actitud y aptitud para:

- Reconocer la importancia de la asistencia integral de las personas asignadas a su cuidado.
- Planificar y coordinar la atención domiciliaria observando y relacionando la situación paciente-familia y patología.
- Evaluar los cuidados delegados a la familia o al responsable del cuidado del paciente.
- Integrar un equipo multiprofesional e interdisciplinario evaluando información relevante en la interacción del tratamiento.
- Adaptarse a las situaciones socioeconómicas, cultural y espiritual de cada familia.
- Observar los aspectos negativos de la situación imperante y revertirlos en equipo, para darles solución a las problemáticas que se presentaran en la interacción con el paciente-familia y el equipo.

- Disponer de una actitud orientada a un claro espíritu de servicio. Una correcta intervención terapéutica, por sí sola no garantiza el éxito si ésta no se acompaña de una actitud profesional con vocación de asesorar e informar.
- Escuchar a las personas cuando expresan sus ideas, necesidades, intereses y problemas, teniendo en cuenta el secreto profesional.
- Comprender que el paciente y su familia son quienes consienten en que se los ayude en su situación de enfermedad en su hogar, quienes brindan su confianza y por lo tanto, el profesional debe actuar con el respeto debido y esperado por ellos²⁴.

Luego de analizar toda esta información que nos sirvió para introducirnos en este tema, podemos concluir que es sumamente importante tener conocimientos acerca de este tipo de internaciones ya que como hemos visto es una modalidad nueva y por ende es importante que el profesional de la salud pueda ampliar sus conocimientos mediante la capacitación, de esta manera los enfermeros pueden ampliar su campo laboral, viendo a las ID como una buena opción de trabajo ya que sirve tanto para un crecimiento profesional como personal, ya que como hemos dicho su autonomía en este tipo de internaciones es fundamental para el tratamiento y recuperación del paciente y el abordaje y trabajo conjunto con la familia.

²⁴ Ministerio de salud la nación programa nacional de garantía de la calidad de atención médica. resolución 704/2000, normas de organización y funcionamiento del servicio de internación medica 2000

CAPÍTULO II:
Diseño Metodológico

Diseño Metodológico

- **Tipo de Estudio:** Descriptivo
- **De acuerdo al alcance:** Transversal, Exploratorio
- **De acuerdo a su amplitud:** Microsociológica
- **De acuerdo a su profundidad:** Explicativa
- **Población:** 72 alumnos de primer año de la Licenciatura de enfermería de la Universidad Nacional de Cuyo
- **Muestra:** Se trabajara con la totalidad de la población
- **Unidad de análisis:** Alumnos de primer año de la Licenciatura de enfermería de Universidad Nacional de Cuyo.
- **Técnica de Recolección de Datos:** Encuesta auto-administrada
- **Instrumento de Recolección de Datos:** Encuesta Estructurada
- **Análisis y Presentación de Datos:** Encuestas realizadas a cada uno de los alumnos.

Variables

Caracterización De la Población	Genero	MASCULINO FEMENINO
	Edad	20 A 29 AÑOS 30 A 39 AÑOS 40 A 49 AÑOS 50 A 59 AÑOS
	Antigüedad	0 A 1 AÑO 2 A 9 AÑOS 10 A 19 AÑOS 20 A 29 AÑOS 30 A 39 AÑOS
	Trabajo en ID	SI NO

<p>Rendimiento</p> <p>Conocimiento</p>	<p>1-Definición de Internación Domiciliaria</p>	<p>¿Qué es la internación domiciliaria?</p> <p>a) Son los cuidados que se brindan pura y exclusivamente al paciente en su domicilio</p> <p>b) Son los cuidados que se brinda al paciente y a su vez educación, contención y trabajo conjunto con su grupo familiar</p> <p>c) Es un trabajo interdisciplinario que se realiza con el fin de una recuperación más eficaz en su domicilio</p> <p>d) B y C son correctas</p> <p>e) Todas son correctas</p>
	<p>2-Actividades de enfermería en las internaciones domiciliarias</p>	<p>¿Qué actividades realiza enfermería en las ID?</p> <p>a) Solo actividades relacionadas con el paciente</p> <p>b) Actividades con el paciente y familia</p> <p>c) Actividades administrativas</p> <p>d) Educación</p> <p>e) Actividades de coordinación, mediación y líder en el grupo familiar y grupo interdisciplinario</p>

	<p>3-Ventajas de las Internaciones Domiciliarias sobre el tratamiento del paciente</p>	<p>¿Cuáles son las ventajas que tienen las ID sobre el tratamiento del paciente?</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Mejor recuperación por encontrarse en su entorno familiar b) Atención personalizada y más humanizada c) Desinserción social d) Disminución de infecciones cruzadas e) Imposibilita al paciente a continuar con sus actividades mínimas diarias
	<p>4-Tipos de pacientes que se encuentran en las internaciones domiciliarias</p>	<p>¿Qué tipos de pacientes podemos encontrar en las ID?</p> <ul style="list-style-type: none"> a) Pacientes con dificultades físicas que impiden que puedan movilizarse de forma normal. b) Pacientes con oxigenoterapia, tratamientos endovenosos y con trastornos que le impidan alimentarse lo que requieren de un apoyo nutricional ya sea enteral o parenteral

		<p>c) Pacientes independientes que solo necesitan un apoyo para ciertas actividades que enfermería puede brindárselo</p> <p>d) Pacientes terminales que requieren de la atención de enfermería para un cuidado absoluto y continuo</p> <p>e) Todas son correctas</p>
--	--	--

- 1- En la pregunta número 1 que hace referencia a la definición de internación domiciliaria se considera que de cinco opciones solo una es correcta
- 2- En la segunda pregunta que hace referencia a las actividades de enfermería de cinco opciones se consideran cuatro correctas.
- 3- En la tercera pregunta que hace referencia a las ventajas que tiene la internación domiciliaria sobre el tratamiento del paciente de cinco opciones se consideran tres correctas.
- 4- En la cuarta pregunta que hace referencia a los tipos de pacientes que podemos encontrar en las ID de cinco preguntas se considera una correcta.

Hipótesis

Los estudiantes de enfermería de la Universidad Nacional de Cuyo Facultad de Ciencias Médicas escuela de enfermería de primer año de la Licenciatura en Enfermería poseen un conocimiento deficiente sobre las internaciones domiciliarias y la autonomía de los cuidados de la enfermera en dicha modalidad de internación, los motivos o causas que consideramos que esto es así es por la falta de información que tienen los profesionales acerca de las ID ya sea porque no tienen la información necesaria al alcance y porque al no estar incluida en la curricula de enfermería este conocimiento no es estudiado como debiera ser, y por último la falta de capacitación tanto de los estudiantes, como del personal que ingresa a trabajar a estas internaciones impide que estos estén totalmente capacitados para este tipo de trabajo ya que si bien los cuidados básicos son iguales en todo el ámbito de salud hay otros puntos que son propios de las ID y que los profesionales no los tienen desarrollados.

Tablas y Gráficos

TABLA N°1: N° de alumnos del 1º año del Ciclo de Licenciatura, Escuela de Enfermería-FCM-UNCuyo, según sexo, Mendoza, Agosto de 2015.

Sexo de los encuestados.			
Variable	Frecuencia absoluta.	Frecuencia relativa y porcentual.	Frecuencia acumulada.
Femenino	63	87,50%	
Masculino	9	12,50%	63
Total	72	100,00%	72

Fuente: Datos obtenidos por los autores, según encuesta, Mendoza, 2015.

GRÁFICO N°1



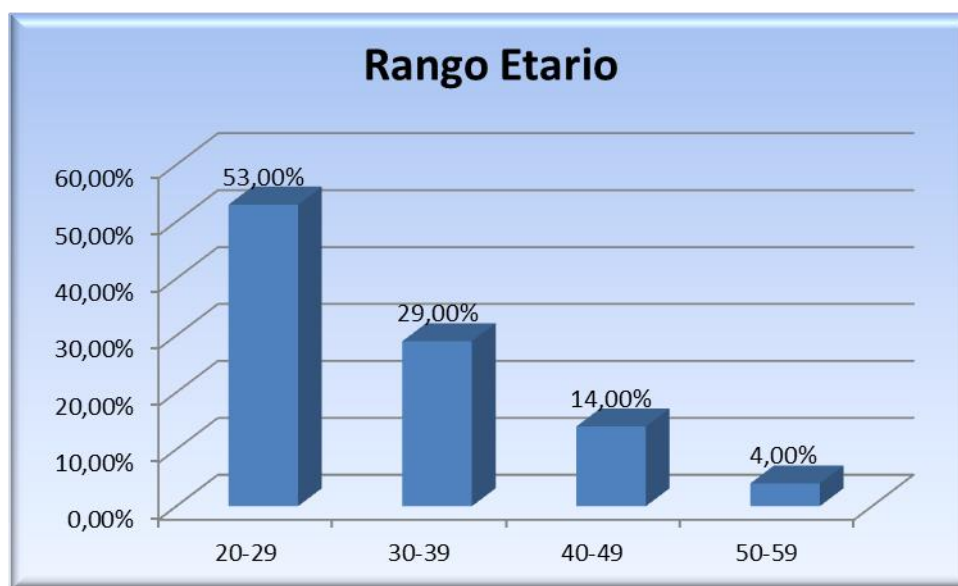
Comentario: De la población total estudiada en Universidad Nacional de Cuyo, Sede Facultad de Ciencias Médicas, Escuela de enfermería a los alumnos de primer año de la Licenciatura en Enfermería, el 87% son de sexo femenino que corresponde a 63 mujeres, y el 13% restante representa al sexo masculino que corresponde a 9 hombres.

TABLA N°2: N° de alumnos del 1º año del Ciclo de Licenciatura, Escuela de Enfermería-FCM-UNCuyo, según rango etario, Mendoza, Agosto de 2015.

Rango Etario			
Edad	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa y porcentual	Frecuencia acumulada
20-29	38	53,00%	
30-39	21	29,00%	38
40-49	10	14,00%	59
50-59	3	4,00%	69
Total	72	100,00%	72

Fuente: Datos obtenidos por los autores, según encuesta, Mendoza, 2015.

GRÁFICO N°2



Comentario: En el siguiente gráfico podemos observar que el rango etario predominante de la totalidad de la población es el rango de 20 a 29 años sobre solo un 4% de la población con un rango de 50 a 59 años. La edad promedio de esta población es de 31 años. Para esta investigación es importante conocer estos datos ya que a través de esto podemos caracterizar la población en estudio.

TABLA N°3: N° de alumnos del 1º año del Ciclo de Licenciatura, Escuela de Enfermería-FCM-UNCuyo, según años laborales ,Mendoza, Agosto de 2015.

Años laborales.			
Años.	Frecuencia absoluta.	Frecuencia relativa y Porcentual.	Frecuencia acumulada.
0 meses - 1 año	19	26,38%	
2 años - 9 años	37	51,38%	19
10 años - 19 años	13	18,05%	56
20 años -29 años	1	1,38%	69
30 años - 39 años	2	3%	70
Total	72	100%	72

Fuente: Datos obtenidos por los autores, según encuesta, Mendoza, 2015.

GRÁFICO N°3



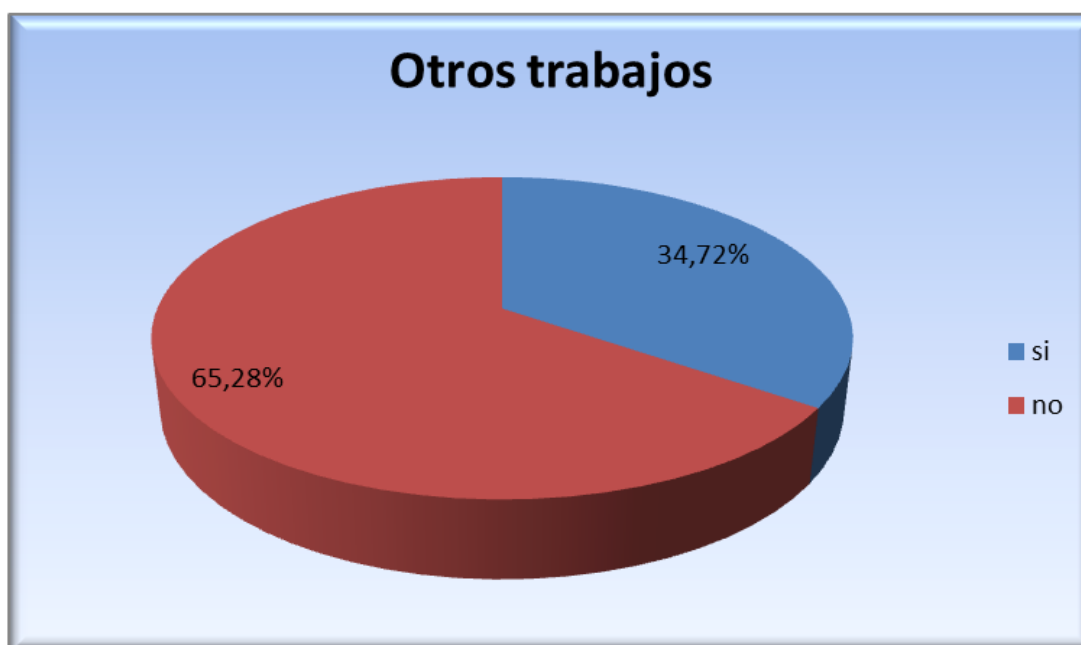
Comentario: Observamos en este grafico que entre los alumnos de primer año de la licenciatura de enfermería de la Universidad Nacional de Cuyo Sede Facultad de Ciencias Médicas el 51% de la población tiene un rango de 2 a 9 años laborales como enfermero/a, siguiendo con un 27% de 0 a 1 año, luego con un 18% correspondiente a 10 a 19 años, y con un porcentaje menos de 3% y 1% de 30 a 39 años y 20 a 29 años respectivamente. Con esto podemos interpretar que como se dijo en el cuadro anterior es mayor el porcentaje de personas jóvenes por lo cual es menor tanto, la antigüedad como experiencia, estos dos datos son importantes a la hora de medir el grado de conocimiento como se verá más adelante.

TABLA N°4: N° de alumnos del 1º año del Ciclo de Licenciatura, Escuela de Enfermería-FCM-UNCuyo, según si posee otro trabajo Mendoza, Agosto de 2015.

Otros trabajos.			
Otro trabajo	Frecuencia absoluta.	Frecuencia relativa y Porcentual.	Frecuencia acumulada.
si	25	34,72%	
no	47	65,28%	25
Total	72	100,00%	72

Fuente: Datos obtenidos por los autores, según encuesta, Mendoza, 2015.

GRÁFICO N°4



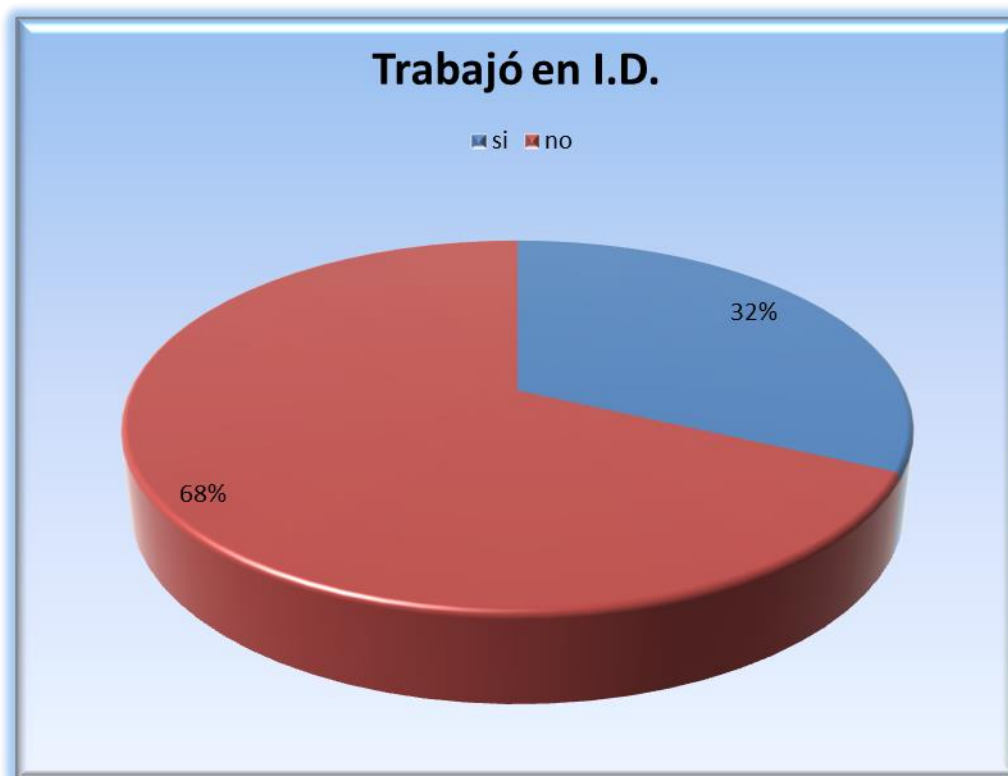
Comentarios: Por medio de los datos recabados observamos que la mayoría de los alumnos de 1er año de la licenciatura de enfermería el 65% de la población encuestada posee un solo trabajo y el 35% restante del alumnado posee más de un trabajo. Del 35% de los que poseen más de un trabajo el 19,6% tienen menos de 30 años de edad por lo que concluimos que al ser personas jóvenes tienen mayor vitalidad para poder desempeñarse en dos trabajos, este es otro punto el cual nos ayuda a caracterizar la población en estudio.

TABLA N°5: N° de alumnos del 1º año del Ciclo de Licenciatura, Escuela de Enfermería-FCM-UNCuyo, según experiencia en ID Mendoza, Agosto de 2015.

Trabajó en I.D.			
Trabajó en I.D.	Frecuencia absoluta.	Frecuencia relativa y Porcentual.	Frecuencia acumulada.
si	23	31,94%	
no	49	68,06%	23
Total	72	100,00%	72

Fuente: Datos obtenidos por los autores, según encuesta, Mendoza, 2015.

GRÁFICO N°5



Comentarios: Observamos en este grafico que el 68% de la población estudiada trabajo en algún momento de su vida o trabaja en internación domiciliaria y el 32% restante nunca trabajo en este tipo de modalidad

TABLA N°6: N° de alumnos del 1º año del Ciclo de Licenciatura, Escuela de Enfermería-FCM-UNCuyo, según tiempo en que trabajaron en ID, Mendoza, Agosto de 2015.

Sí trabajo en I.D.			
Si trabajó en I.D.	Frecuencia absoluta.	Frecuencia relativa y porcentual	Frecuencia Acumulada
1 meses - 29 meses	19	82,60%	
30 meses -59 meses	2	8,70%	19
60 meses - 89 meses	1	4,35%	21
90 meses - 120 meses	1	4,35%	22
Total	23	100,00%	23

Fuente: Datos obtenidos por los autores, según encuesta, Mendoza, 2015.

GRÁFICO N°6



Comentarios: Observamos en el siguiente grafico que el 83% de la población que trabajo o trabaja en I.D tuvo o tiene una duración de 1 mes a 29 meses trabajando, siguiendo con un 9% de 30 a 59 meses de duración y por ultimo con un 4% y 4% de 60 a 89 meses y 90 a 120 meses respectivamente.

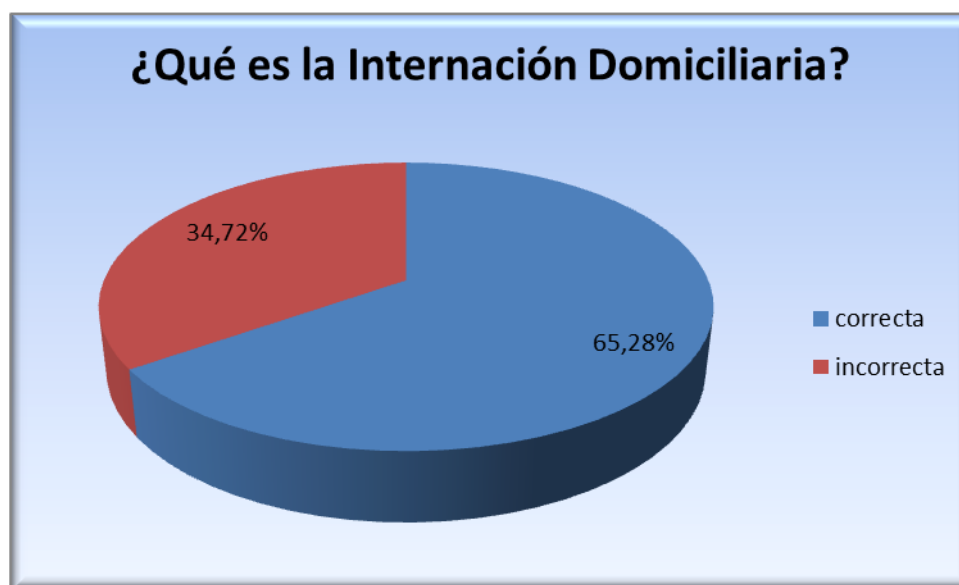
TABLA N°7: ¿Qué es la Internación Domiciliaria? , Alumnos de 1º año del Ciclo de Licenciatura, Escuela de Enfermería-FCM-UNCuyo, Mendoza, Agosto de 2015.

¿Qué es la Internación Domiciliaria?			
variable	frecuencia absoluta	frecuencia relativa y porcentual	frecuencia acumulada
correcta	47	65,28%	
incorrecta	25	34,72%	47
Total	72	100%	72

Fuente: Datos obtenidos por los autores, según encuesta, Mendoza, 2015.

GRÁFICO N°7

¿Qué es la Internación Domiciliaria?



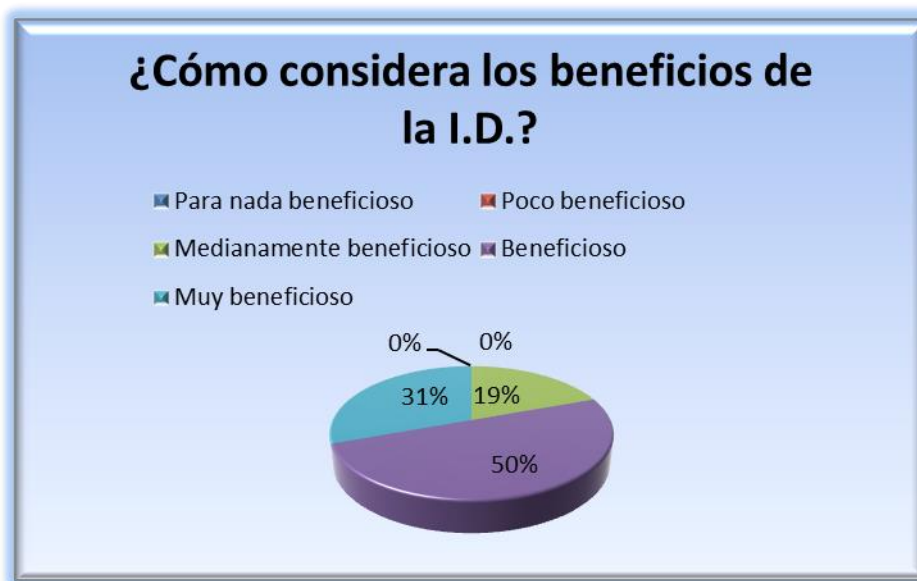
Comentarios: En este grafico podemos observar que el 65,28% de la población respondió de manera correcta acerca de lo que es la internación domiciliaria en sí, y con un 34,72% de los encuestados respondieron de manera incorrecta no recabando los conocimientos necesarios para este tema.

TABLA N°8: ¿Cómo considera los beneficios de las ID?, Alumnos de 1º año del Ciclo de Licenciatura, Escuela de Enfermería-FCM-UNCuyo, Mendoza, Agosto de 2015.

¿Cómo considera los beneficios de la I.D.?			
Variable	Frecuencia absoluta	Frecuencia relativa y porcentual.	Frecuencia acumulada
Para nada beneficioso	0	0,00%	
Poco beneficioso	0	0,00%	
Medianamente beneficioso	14	20,00%	
Beneficioso	36	50,00%	14
Muy beneficioso	22	30,00%	50
Total	72	100,00%	72

Fuente: Datos obtenidos por los autores, según encuesta, Mendoza, 2015.

GRÁFICO N°8



Comentarios: Observamos en este gráfico que el 50% de la población considera que las ID son beneficiosas para el sistema de salud, luego con un 31% la considera muy beneficiosa y por último con un 19% de la población considerándola medianamente beneficiosa.

TABLA N°9: ¿Considera que la ID es importante para el ámbito de la salud?, Alumnos de 1º año del Ciclo de Licenciatura, Escuela de Enfermería-FCM-UNCuyo, Mendoza, Agosto de 2015.

¿Considera que la I.D es importante para el ámbito de la salud?			
Variable	Frecuencia absoluta.	Frecuencia relativa y porcentual.	Frecuencia acumulada
Sin importancia	1	2,00%	
Poca importancia	0	0,00%	1
Indistinto	5	7,00%	1
Medianamente importante	18	25,00%	6
Importante	48	66,00%	24
Total	72	100,00%	72

Fuente: Datos obtenidos por los autores, según encuesta, Mendoza, 2015.

GRÁFICO N°9



Comentarios: Observamos en este gráfico las opiniones de los encuestados sobre la importancia que tienen las ID en el ámbito de la salud lo que nos da como resultado que el 67% de la población encuestada considera que es importante, con un 25% opinan que es medianamente importante y con un 7% y 1% consideran que es indistinto o sin importancia.

TABLA N°10: Conocimientos acerca de las actividades de enfermería en las ID, Alumnos de 1º año del Ciclo de Licenciatura, Escuela de Enfermería-FCM-UNCuyo, Mendoza, Agosto de 2015.

Conocimientos de las actividades de enfermería en las I.D			
Variable	Frecuencia absoluta.	Frecuencia relativa y porcentual.	Frecuencia acumulada
Correctas	1	1,39%	
Incorrectas	71	98,61%	1
Total	72	100,00%	72

Fuente: Datos obtenidos por los autores, según encuesta, Mendoza, 2015.

GRÁFICO N°10



Comentarios: En el siguiente grafico se intentó obtener información acerca de los conocimientos que tienen los enfermeros acerca de las actividades de enfermería dentro de las ID donde se observó que el 99% de los encuestados no conocía sobre estas y solo el 1% de la población tenía conocimientos sobre esto.

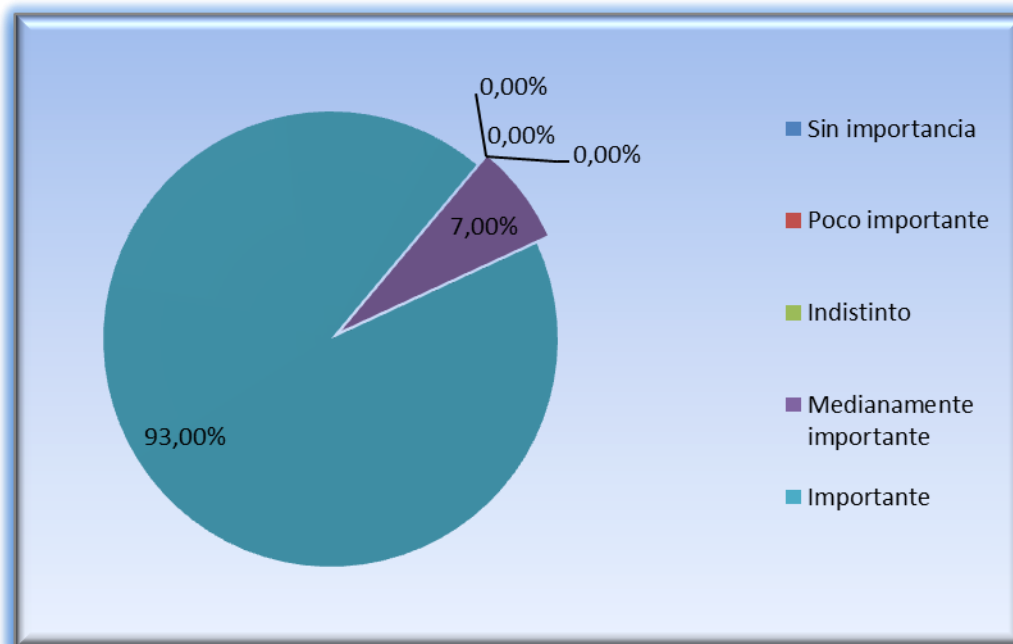
TABLA N°11: ¿Considera que el rol de la enfermería en una ID es un pilar fundamental?, Alumnos de 1º año del Ciclo de Licenciatura, Escuela de Enfermería-FCM-UNCuyo, Mendoza, Agosto de 2015.

¿Considera que el rol de la enfermería en una I.D es un pilar fundamental?			
Variable	Frecuencia absoluta.	Frecuencia relativa y porcentual.	Frecuencia acumulada
Sin importancia	0	0,00%	
Poco importante	0	0,00%	
Indistinto	0	0,00%	
Medianamente importante	5	7,00%	
Importante	67	93,00%	5
Total	72	100,00%	72

Fuente: Datos obtenidos por los autores, según encuesta, Mendoza, 2015.

GRÁFICO N°11

¿Considera que el rol de la enfermería en una I.D es un pilar fundamental?



Comentarios: En el siguiente gráfico se observa las opiniones sobre la importancia que tiene el papel de enfermería dentro de las ID, sacando como resultado que para el 93% de la población en estudio es importante y solo el 7% de la población lo ve medianamente importante.

TABLA N°12: ¿Considera que las actividades de enfermería en un hospital son las mismas que realiza una enfermera en una ID?, Alumnos de 1º año del Ciclo de Licenciatura, Escuela de Enfermería-FCM-UNCuyo, Mendoza, Agosto de 2015.

¿Considera que las actividades de enfermería en un hospital son las mismas que realiza una enfermera en una I.D.?			
Variable	Frecuencia absoluta.	Frecuencia relativa y porcentual.	Frecuencia acumulada.
Totalmente distinto	9	12,50%	
Algo distinto	15	20,87%	9
Similar	25	34,72%	24
Muy similar	18	25,00%	49
Exactamente igual	5	6,94%	67
Total	72	100,00%	72

Fuente: Datos obtenidos por los autores, según encuesta, Mendoza, 2015.

GRÁFICO N°12



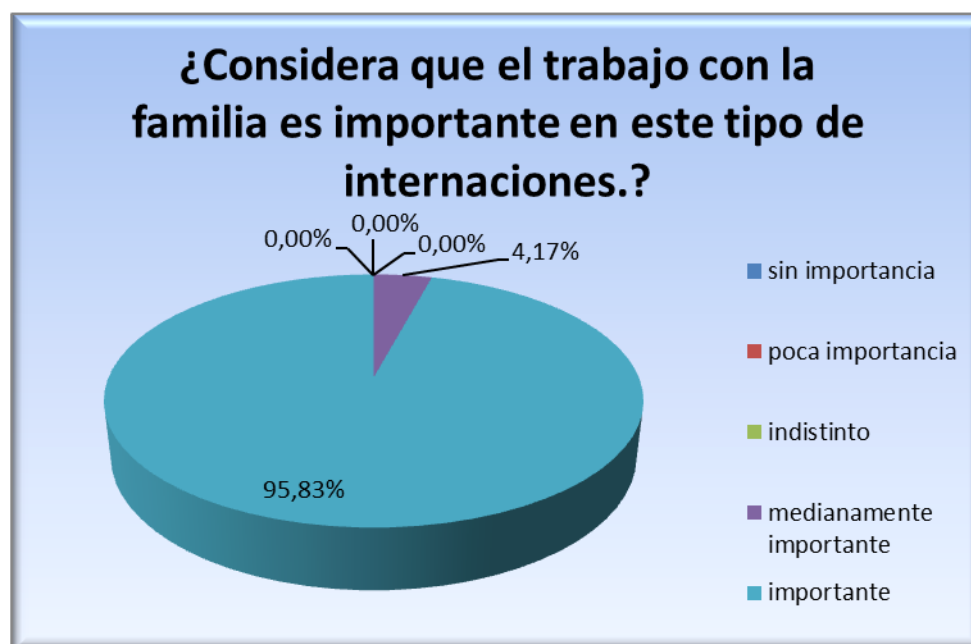
Comentarios: En este gráfico se evalúa acerca de los conocimientos que tiene la población acerca de las actividades que realiza enfermería para saber si los encuestados creen que estas son las mismas en un hospital que en una ID, obteniendo como resultado que un 35% de la población piensa que son actividades similares, un 25% muy similar, siguiendo con un 21% que creen que son algo distinto y con un porcentaje menor del 12% y 7% optando por totalmente distinto y exactamente iguales respectivamente.

TABLA N°13: ¿El trabajo con la familia es importante en las ID?, Alumnos de 1º año del Ciclo de Licenciatura, Escuela de Enfermería-FCM-UNCuyo, Mendoza, Agosto de 2015.

¿Considera que el trabajo con la familia es importante en este tipo de internaciones.?			
Variable	Frecuencia absoluta.	Frecuencia relativa y porcentual.	Frecuencia acumulada.
sin importancia	0	0,00%	
poca importancia	0	0,00%	
indistinto	0	0,00%	
medianamente importante	3	4,17%	
importante	69	95,83%	3
Total	72	100,00%	72

Fuente: Datos obtenidos por los autores, según encuesta, Mendoza, 2015.

GRÁFICO N°13



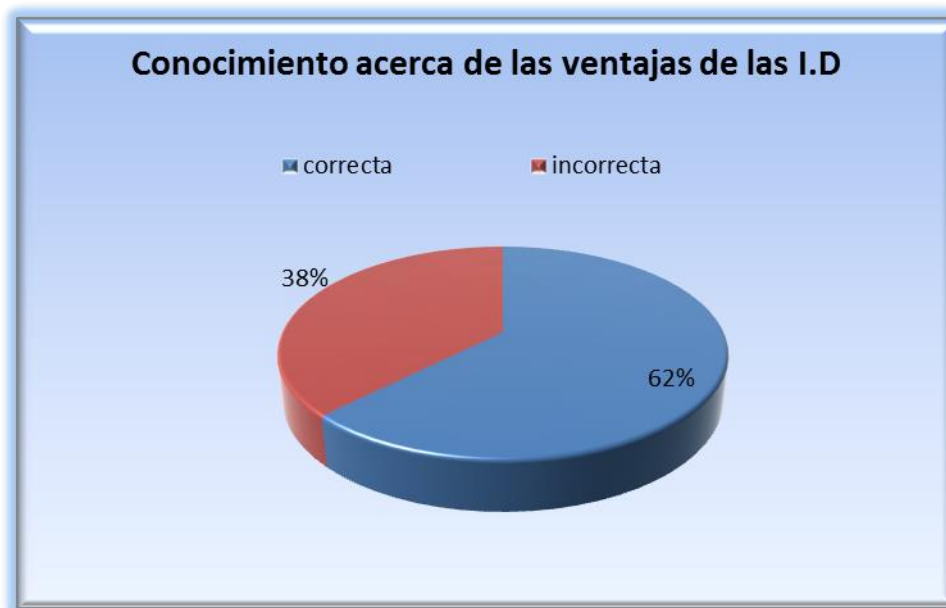
Comentarios: En este gráfico observamos que para el 95,83% de la población es importante el trabajo con la familia y con un porcentaje menor del 4,17% opinan que es medianamente importante.

TABLA N°14: Conocimiento acerca de las ventajas de las ID, Alumnos de 1º año del Ciclo de Licenciatura, Escuela de Enfermería-FCM-UNCuyo, Mendoza, Agosto de 2015.

Conocimiento acerca de las ventajas de la I.D.			
Variable	Frecuencia absoluta.	Frecuencia relativa y porcentual.	Frecuencia acumulada.
Correcta	45	62,50%	
Incorrecta	27	37,50%	45
Total	72	100,00%	72

Fuente: Datos obtenidos por los autores, según encuesta, Mendoza, 2015.

GRÁFICO N°14



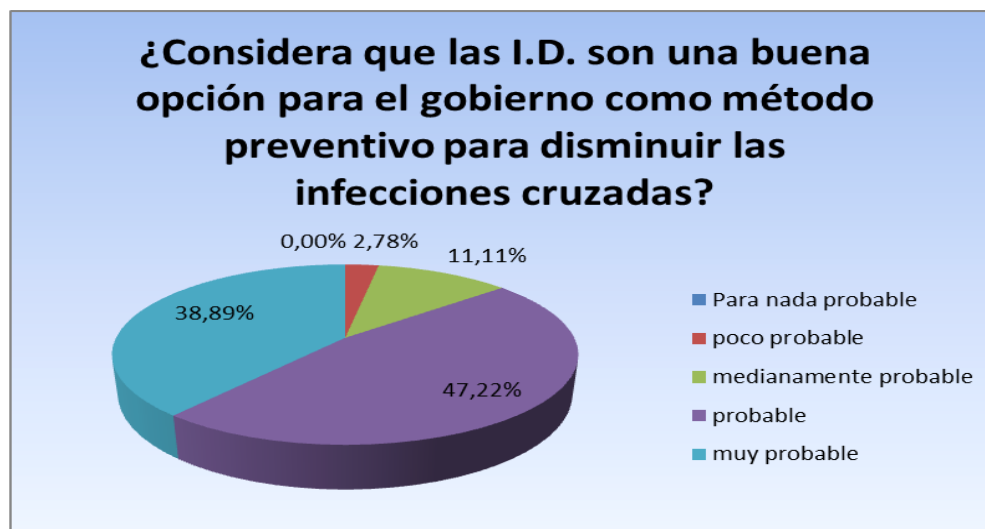
Comentarios: En el siguiente grafico analizamos si los conocimientos de los encuestados son suficientes acerca de las ventajas que tienen las ID para los pacientes de los cuales un 62% de la población contesto de manera correcta por ende se observa que tienen conocimientos acerca de este punto y por otro la con un 38% de la población respondió de manera incorrecta dándonos a entender que los conocimientos no son suficientes.

TABLA N°15: ¿Considera que las ID son una buena opción para el gobierno como método preventivo para disminuir las infecciones cruzadas?, Alumnos de 1º año del Ciclo de Licenciatura, Escuela de Enfermería-FCM-UNCuyo, Mendoza, Agosto de 2015.

¿Considera que las I.D. son una buena opción para el gobierno como método preventivo para disminuir las infecciones cruzadas?			
Variable	Frecuencia absoluta.	Frecuencia relativa y porcentual.	Frecuencia acumulada.
Para nada probable	0	0,00%	
poco probable	2	2,78%	
medianamente probable	8	11,11%	2
probable	34	47,22%	10
muy probable	28	38,89%	44
Total	72	100,00%	72

Fuente: Datos obtenidos por los autores, según encuesta, Mendoza, 2015.

GRÁFICO N°15



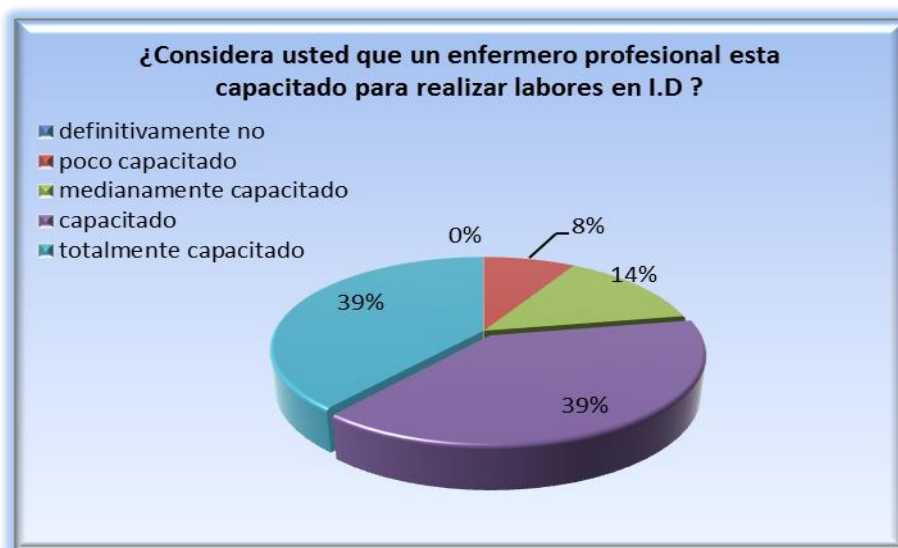
Comentarios: En este gráfico intentamos analizar las opiniones de los encuestados acerca de que si las ID son una buena opción para el gobierno como método preventivo ante las infecciones cruzadas, dando como resultado que un 47,22% de la población considera que es probable, siguiendo con un 38,88% quien considera que es muy probable reducir las infecciones cruzadas y con un 11,11% y 2,77% consideran que es medianamente probable y poco probable respectivamente.

TABLA N°16: ¿Considera usted que un enfermero profesional está capacitado para realizar labores en ID?, Alumnos de 1º año del Ciclo de Licenciatura, Escuela de Enfermería-FCM-UNCuyo, Mendoza, Agosto de 2015.

¿Considera usted que un enfermero profesional esta capacitado para realizar labores en I.D.?			
Variable	Frecuencia absoluta.	Frecuencia relativa y porcentual.	Frecuencia acumulada.
definitivamente no	0	0,00%	
poco capacitado	6	8,33%	
medianamente capacitado	10	13,89%	6
capacitado	28	38,89%	16
totalmente capacitado	28	38,89%	44
Total	72	100,00%	72

Fuente: Datos obtenidos por los autores, según encuesta, Mendoza, 2015.

GRÁFICO N°16



Comentarios: En el siguiente grafico observamos que con un 39% de la población considera que el personal de enfermería está capacitado para afrontar un trabajo de este tipo y con un mismo porcentaje del 39% opina que está totalmente capacitado, dejando con un 14% y 8% optando por considerar que esta medianamente capacitado y poco capacitado respectivamente.

TABLA N°17: ¿Considera que es necesario conocer sobre el estilo de vida, cultura, creencias, estructura familiar, del paciente y su entorno para abordar el tratamiento en forma correcta?, Alumnos de 1º año del Ciclo de Licenciatura, Escuela de Enfermería-FCM-UNCuyo, Mendoza, Agosto de 2015.

¿Considera que es necesario conocer sobre el estilo de vida, cultura, creencias, estructura familiar, etc. Del paciente y su entorno para abordar su tratamiento en forma correcta?			
Variable	Frecuencia absoluta.	Frecuencia relativa y porcentual.	Frecuencia acumulada.
indistinto	0	0,00%	
poco importante	1	1,39%	
medianamente importante	3	4,17%	1
importante	14	19,44%	4
muy importante	54	75,00%	18
Total	72	100,00%	72

Fuente: Datos obtenidos por los autores, según encuesta, Mendoza, 2015.

GRÁFICO N°17



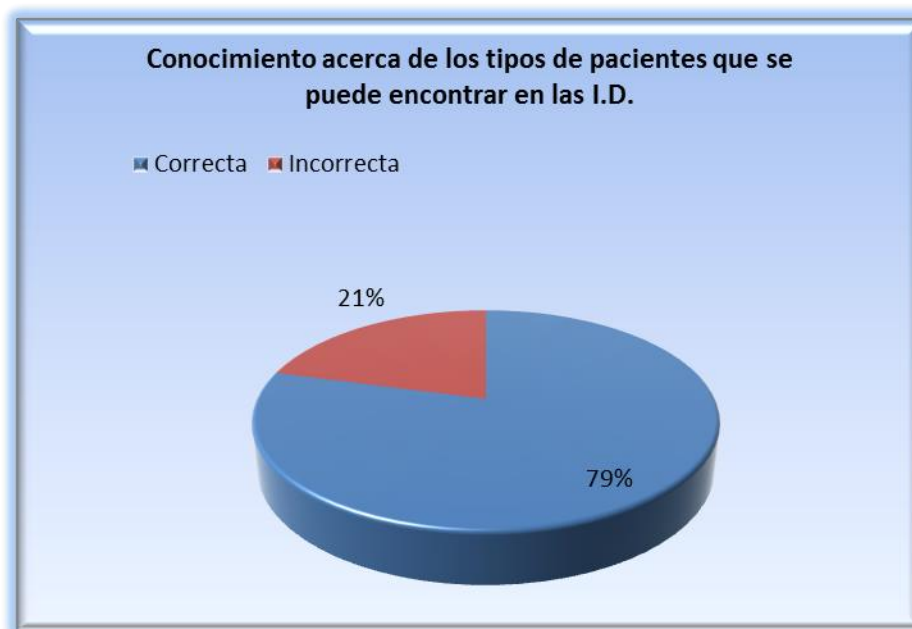
Comentarios: En este gráfico podemos observar las consideraciones que tiene la población en estudio acerca de que si es necesario tener en cuenta holísticamente al paciente, considerando con un 75% que cree que es muy importante y con un porcentaje menor refiere que es importante pero no indispensable y solo con un 4% y 1% considera que es medianamente importante y poco importante respectivamente.

TABLA N°18: Conocimiento acerca de los tipos de pacientes que se puede encontrar en las ID, Alumnos de 1º año del Ciclo de Licenciatura, Escuela de Enfermería-FCM-UNCuyo, Mendoza, Agosto de 2015.

Conocimiento acerca de los tipos de pacientes que se puede encontrar en las I.D.			
Variable	Frecuencia absoluta.	Frecuencia relativa y porcentual	Frecuencia acumulada.
Correcta	57	79,17%	
Incorrecta	15	20,83%	57
Total	72	100,00%	72

Fuente: Datos obtenidos por los autores, según encuesta, Mendoza, 2015.

GRÁFICO N°18



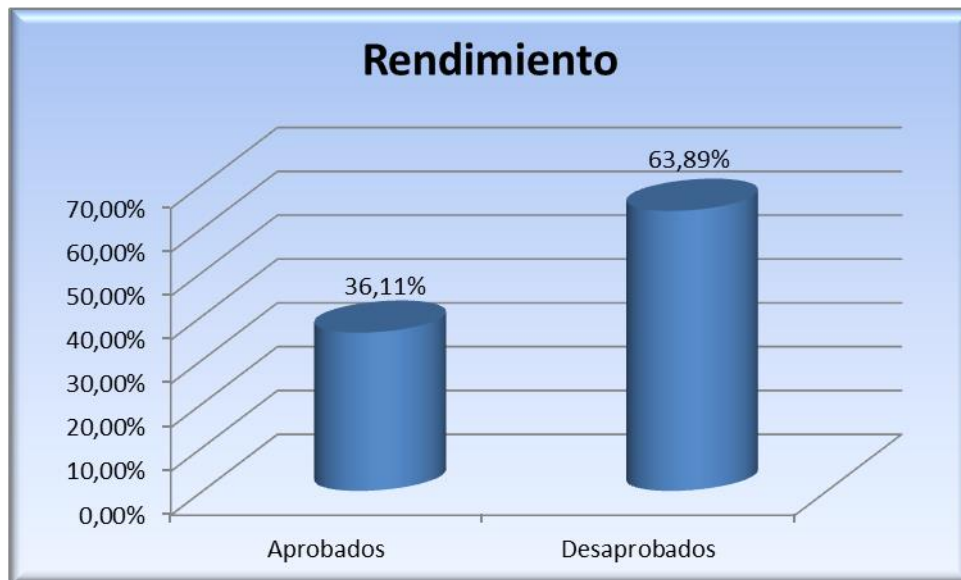
Comentarios: En este gráfico observamos y analizamos el tipo de conocimiento de la población en estudio acerca del tipo de pacientes que se pueden encontrar en este tipo de internación, el cual un 79% respondió de manera correcta y solo el 21% de la población respondió de manera incorrecta no recabando los conocimientos suficientes acerca del mismo.

TABLA N°19: N° de alumnos del 1º año del Ciclo de Licenciatura, Escuela de Enfermería-FCM-UNCuyo, según rendimiento, Mendoza, Agosto de 2015.

Variable	Rendimiento
Aprobados	36,11%
Desaprobados	63,89%
Total	100,00%

Fuente: Datos obtenidos por los autores, según encuesta, Mendoza, 2015.

GRAFICO N°19



Comentarios: En este gráfico observamos que del total de la población $n=72$ solo el 36,11% obtuvo los conocimientos suficientes para considerarlos aprobados y el 63,88% restante no reunió los conocimientos necesarios para aprobar.

TABLA N°20: N° de alumnos del 1º año del Ciclo de Licenciatura, Escuela de Enfermería-FCM-UNCuyo, según rendimiento general, Mendoza, Agosto de 2015.

Tablas y Grafico de comprobación de hipótesis

Variables	Sexo		Edad		Antigüedad		Trabajo en ID	
	F	M	H-35	mas35	H-10	mas10	Si	No
Aprobados	27	2	24	5	26	3	13	16
Desaprobados	36	7	30	13	35	8	11	32
Total	63	9	54	18	61	11	24	48

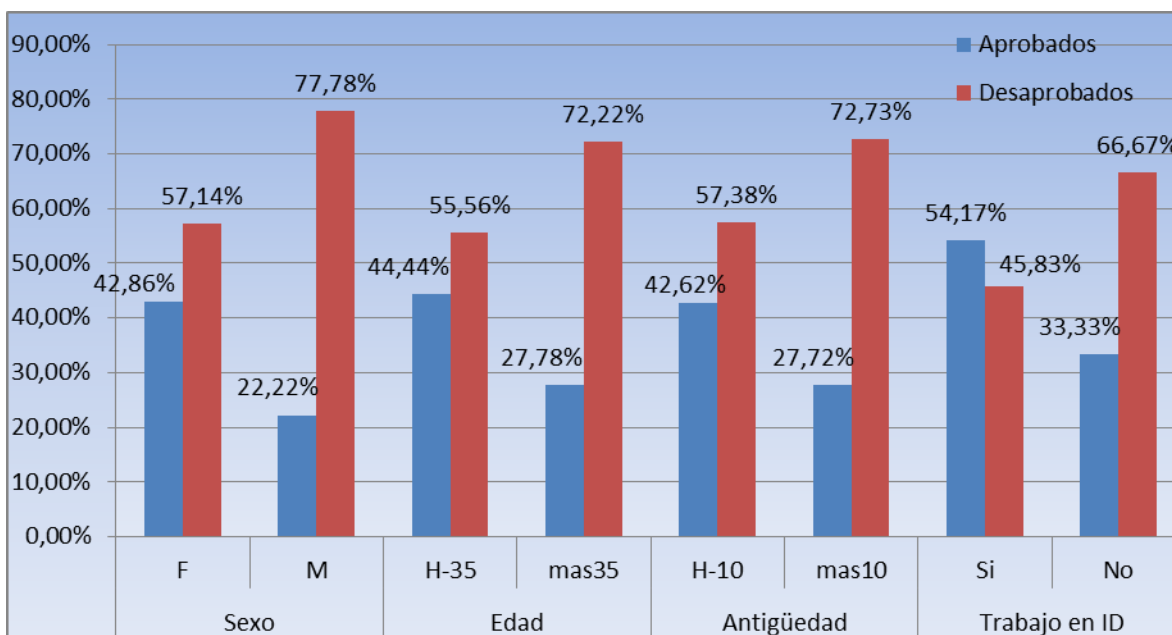
Tabla de Frecuencia Relativa y Porcentual

Variables	Sexo		Edad		Antigüedad		Trabajo en ID	
	F	M	H-35	mas35	H-10	mas10	Si	No
Aprobados	42,86%	22,22%	44,44%	27,78%	42,62%	27,72%	54,17%	33,33%
Desaprobados	57,14%	77,78%	55,56%	72,22%	57,38%	72,73%	45,83%	66,67%
Total	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%	100,00%

Fuente: Datos obtenidos por los autores, según encuesta, Mendoza, 2015.

GRAFICO N°20

Gráfico de comprobación de Hipótesis



Comentarios: Luego de analizar los datos de las encuestas tomando como referencia que de cuatro preguntas debían contestar por lo menos tres preguntas bien para aprobar se obtuvieron los siguientes resultados:

- De la población total Femenina entrevistada el 42,86% y el 22,22% de sexo masculino tienen buenos conocimientos acerca de las ID por lo cual, el 57,14% femenino y 77,78% masculino no recaban los conocimientos necesarios sobre las ID.
- Con respecto a las edades entrevistadas el 44,44% de los encuestados que tienen hasta 35 años de edad y el 27,78% que tienen más de 35 años de edad poseen buenos conocimientos acerca de las ID, y por otro lado el 55,56% que tienen hasta 35 años de edad y el 72,22% que tienen más de 35 años de edad tienen un escaso conocimiento sobre las mismas.
- Por otro lado según la antigüedad de los entrevistados el 42,62% que tiene hasta 10 años laborales y el 2,72% que tiene más de 10 años laborales tuvieron los conocimientos necesarios acerca de las ID y el 57,38% con una

antigüedad hasta 10 años y el 72,73% con más de 10 años laborales no reúnen los conocimientos necesarios sobre las mismas.

- Por último solo un 54,17% de los entrevistados que trabajaron alguna vez en su vida en este tipo de internaciones poseen conocimientos suficientes sobre las ID, mientras que un 45,83% de los encuestados que también trabajaron en estas internaciones no reunieron los conocimientos sobre las mismas. Por otro lado el 33,33% de la población que no trabajó en las ID reunió los conocimientos sobre estas y un 66,67% no alcanzó a reunir los estos conocimientos dichos sobre este tipo de internaciones.

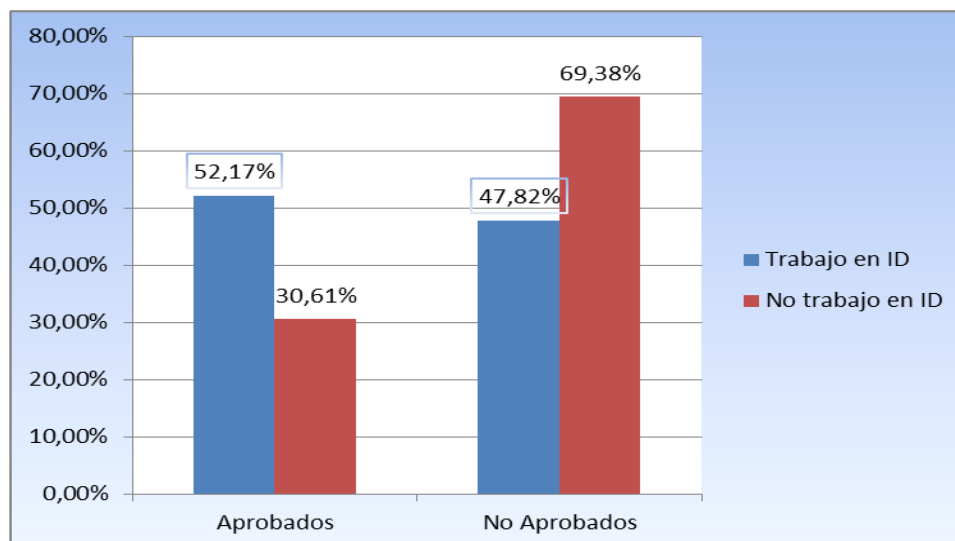
TABLA N°21: Rendimiento VS Experiencia, Alumnos de 1º año del Ciclo de Licenciatura, Escuela de Enfermería-FCM-UNCuyo, Mendoza, Agosto de 2015.

Rendimiento VS Experiencia en ID			
Variable	Aprobados	No Aprobados	TOTAL
Trabajo en ID	52,17%	47,82%	100%
No trabajo en ID	30,61%	69,38%	100%

Fuente: Datos obtenidos por los autores, según encuesta, Mendoza, 2015.

GRAFICO N°21

Rendimiento vs Experiencia en ID



Comentario: En el siguiente grafico podemos observar que hubo un mejor rendimiento de las personas que si trabajaron en ID con respecto a las que no (resultado que era esperable),ya que un 52,17% de los aprobados fueron lo que si tenían algún tipo de experiencia en ello. Pero es importante resaltar que un 47,82% de la población que si tenía experiencia en ID desaprobó, por lo cual concluimos que la experiencia no condiciona el conocimiento que estos pueden llegar a tener ya que por otro lado también con un 30,61% que no es un porcentaje menor de la población que no tenía experiencia aprobó confirmando lo que hemos dicho anteriormente.

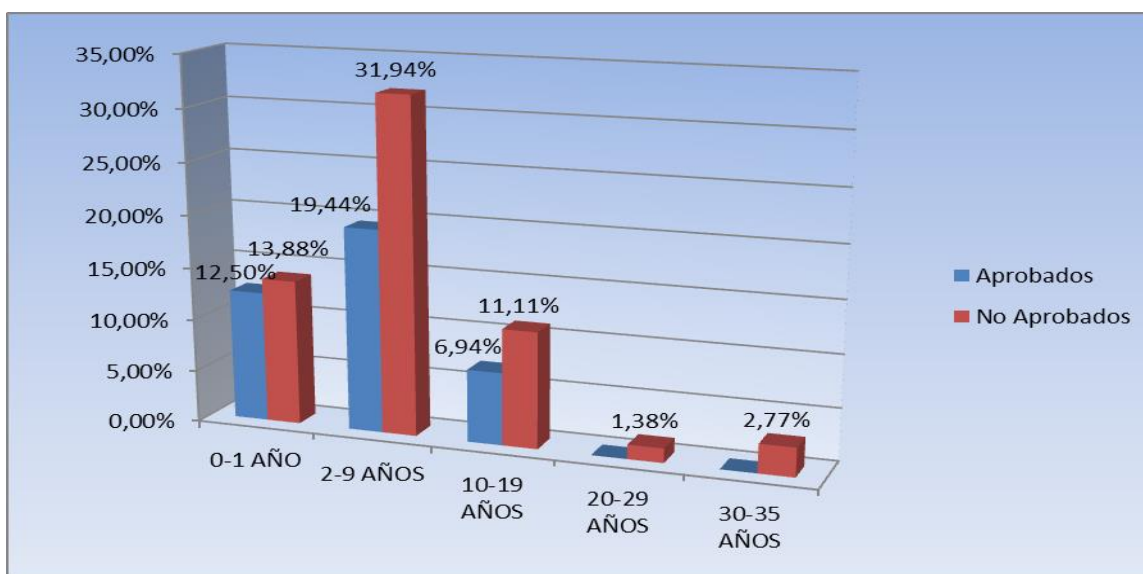
TABLA N°22: Antigüedad VS Rendimiento, Alumnos de 1º año del Ciclo de Licenciatura, Escuela de Enfermería-FCM-UNCuyo, Mendoza, Agosto de 2015.

Antigüedad vs Rendimiento						
VARIABLE	0-1 AÑO	2-9 AÑOS	10-19 AÑOS	20-29 AÑOS	30-35 AÑOS	Total
Aprobados	12,5%	19,44%	6,94%	0,00%	0,00%	38,88%
No Aprobados	13,88%	31,94%	11,11%	1,38%	2,77%	61,80%
Total	26,38%	51,38%	18,50%	1,38%	2,77%	100%

Fuente: Datos obtenidos por los autores, según encuesta, Mendoza, 2015.

GRAFICO N°22

Antigüedad vs Rendimiento



Comentario: En el siguiente grafico podemos observar y comparar el rendimiento que tiene la poblacion en estudio con respecto a los años de antigüedad, dando como resultado que del total de la poblacion tiene un mejor rendimiento las personas de menor antigüedad, si bien habia un menor porcentaje de poblacion en el rango de 20 a 29 años (1,38%) y 30 a 35 años (3%), lo que se esperaba era que estas por sus años de practica en la profesion obtubieran un mejor rendimiento, lo cual no fue asi, es por esto que concluimos que la antigüedad no condiciona el conocimiento.

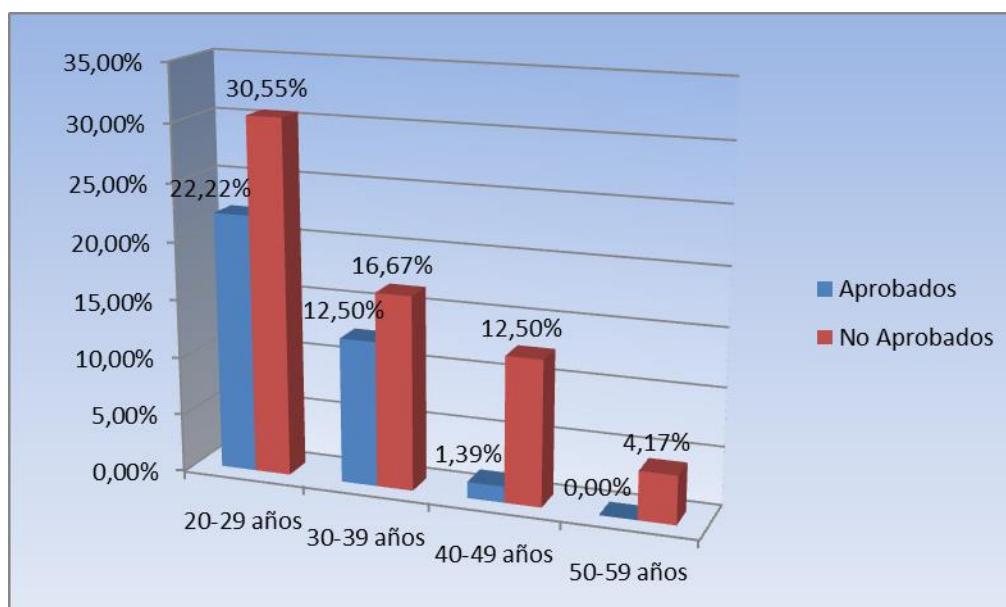
TABLA N°23: Edad vs Rendimiento, Alumnos de 1º año del Ciclo de Licenciatura, Escuela de Enfermería-FCM-UNCuyo, Mendoza, Agosto de 2015.

Edad vs Rendimiento					
VARIABLE	20-29 años	30-39 años	40-49 años	50-59 años	Total
Aprobados	22,22%	12,50%	1,39%	0,00%	36,11%
No Aprobados	30,55%	16,67%	12,50%	4,17%	63,89%
Total	52,77%	29,17%	13,89%	4,17%	100%

Fuente: Datos obtenidos por los autores, según encuesta, Mendoza, 2015.

GRAFICO N°23

Edad vs Rendimiento



Comentario: En el siguiente grafico podemos observar y comparar el rendimiento de la población en estudio según la edad, dando como resultado que el mejor rendimiento se obtuvo en el rango de 20 a 29 años con un 22,22% sobre un 0% del rango etario de 50 a 59 años, concluyendo que la edad tampoco condiciona al conocimiento.

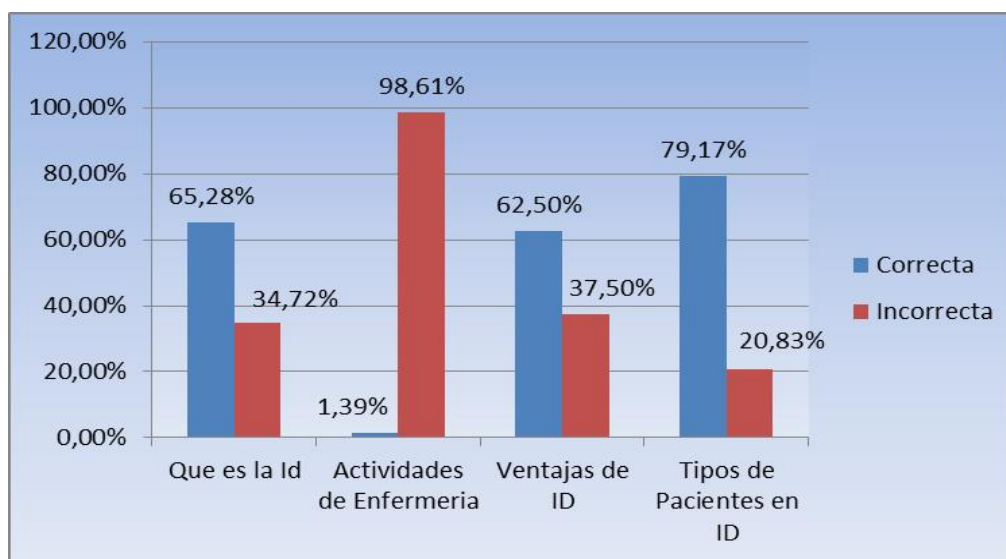
TABLA N°24 Rendimiento según preguntas acerca de las ID, Alumnos de 1º año del Ciclo de Licenciatura, Escuela de Enfermería-FCM-UNCuyo, Mendoza, Agosto de 2015.

Rendimiento				
VARIABLE	Que es la Id	Actividades de Enfermeria	Ventajas de ID	Tipos de Pacientes en ID
Correcta	65,28%	1,39%	62,50%	79,17%
Incorrecta	34,72%	98,61%	37,50%	20,83%
Total	100%	100%	100%	100%

Fuente: Datos obtenidos por los autores, según encuesta, Mendoza, 2015.

GRAFICO N°24

Rendimiento según cuestionario



Comentario: En el siguiente grafico observamos el rendimiento que se obtuvo de la población con respecto a 4 conocimientos básicos que debe tener un enfermero/a con respecto a las ID. Se observa que si bien tienen medianamente algunos conceptos claros, debemos resaltar que el conocimiento acerca de las actividades que un enfermero realiza dentro de este tipo de internaciones no es claro y solo el 1,39%(1 sola persona) de la población respondió de forma correcta, por lo que consideramos que hay un déficit de conocimientos en el quehacer de enfermería en las ID.

CAPÍTULO III:
Resultados, Discusión y Propuestas

Resultados

Luego de analizar los datos recabados en las entrevistas realizadas a los estudiantes de primer año de la licenciatura en enfermería en la Universidad Nacional de Cuyo, Sede Facultad de Ciencias Médicas, Escuela de Enfermería, podemos concluir que estos no tienen los conocimientos suficientes acerca de lo que es una internación domiciliaria y mucho menos sobre el papel que cumple el profesional de enfermería en la misma, como así también las ventajas, beneficios, entre otros, no hay discriminación acerca de la edad, ni sexo, ni antigüedad o si trabajo o no en este tipo de internación ya que al obtener los datos no hay una diferenciación en esto. Se observa que hay un escaso conocimiento lo que nos lleva a confirmar y aceptar nuestra hipótesis realizada al inicio de esta investigación.

Por otro lado con respecto a la caracterización de la población de estudio (n 72) se observa una gran cantidad de personas de sexo femenino con un 87% que predomina más que el sexo masculino con un 13%. Al analizar las edades encontramos que prevalece el rango etario de 20-29 años, siguiendo de 30 a 39 años y con un porcentaje menor los rangos de 40 a 49 y 50 a 59 años respectivamente, por lo que concluimos que las edades son variadas, con una edad promedio de 31 años.

En esta población la mayoría ejerce la enfermería en los distintos sectores de salud prevaleciendo el rango de antigüedad de 2 a 9 años de los cuales solo el 35% de estos tiene dos trabajos para poder vivir.

El método que utilizamos para evaluar los conocimientos de esta población fue una encuesta que constaba de 12 preguntas de las cuales cuatro de ellas nos dio la información necesaria para medir el nivel de conocimiento que tenían. Estas preguntas hacían referencia a la definición de ID, las actividades de enfermería en ID, las ventajas que tiene esta internación sobre el tratamiento del paciente y por último los tipos de pacientes que se pueden encontrar en ellas. Dándonos como resultado que solo el 36, 11% de la población en estudio tenía los conocimientos

suficientes sobre este tema. Vale destacar que solo el 1,39% de la población equivalente a una sola persona respondió de manera correcta la pregunta acerca de las actividades de enfermería lo cual nos parece preocupante ya que el quehacer de enfermería en estas internaciones es de suma importancia.

Con respecto a las ID no muchos han experimentado la labor de enfermería en estas internaciones ya que solo el 32% de estos trabaja o trabajo alguna vez en su vida en ellas, lo que nos lleva a la conclusión de que al no tener experiencia en este ámbito es poca la información y conocimientos que tienen sobre la misma ya que solo la mitad de la población que trabajo en ID (52,17%) tiene los conocimientos suficientes acerca de estas. Por este motivo luego de analizar los datos obtenidos de esta investigación concluimos que ni la edad, ni experiencia en las ID, ni la antigüedad laboral condiciona el conocimiento de la población en estudio sobre las internaciones domiciliarias.

Por ultimo podemos decir y resaltar sobre la importancia que hay de tener conocimientos sobre lo que son las ID y el papel que cumple enfermería en esto, ya que es un trabajo muy distinto al del ámbito hospitalario por lo que nuestra labor en esta es fundamental, independiente y autónoma, lo que nos ayuda a crecer como profesionales ya que somos en muchas ocasiones quienes tomamos las decisiones con respecto al paciente, quienes administramos, brindamos cuidados y apoyo no solo al paciente sino a la familia la cual ocupa un lugar importantísimo en la recuperación y tratamiento del paciente es por esto que creemos necesario adquirir estos conocimientos, poder tener al alcance información y ver este tipo de trabajo como una buena opción no solo económica sino para crecer en lo personal y profesional.

Discusión

Es importante tener conocimientos acerca de las internaciones domiciliarias ya que como hemos visto en este último tiempo han hecho su boom, es por este motivo que es necesario preguntarnos: ¿contamos con los conocimientos necesarios sobre este tema?, ¿tenemos al alcance información para poder interiorizarnos sobre las internaciones domiciliarias? ¿Es necesario integrar en la curricula de enfermería estos conocimientos?, ¿realmente solo con la carrera de enfermería universitaria ya somos capaces de afrontar y llevar a cabo un trabajo como este?, ¿es necesario que las entidades donde se brinda este tipo de atención capaciten al personal antes de comenzar a trabajar? ¿Tenemos en claro el quehacer de enfermería en este tipo de internaciones y su autonomía de los cuidados?, ¿Por qué creemos que las ID no son tomadas como primera opción laboral?, ¿Falta información?

Propuestas

1. Concientizar a los enfermeros sobre la importancia que tienen las internaciones domiciliarias y poner al alcance información de las mismas para poder interiorizarlos sobre estas.
2. Realizar cursos de capacitación sobre las internaciones domiciliarias
3. Fomentar y apoyar la integración de esta modalidad en la curricula de enfermería
4. Realizar charlas, ateneos y talleres sobre las ID en las universidades.
5. Fomentar la capacitación previa del enfermero/a antes de ingresar a trabajar en esta nueva modalidad.
6. Fomentar e incentivar a los estudiantes de enfermería y profesionales a investigar sobre este tipo de internaciones para que de esta manera puedan interiorizarse en el tema y se genere un estímulo para que estos puedan optar por este tipo de modalidad de trabajo.

Bibliografía

- Fernández Lorena; Touse Martin. Perfil del personal que brinda cuidados en atención domiciliaria. Pilar 2011
- Dra. Cortiglia; Arquitecto Penisi; Bioingeniero Poulo; Trabajo monográfico cohorte 2009, internación domiciliaria un enfoque interdisciplinario.
- Ministerio de salud la nación programa nacional de garantía de la calidad de atención médica. Resolución 704/2000, normas de organización y funcionamiento del servicio de internación medica 2000
- Contel JC Gane J. Peya M. seguimiento de una cohorte de atención domiciliaria. Revista atención primaria ,2006. 38(1) 47-50
- Enrique Ramón Real,Jose Antonio Dias La hospitalización domiciliaria. Antecedentes situación actual y perspectiva. Revista panamericana año 2014
- Inmaculada Ubeda Bemet, Monserrat; Roca Reger. Enfermería comunitaria la visita domiciliaria tomo II cap.56.
- Erma Barrientos A. Cecilia Campos; Rina Perez; horizontes de la enfermería, publicación anual de la escuela de enfermería de la universidad católica de chile
- www.lanacion.com.ar/1404574/crece/la/internacion/domiciliaria/en/la/argentina/
- www.who.int/medicentre/news/realses/2005/prestes/

APÉNDICES Y ANEXOS

Encuesta

Tema: Internación Domiciliaria (ID)

Datos Personales

Edad:

Años Laborales:.....

Sexo: F M

Otro Trabajo: SI NO

Trabajo en Internación Domiciliaria: SI NO

(Si su respuesta es positiva)

Tiempo en que trabajo en internación domiciliaria:.....

1) *¿Qué es para usted la Internación Domiciliaria?*

- a) Son los cuidados que se brindan pura y exclusivamente al paciente en su domicilio.
- b) Son los cuidados que se brinda al paciente y a su vez educación, contención y trabajo conjunto con su grupo familiar en el domicilio.
- c) Es un trabajo interdisciplinario que se realiza con el fin de una recuperación más eficaz en su domicilio.
- d) B y C son correctas.
- e) Todas son correctas.

2) *Como considera los BENEFICIOS de la internación domiciliaria*

- +
Para nada Poco Medianamente Beneficioso Muy
Beneficioso Beneficioso Beneficioso Beneficioso

3) *Considera que las Internaciones domiciliarias son importantes para el ámbito de la salud*

- +
Sin importancia Poca importancia Indistinto Medianamente Importante
Importante

4) Que actividades cumple Enfermería en las ID

- a) Solo actividades relacionadas con el paciente
- b) Actividades con el paciente y la familia
- c) Actividades administrativas
- d) Educación
- e) Actividades de coordinación, mediación y líder en el grupo familiar y grupo interdisciplinario

5) Considera que el rol de enfermería en una ID es un pilar fundamental para este tipo de internaciones

- ○ ○ ○ ○ +
Sin importancia Poca importancia Indistinto Medianamente Importante
Importante

6) Considera que las actividades que realiza una enfermera en un hospital son las mismas que realiza una enfermera en una internación domiciliaria

- ○ ○ ○ ○ +
Totalmente distinto Algo distinto Similar Muy Similar Exactamente Iguales

7) Considera que el trabajo con la familia es importante en este tipo d internaciones

- ○ ○ ○ ○ +
Sin importancia Poca importancia Indistinto Medianamente Importante
Importante

8) Conoce acerca de las ventajas que tienen las ID sobre el tratamiento del paciente

- a) Mejor recuperación por encontrarse en su entorno familiar
- b) Atención personalizada y más humanizada
- c) Desinserción social
- d) Disminución de infecciones cruzadas
- e) Imposibilita al paciente a continuar con sus actividades mínimas diarias

9) Considera que las ID es una buena opción para el gobierno como método preventivo para disminuir las infecciones cruzadas

- ○ ○ ○ ○ +

Para nada probable Poco probable Medianamente Probable Muy Probable
Probable

10) Considera usted que un enfermero profesional está capacitado para realizar labores en Internaciones Domiciliarias

- ○ ○ ○ ○ ○ +
Definitivamente No Poco Capacitado Medianamente Capacitado Totalmente
Capacitado Capacitado

11) Considera que es necesario conocer sobre el estilo de vida, cultura, creencias, estructura familiar, etc., del paciente y su entorno para abordar su tratamiento de una forma correcta

- ○ ○ ○ ○ ○ +
Indistinto Poco importante Medianamente Importante Muy importante
Importante

12) Que tipos de pacientes podemos encontrar en las ID:

- a) Pacientes con dificultades físicas que impiden que puedan movilizarse de forma normal.
- b) Pacientes con oxigenoterapia, tratamientos endovenosos, y con trastornos que le impidan alimentarse lo que requieren de un apoyo nutricional ya sea enteral o parenteral.
- c) Pacientes independientes que solo necesitan un apoyo para ciertas actividades que enfermería puede brindárselo.
- d) Pacientes terminales que requieren de la atención de enfermería para un cuidado absoluto y continuo.
- e) Todas son correctas.

Tabla matriz

	A	B	C	D	E	F	1		2	3	4		5	6	7	8		9	10	11	12		N
n°E							C	I			C	I				C	I				C	I	
1	25	F	3a	NO	NO		X		B	I		X	I	MS	I		X	P	PC	I	X		d
2	24	F	0	NO	NO		X		MB	I		X	I	SIM	I	X		MeP	PC	MI	X		a
3	25	F	3a	NO	SI	19m	X		B	I		X	I	MS	I		X	P	PC	MI	X		d
4	58	M	31a	SI	SI	36m	X		B	I		X	I	SIM	I		X	P	C	I	X		d
5	28	M	3a	SI	SI	12m		X	B	I		X	I	AD	I	X		MP	TC	MI	X		d
6	27	M	4a	NO	NO			X	MB	I		X	I	TD	I		X	P	TC	MI	X		d
7	30	M	5a	SI	SI	24m	X		MB	I		X	I	TD	I	X		MP	TC	MI	X		a
8	31	M	7a	NO	NO		X		B	I		X	I	SIM	MeI		X	P	MeC	MI	X		d
9	40	M	8a	SI	SI	36m	X		MB	I		X	I	SIM	I		X	MP	TC	MI	X		d
10	44	M	10a	NO	NO			X	B	I		X	I	EI	I	X		P	C	MI	X		d
11	24	M	1a	SI	SI	5m	X		B	I		X	I	TD	I	X		MP	TC	MI	X		a
12	28	M	6a	SI	NO			X	MeB	MeI		X	I	MS	I		X	P	C	I	X		d
13	32	F	4a	SI	SI	5m	X		MB	I		X	I	SIM	I	X		MeP	C	MI	X		a
14	42	F	7a	NO	NO		X		B	IND		X	I	SIM	I	X		P	C	MI		X	d
15	22	F	1a	NO	SI	6m		X	B	MeI		X	I	TD	I		X	PP	C	MI		X	d
16	32	F	4a	NO	NO			X	MB	I		X	I	SIM	I	X		MP	TC	MI	X		d
17	24	F	1a	SI	SI	6m	X		MeB	MeI		X	I	AD	I	X		P	C	MI		X	d
18	23	F	2a	SI	SI	8m	X		MB	MeI		X	MeI	TD	I	X		MP	MeC	MI	X		a
19	31	F	5a	NO	NO			X	B	I		X	I	SIM	I		X	P	C	I	X		d
20	22	F	2a	SI	SI	24m	X		B	I		X	I	MS	I	X		MeP	TC	MI	X		a
21	29	F	2a	NO	SI	24m	X		B	I		X	I	EI	I	X		P	TC	MI	X		a
22	33	F	10a	NO	NO		X		B	I		X	I	MS	I	X		P	C	I	X		a
23	30	F	4a	NO	NO			X	MeB	I	X		I	TD	I	X		MP	TC	MeI		X	d
24	32	F	12a	NO	NO		X		B	I		X	I	AD	I		X	MeP	TC	MeI	X		d
25	26	F	5a	SI	NO			X	MB	I		X	I	SIM	I	X		P	C	MI	X		d
26	24	F	3a	NO	SI	1m		X	MeB	I		X	I	AD	I		X	MEP	C	MI		X	d
27	45	F	15a	SI	NO			X	MeB	MeI		X	MeI	AD	I		X	MP	C	I	X		d
28	40	F	15a	SI	SI	60m	X		MeB	MeI		X	I	AD	I	X		P	C	I	X		a
29	23	F	1a	NO	NO		X		B	IND		X	I	SIM	I		X	P	TC	MI		X	d
30	22	F	1a	NO	NO			X	MeB	I		X	I	SIM	I		X	P	C	MI	X		d
31	26	F	1a	SI	NO		X		MeB	MeI		X	I	AD	I	X		MP	MeC	MI	X		a
32	35	F	6a	NO	SI	1m		X	MeB	IND		X	I	MS	I	X		P	C	MI	X		d
33	21	F	³ MESES	NO	NO		X		B	IND		X	I	MS	I	X		P	C	MI	X		a
34	42	F	15a	NO	NO		X		B	I		X	I	AD	I		X	P	C	MI	X		d
35	35	F	9a	NO	NO		X		MB	SI		X	I	TD	I		X	MP	PC	MI		X	d

36	27	F	1a	NO	NO			X	B	Mel		X	I	AD	I	X		MP	MeC	I		X	d
37	35	F	5a	NO	NO		X		B	I		X	I	MS	I	X		MP	TC	MI		X	d
38	24	F	16m	NO	SI	10 m	X		B	I		X	I	SIM	I	X		MeP	MeC	MI	X		a
39	23	F	2a	SI	SI	18 m		X	B	Mel		X	I	TD	Mel	X		MeP	C	MI	X		d
40	25	F	6a	NO	NO		X		B	I		X	I	SIM	I	X		P	C	MI	X		a
41	49	F	17a	NO	NO		X		B	Mel		X	Mel	MS	Mel		X	P	C	I	X		d
42	39	F	17a	SI	SI	120 m	X		MB	I		X	I	EI	I	X		MP	TC	MI	X		a
43	24	F	2a	SI	NO		X		B	I		X	I	AD	I	X		MP	C	MI	X		a
44	24	F	2a	NO	NO		X		B	Mel		X	I	AD	I	X		P	PC	MI	X		a
45	27	F	3a	NO	NO		X		B	Mel		X	I	SIM	I		X	P	C	MI	X		d
46	25	F	3m	SI	NO			X	MB	IND		X	I	EI	I		X	PP	TC	I	X		d
47	37	F	6a	NO	SI	3 m	X		MB	I		X	I	MS	I	X		P	C	I	X		a
48	41	F	10a	SI	SI	12 m		X	MB	I		X	I	AD	I		X	P	C	MI	X		d
49	29	F	6a	NO	NO		X		MB	I		X	I	SIM	I	X		MP	TC	I	X		a
50	55	F	25a	SI	NO		X		MB	I		X	I	MS	I		X	MP	TC	MI	X		d
51	33	F	8a	NO	NO		X		MB	I		X	Mel	MS	I	X		MeP	TC	PI	X		a
52	22	F	0	NO	NO		X		MB	I		X	I	AD	I		X	MP	C	MI	X		d
53	27	F	2a	NO	NO			X	MeB	Mel		X	I	MS	I		X	P	TC	MI	X		d
54	46	F	13a	SI	SI	9 m	X		B	Mel		X	Mel	SIM	I		X	MP	C	I		X	d
55	34	F	1a	NO	NO			X	B	I		X	I	MS	I	X		MP	TC	MI	X		d
56	28	F	2a	SI	NO			X	B	Mel		X	I	SIM	I		X	MP	MeC	MI		X	d
57	34	F	8a	NO	NO			X	MB	I		X	I	EI	I	X		MP	TC	MI	X		d
58	49	F	10a	NO	NO			X	B	I		X	I	AD	I	X		MP	TC	MI	X		d
59	38	F	10a	NO	NO			X	B	Mel		X	I	SIM	I	X		P	MeC	MI	X		d
60	55	F	35a	NO	NO			X	MeB	I		X	I	SIM	I	X		MP	C	MI		X	d
61	29	F	5a	SI	SI	6 m	X		MeB	I		X	I	SIM	I	X		P	TC	MI	X		a
62	22	F	0	NO	NO		X		B	Mel		X	I	SIM	I		X	MP	C	MI	X		D
63	37	F	6m	NO	NO		X		MB	I		X	I	MS	I	X		P	TC	MI	X		A
64	38	F	3a	SI	NO		X		MeB	I		X	I	SIM	I	X		P	PC	Mel	X		A
65	30	F	5a	NO	NO		X		MB	I		X	I	MS	I		X	P	TC	MI	X		D
66	24	F	0	NO	NO		X		B	I		X	I	TD	I	X		MP	TC	MI	X		A
67	22	F	0	NO	NO		X		B	I		X	I	SIM	I	X		MP	MeC	MI		X	D
68	24	F	2a	SI	NO		X		MB	I		X	I	MS	I	X		MP	TC	MI	X		A
69	24	F	1a	NO	SI	12 m	X		MB	I		X	I	SIM	I	X		P	TC	MI	X		A
70	25	F	4a	NO	NO		X		B	Mel		X	I	SIM	I	X		P	TC	MI		X	D
71	36	F	12a	NO	NO		X		B	I		X	I	AD	I	X		P	TC	MI	X		A
72	22	F	8m	NO	NO			X	MeB	I		X	I	MS	I	X		P	MeC	I		X	D

Referencias

N° de encuestas: Del n°1 al n°72

Preguntas de las encuestas: Del n°1 al n°12

Datos personales:

A: Edad,

B: Sexo,

C: Años laborales,

D: Otro trabajo,

E: Trabajo en Internación Domiciliaria,

F: Tiempo de trabajo en Internación Domiciliaria

- ***Pregunta numero 1 hace referencia a una definición general de la Internación Domiciliaria***

C: Correcta

I: Incorrecta

- ***Pregunta numero 2 hace referencia a los beneficios de las Internaciones Domiciliarias clasificándolo en:***

1. PNB: Para nada beneficioso
2. PB: Poco beneficioso
3. MeB: Medianamente beneficioso
4. B: Beneficioso
5. MB: Muy beneficioso

- ***Pregunta numero 3 hace referencia a la importancia de las internaciones domiciliarias clasificándolo en:***

1. SI: Si importancia
2. PI: Poca importancia
3. Ind: Indistinto

4. Mel: Medianamente importante

5. I: Importante

- ***Pregunta numero 4 hace referencia a las actividades que cumple enfermería en las Internaciones Domicilias.***

C: Correcta

I: Incorrecta

- ***Pregunta numero 5 hace referencia a la importancia del rol de enfermería en las internaciones domiciliarias:***

1. SI: Sin importancia

2. PI: Poca importancia

3. IND: Indistinto

4. Mel: Medianamente importante

5. I: Importante

- ***Pregunta numero 6 hace referencia a la diferencia de las actividades de enfermería en las ID y en el hospital:***

1. TD: Totalmente distinto

2. AD: Algo distinto

3. SIM: Similar

4. MSI: Muy similar

5. EI: Exactamente iguales

- ***Pregunta numero 7 hace referencia a la importancia del trabajo con la familia en las ID***

1. SI: Sin importancia

2. PI: Poca importancia

3. Ind: Indistinto

4. Mel: Medianamente importante

5. I: Importante

- ***Pregunta numero 8 hace referencia a las ventajas que tienen las ID en el tratamiento del paciente***

C: Correcta

I: Incorrecta

- ***Pregunta numero 9 hace referencia al uso de las ID como método preventivo siendo una opción para el gobierno para disminuir las infecciones cruzadas:***
 1. PNP: Para nada probable
 2. PP: Poco probable
 3. MeP: Medianamente probable
 4. P: Probable
 5. MP: Muy probable
- ***Pregunta numero 10 hace referencia a las capacidades que tiene un enfermero para trabajar en las ID:***
 1. DNo: Definitivamente no
 2. PC: Poco capacitado
 3. MeC: Medianamente capacitado
 4. C: Capacitado
 5. TC: Totalmente capacitado
- ***Pregunta numero 11 hace referencia a la importancia que tiene conocer acerca del entorno, familia y modo de vivir del paciente para su tratamiento:***
 1. Ind: Indistinto
 2. PI: Poco importante
 3. Mel: Medianamente importante
 4. I: Importante
 5. MI: Muy importante
- ***Pregunta numero 12 hace referencia a los tipos de pacientes que podemos encontrar en las ID.***

C: Correcta

I: Incorrecta

- **N:** Notas

D: Desaprobados

A: Aprobados