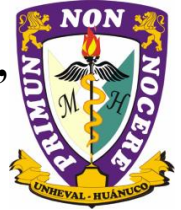




UNIVERSIDAD NACIONAL “HERMILIO VALDIZÁN”



FACULTAD DE MEDICINA

ESCUELA PROFESIONAL DE MEDICINA HUMANA

TESIS:

**“INFLUENCIA DEL TIEMPO DE VISITA, GRADO DE
DEPENDENCIA Y PRESENCIA DEL CUIDADOR, EN LA
SATISFACCIÓN DE LOS USUARIOS DEL PROGRAMA
DE ATENCIÓN DOMICILIARIA (PADOMI) - HOSPITAL
II ESSALUD HUÁNUCO, 2015”**

**TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL
DE MÉDICO CIRUJANO**

AUTORES:

ENRIQUE MANUEL HUAMÁN SANTIAGO

JUAN CARLOS SALAZAR BORJA

HUÁNUCO – PERÚ

2017

DEDICATORIA

Enrique Huamán

A mis padres, por su constante apoyo.

Juan Carlos Salazar

A mis padres y hermanos, por su apoyo incondicional durante mi formación.

AGRADECIMIENTOS

A nuestros docentes.

Por su guía y paciencia durante los años de enseñanza.

A los médicos de PADOMI.

Por su dedicación y cuidado a los pacientes a diario.

RESUMEN:

Objetivos: Determinar la influencia del tiempo de visita del personal de salud, el grado de dependencia y la presencia del cuidador en la satisfacción de los usuarios del Programa de Atención Domiciliaria (PADOMI) del Hospital II EsSalud Huánuco.

Materiales y métodos: El diseño fue descriptivo de corte transversal, la muestra estuvo constituida por 204 pacientes de los 589 registrados hasta noviembre del 2015, se empleó encuestas para recolectar los datos; para buscar asociación entre las variables independientes y la dependiente se utilizó ANOVA, Tau de Kendall y Chi² para lo cual se empleó SPSS.V23.

Resultados: Los resultados corresponden a 204 pacientes usuarios del Programa de Atención Domiciliaria (PADOMI), de los cuales 128 (62,7%) eran mujeres, con una edad promedio de 79,9 años (30 a 100 años).

En cuanto a las características epidemiológicas de los pacientes de PADOMI se distribuyeron en 9 zonas la ciudad de Huánuco (A, B, C, D, E, F, G, I y J); siendo las de mayor distribución las zonas D (22,1%) y E (23,5%) correspondientes al casco urbano de la ciudad de Huánuco, en quienes el nivel de estudios: primaria completa (17,6%) y secundaria incompleta (12,3%) fueron los más frecuentes. Así mismo la religión que profesan en mayor proporción fue la Católica (82%).

En cuanto al número de las comorbilidades, presentaron una media de 4,8 (DS±1,5), siendo las más frecuentes: hipertensión arterial (12,64%), gastritis (5,47%), osteoporosis (4,75%), insomnio (4,54%), diabetes mellitus tipo 2 (4,02%).

Mientras que los pacientes de PADOMI presentaron un grado de dependencia total 20 (9,8%), severa 41 (20,1%), moderada 100 (49%), escasa 20 (9,8%) e independencia total 23 (11,3%) en el total de encuestados.

Además encontrándose hacinamiento en 8 (3,9%) de los encuestados con una media de personas en la casa de 4,89 (DS±1,5) y una media de habitaciones en la casa de 3,86 (DS±2,08).

Estando el paciente en compañía del cuidador principal (94,1%), siendo este un familiar (80,9%) y en algunos casos no contaba con persona responsable (5,9%) para su cuidado.

En cuanto a las características epidemiológicas del cuidador principal, presentaron una edad media de 48,98 años (15 a 86 años), de los cuales 146 (71,6%) eran mujeres, siendo el o la esposo(a) (17,2%) los cuidadores principales, quienes tenían estudios superiores universitarios completos (32,4%), teniendo poco (27%) o regular (50%) conocimiento o experiencia en el cuidado de pacientes, que fue adquirido por la experiencia (74,5%), universidad o instituto (11,8%) y capacitado por PADOMI (7,8%); recibiendo una remuneración (15,7%) por el tiempo dedicado al cuidado del paciente, que presento una media de 17,42 horas durante el día.

Además, se encontró que el número de visitas realizadas por el médico de PADOMI tuvo una media de 1,39 veces (DS±0,75) en el último mes, con una media de 17,87 minutos (DS±7,89) de duración cada visita.

Hallándose una satisfacción alta en 134 (65,7%), media en 65 (31,9) y baja 5 (2,5%) en relación a la atención brindada por el médico de PADOMI.

Mientras que en el análisis bivariado se observó que el nivel de satisfacción fueron más altos en el género femenino, con resultado no significativo ($\chi^2=0,678$; $p=0,713$).

En cuanto al nivel de satisfacción y la edad los resultados fueron no significativos ($\chi^2=0,686$; $p=0,71$).

Así mismo, el nivel de satisfacción y la presencia del cuidador los resultados fueron no significativos ($\chi^2=1,787$; $p=0,41$) pero en el grupo de pacientes en cuyas casas tenían de 1 a 3 habitaciones el resultado fue significativo ($\chi^2=8,44$; $p=0,02$).

Mientras que el nivel de satisfacción y el tiempo de visita dedicado a los pacientes de PADOMI por parte del médico, los resultados fueron no significativos ($x^2=2,621$; $p=0,27$), asimismo se observó dentro de este grupo resultados significativos en aquellos que eran hombres ($x^2=41,17$; $p=0,00$), además en los pacientes que presentaron de 4 a 6 comorbilidades ($x^2=22,54$; $p=0,00$), también en los pacientes que se encontraron hacinados ($x^2=8,00$; $p=0,02$), en cuyas casas contaban de 4 a 6 habitaciones ($x^2=25,12$; $p=0,00$), habitando en ella de 4 a 6 personas ($x^2=29,63$; $p=0,27$), donde era el familiar el cuidador principal ($x^2=17,16$; $p=0,03$), siendo este/a el/la esposo/a ($x^2=37,06$; $p=0,00$), observándose significancia en la religión del cuidador que fue la católica ($x^2=16,41$; $p=0,04$), refiriendo el cuidador tener mucho conocimiento o experiencia en atención de pacientes ($x^2=33,22$; $p=0,00$), afirmando que fue adquirido en la universidad o instituto ($x^2=12,67$; $p=0,05$).

En relación al nivel de satisfacción y el grado de dependencia de los pacientes de PADOMI, los resultados fueron no significativos ($x^2=8,55$; $p=0,38$).

Se relacionó el nivel de satisfacción con el número de comorbilidades y se observó que los resultados fueron no significativos ($x^2=3,75$; $p=0,15$).

Así mismo se relacionó el nivel de satisfacción con el hacinamiento y se observó que los resultados fueron no significativos ($x^2=1,79$; $p=0,41$).

También se relacionó el nivel de satisfacción con el número de visitas por parte del médico a los pacientes de PADOMI y se observó que los resultados fueron no significativos ($x^2=0,28$; $p=0,87$).

Conclusión: Se concluye que la satisfacción no es influenciada por el tiempo de visita del personal médico a los usuarios del Programa de Atención Domiciliaria (PADOMI) del Hospital II EsSalud Huánuco en el 2015, sin embargo se encontró que el nivel de satisfacción es influenciado por el tiempo de visita dedicado por parte del médico a los pacientes de PADOMI, que fueron hombres, que presentaron de 4 a 6 comorbilidades, que se encontraban hacinados en sus viviendas, que contaban de 4 a 6 habitaciones, que cuyas viviendas eran habitadas por 4 a 6 personas, que contaban con un cuidador principal el cual era un familiar, quien tenía el grado de parentesco de esposo/a, cuya religión fue la católica, que refiere tener mucho conocimiento o experiencia en atención de pacientes, cuyo conocimiento fue adquirido en la universidad o instituto.

Asimismo se concluye que la presencia cuidador no es influenciada en la Satisfacción de los usuarios del Programa de Atención Domiciliaria (PADOMI), sin embargo se determinó que el nivel de satisfacción fue influenciado en aquellos pacientes que contaban con un cuidador principal en cuyas viviendas contaban de 1 a 3 habitaciones.

ABSTRACT:

Objetives: To determine the influence of time visiting health staff, the degree of dependence and the presence of the caregiver in the user satisfaction Home Care Program (PADOMI) II Hospital EsSalud Huanuco. **Materials and Methods:** The design was descriptive cross-sectional sample consisted of 204 patients from 589 registered until November 2015, surveys were used to collect data; to find association between the independent and dependent variables was used ANOVA, Kendall Tau and for which SPSS.V23 Chi2 was used.

Results: Results: The results correspond to 204 patients who were users of the Home Care Program (PADOMI), of which 128 (62.7%) were women, with one with a mean age of 79.9 years (30 to 100 years).

As for the epidemiological characteristics of PADOMI patients, the city of Huánuco (A, B, C, D, E, F, G, I and J) was distributed in 9 zones; (22.1%) and E (23.5%), corresponding to the urban area of the city of Huánuco, where the level of education: complete primary (17.6%) and incomplete secondary school (12.3%) were the most frequent. Also the religion that they profess in greater proportion was the Catholic one (82%).

As for the number of co-morbidities, they presented an average of 4.8 (DS + 1.5), the most frequent being hypertension (12.64%), gastritis (5.47%), osteoporosis %, Insomnia (4.54%), type 2 diabetes mellitus (4.02%).

While PADOMI patients had a total degree of dependence of 20 (9.8%), severe (20.1%), moderate (100%), low (9.8%) and total independence , 3%) in the total of respondents.

In addition, overcrowding occurred in 8 (3.9%) of the respondents with a mean number of people in the household of 4.89 (DS + 1.5) and an average of rooms in the house of 3.86 (DS + 2, 08).

The patient was in the company of the main caregiver (94.1%), who was a family member (80.9%) and in some cases did not have a responsible person (5.9%) for care.

As for the epidemiological characteristics of the main caregiver, they presented a mean age of 48.98 years (15 to 86 years), of which 146 (71.6%) were women, being the husband or wife (17, 2%) were the primary caregivers, who had completed university studies (32.4%), having little (27%) or regular (50%) knowledge or experience in patient care, which was acquired by experience (74, 5%), university or institute (11.8%) and trained by PADOMI (7.8%); Receiving a remuneration (15.7%) for the time dedicated to the care of the patient, who presented an average of 17.42 hours during the day.

In addition, the number of visits performed by the PADOMI doctor averaged 1.39 times (SD + 0.75) in the last month, with a mean of 17.87 minutes (DS + 7.89) Duration of each visit.

A high satisfaction was found in 134 (65.7%), mean in 65 (31.9) and low 5 (2.5%) in relation to the care provided by the doctor of PADOMI.

While in the bivariate analysis it was observed that the level of satisfaction was higher in the female gender, with a non-significant result ($\chi^2 = 0.678$, $p = 0.713$).

Regarding the level of satisfaction and age, the results were not significant ($\chi^2 = 0.666$, $p = 0.71$).

At the same time, the level of satisfaction and the presence of the caregiver were not significant ($\chi^2 = 1.787$, $p = 0.41$) but in the group of patients whose homes had 1 to 3 rooms the result was significant ($\chi^2 = 8.44$, $p = 0.02$).

While the level of satisfaction and the time of visit dedicated to the patients of PADOMI by the doctor, the results were not significant ($\chi^2 = 2,621$, $p = 0,27$), also it

was observed within this group significant results in those Which were men ($\chi^2 = 41.17$, $p = 0.00$), also in patients who presented with 4 to 6 comorbidities ($\chi^2 = 22.54$, $p = 0.00$), also in patients who were overcrowded ($\chi^2 = 8.00$, $p = 0.02$), whose houses had 4 to 6 rooms ($\chi^2 = 25.12$, $p = 0.00$), inhabiting 4 to 6 people ($\chi^2 = 29.63$, $p = 0.27$), where the relative was the primary caregiver ($\chi^2 = 17.16$; $p = 0.03$), the spouse being ($\chi^2 = 37.06$; $p = 0$) ($\chi^2 = 16.41$, $p = 0.04$), with the caregiver having a lot of knowledge or experience in the care of patients ($\chi^2 = 33.22$, $p = 0.00$), stating that it was acquired at the university or institute ($\chi^2 = 12.67$, $p = 0.05$).

In relation to the level of satisfaction and the degree of dependence of PADOMI patients, the results were not significant ($\chi^2 = 8.55$, $p = 0.38$).

The level of satisfaction was related to the number of comorbidities and it was observed that the results were not significant ($\chi^2 = 3.75$, $p = 0.15$).

Likewise, the satisfaction level was related to overcrowding and it was observed that the results were not significant ($\chi^2 = 1.79$, $p = 0.41$).

The level of satisfaction with the number of visits by the doctor to PADOMI patients was also related and the results were not significant ($\chi^2 = 0.28$, $p = 0.87$).

Conclusion: It is concluded that satisfaction is not influenced by the time of visit of the medical staff to the users of the Home Health Care Program (PADOMI) of Hospital EsSalud Huánuco in 2015, however it was found that the level of satisfaction is influenced by The time spent by the doctor on the part of the doctor to the PADOMI patients, who were men, who presented between 4 and 6 comorbidities, who were crammed in their homes, which had 4 to 6 rooms, whose homes were inhabited by 4 To 6 people, who had a primary caregiver who was a relative, who had the degree of kinship of a husband / a, whose religion was Catholic, who claims to have much knowledge or experience in patient care, whose knowledge was acquired in The university or institute.

It was also concluded that the caregiver presence is not influenced in the Satisfaction of the Users of the Home Care Program (PADOMI), however it was determined that the level of satisfaction was influenced in those patients who had a primary caregiver whose homes had 1 to 3 rooms.

INTRODUCCIÓN:

Los estudios en demografía y epidemiología predicen cambios en la población con un aumento de población mayor de 65 años, esto debido al aumento de la esperanza de vida y a la disminución de la natalidad¹. Por lo tanto no solo aumenta el número de personas de edad avanzada, sino también de sus problemas de salud entre estos la presencia de enfermedades crónicas y discapacidad, esto representa un reto para el sistema de salud los servicios de salud ya que su atención continua aún después del egreso hospitalario².

Datos históricos sitúan el inicio de la atención domiciliaria en Nueva York EEUU en 1947 como un intento de descongestionar las salas hospitalarias y brindar a los pacientes un ambiente más humano y favorable para su recuperación. Pronto fue extendiéndose a Francia (1951), Reino Unido (1965), Canadá (1970). En nuestro país el 16 de diciembre de 1993 se da comienzos a la Atención Domiciliaria de forma organizada, en el antiguo IPSS creándose el PADOMI (Programa de Atención Domiciliaria)³.

Actualmente, la atención domiciliaria se define como el conjunto de actividades biopsicosociales realizadas por un equipo interdisciplinar, que incluyen contenidos de promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación, en el domicilio de la persona. La atención domiciliaria no solo se limita a atención de ancianos sino a todos aquellos que presenten algún tipo de discapacidad o que requieran del programa^{4,1}.

La satisfacción de los pacientes es uno de los indicadores de cuidados en salud más ampliamente usados, pues guía los cuidados en salud, porque abarca las necesidades de los pacientes. Se identificó como un componente integral de calidad de los programas que aseguran los cuidados de salud, por la OMS en 1989. Ha sido

definido como una evaluación del cumplimiento de las necesidades individuales y expectativas de aquellos que reciben cuidado por medio de preguntas directas o indirectas sobre el cuidado recibido^{5,6,7}. El objetivo del presente estudio fue determinar la influencia del tiempo de visita del personal de salud, el grado de dependencia y la presencia del cuidador en la satisfacción de los usuarios del Programa de Atención Domiciliaria (PADOMI) del Hospital II EsSalud Huánuco – 2015.

ÍNDICE

RESUMEN	iv
ABSTRACT	vi
INTRODUCCIÓN	viii
CAPITULO I: MARCO TEÓRICO	1
1.1. Antecedentes local, nacional e internacional.	1
1.2. Bases Teóricas.	4
CAPITULO II: METODOLOGÍA	34
2.1. Planteamiento del problema.	34
2.2. Formulación del problema.	36
2.3. Objetivos: general y específicos.	36
2.4. Hipótesis: general y específicas.	37
2.5. Operacionalización de variables	38
2.6. Marco metodológico.	40
2.7. Diseño de la investigación.	40
2.8. Población y muestra	40
2.9. Recolección de datos.	42
2.10. Análisis de datos.	42
2.11. Aspectos éticos	43
CAPITULO III: RESULTADOS	46
CAPITULO IV: DISCUSIÓN	50
CAPITULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES	53
5.1. Conclusiones.	53
5.2. Recomendaciones.	54
Limitaciones	55
Referencias bibliográficas	56
Anexos.	59
Anexo N° 01: consentimiento informado.	
Anexo N° 02: Instrumento de recolección de información.	
Anexo N° 03: Tablas.	

CAPÍTULO I: MARCO TEÓRICO

1.1. Antecedentes

Antecedentes internacionales:

En España, Gorina M, et al. en el año 2014, encuentran que el grado de satisfacción de los pacientes de atención primaria domiciliaria parece depender de las características propias de cada modelo organizativo, siendo el modelo dispensarizado el que presenta un mayor grado de satisfacción o calidad asistencial percibida⁸.

Además en el mismo año, Alberto Blázquez Manzano, et al en España realiza un análisis de la literatura, permitiéndole concluir que para mejorar la relación de los profesionales sanitarios de medicina y enfermería con los usuarios de atención primaria de salud resulta necesario poner en marcha diferentes estrategias y acciones que nos permitan captar más información, ganar confianza y así poder dar respuesta a las necesidades de los usuarios desde una perspectiva integral, lo que finalmente nos llevará a lograr unos mayores índices de satisfacción, del usuario y del profesional, y a una mayor efectividad y eficiencia de las intervenciones en atención primaria de salud (promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento y rehabilitación)⁹.

Mientras tanto en México Espinel-Bermúdez MC y col. en el 2011, en su investigación sobre el impacto de un programa de atención domiciliaria al enfermo crónico (ADEC) en ancianos: calidad de vida y

reingresos hospitalarios en México, encontraron que la edad promedio de los ancianos fue de 74 años (61/103) y de estos el 60% fueron mujeres; cuyo principal diagnóstico fue enfermedad vascular cerebral (EVC) (30.77%). El grupo de ADEC mejoró la calidad de vida en la dimensión psicosocial [46.26 (± 13.85) comparado con 29.45 (± 16.48) vs. 47.03 (± 16.47) a 42.36 (± 16.35) $p < 0.05$ en grupo habitual]. No se presentaron diferencias en los reingresos ($p > 0.05$). Concluyendo que el programa mejoró la dimensión psicosocial de calidad de vida¹⁰.

Orueta Sánchez, et al. en el 2012 también en México publica su estudio Evaluación de los Resultados y de la Satisfacción de un Programa de Atención Domiciliaria de Pacientes Ancianos Dependientes en España, encontraron no modificación significativa de la salud percibida ni de la calidad de vida en la valoración global, pero sí en mejoría ($p < 0,05$) en las esferas emocionales y de relación social de dicha calidad de vida. Disminución de la frecuentación (14,2 vs 9,0; $p < 0,01$) y del porcentaje de hiperfrecuentadores (34,0% vs 17,1%; $p < 0,01$). El 85,4% de los pacientes consideran que la asistencia mejoró al final del año de intervención, con mejora significativa de la satisfacción de la asistencia recibida global ($p < 0,05$), médica ($p < 0,05$) y de enfermería ($p < 0,01$): (7,8 vs 8,5; 8,0 vs 8,7 y 7,3 vs 8,4 respectivamente), y concluyen que la incorporación a un programa de atención domiciliaria de personas dependientes repercute positivamente en los pacientes al mejorar su

percepción sobre la asistencia recibida, reducir su utilización de los servicios sanitarios y mejorar algunas esferas de su calidad de vida¹¹.

Antecedentes Nacionales:

En el Perú Chávez Echevarría, et al. en el año 2011, en su investigación Calidad de cuidado de enfermería y grado de satisfacción percibida del usuario adulto del PADOMI, Hospital I ESSALUD en Nuevo Chimbote concluyen que el 42.2% de los usuarios adultos del programa de atención domiciliaria PADOMI, percibieron regular calidad de cuidado, 30.0% buena calidad de cuidado y el 27.8% deficiente calidad de cuidado; además el 60% de los usuarios adultos del programa de atención domiciliaria PADOMI se encontraron insatisfechos y el 40% satisfechos y encontrando una relación significativa ($p=0.0449$) entre calidad de cuidado de enfermería y grado de satisfacción percibida del usuario adulto del PADOMI de dicho hospital¹².

Antecedentes locales:

En el ámbito local Isidro Pulido y colaboradores, en el año 2008 en su estudio Nivel de satisfacción de usuarios con diabetes mellitus y/o hipertensión arterial frente a los cuidados del profesional de Enfermería en PADOMI – Red Asistencial Nivel II EsSalud, Huánuco encuentran que en cuanto a las características sociodemográficas de los usuarios con HTA, el 26.7% su edad pertenece al rango de 84 años a más, el 33.3% es de sexo masculino, el 23.3% tienen grado de instrucción secundaria y

superior, el 20% son amas de casa; en cuanto al nivel de satisfacción de los usuarios con diagnóstico médico HTA del 30% su satisfacción es alta, y del 6.7% es bajo, satisfacción es alta y del 6,7% es bajo, Los usuarios con DM2 e HTA el 23.3% tiene satisfacción alto y el 6.7% es medio, y los usuarios con diabetes mellitus II el 6.7% refieren satisfacción alta y el 3.3% medio¹³.

1.2. Bases Teóricas.

ATENCIÓN DOMICILIARIA

Antes de mencionar la Atención Domiciliaria (AD) u Hospitalización Domiciliaria (HD) y la satisfacción de los pacientes con este servicio, debemos hacer una breve reseña histórica sobre la atención domiciliaria así podemos entender los cambios y experiencias a lo largo del tiempo y nos permite situar nuestras experiencias⁷.

En Europa, en el Hospital Tenon en París - Francia, se creó una unidad de hospitalización domiciliaria en 1951, más tarde, en 1957, se estableció en la misma ciudad el Santé Service, organización no gubernamental sin fines de lucro que aún hoy sigue prestando asistencia socio sanitaria a domicilio a los pacientes con padecimientos crónicos y terminales. Cabe decir que la AD y HD en Francia recién fue reconocida plena y oficialmente como una alternativa a los servicios tradicionales desde 1992, en virtud a decretos sanitarios gubernamentales que se emitieron y dieron validez a dicha modalidad⁷.

En otros países de Europa después de 10 años empezaron a desarrollar la AD, como en el Reino Unido esta modalidad asistencial fue introducida en 1965 con el nombre de Hospital Care at Home (Atención Hospitalaria en el Hogar)⁷.

En Alemania y en Suecia fue desarrollada durante los años setenta, y en Italia se implementó con el nombre de Ospedalizzazione a Domicilio, esto sucedió a comienzos de los años ochenta⁷.

Si se evalúa el desarrollo de la AD en Europa este ha sido muy irregular, tanto cualitativa como cuantitativamente; por lo tanto para contribuir en este sentido, la Oficina Europea de la Organización Mundial de la Salud coordina desde 1996 el programa From Hospital to Home Health Care (Del hospital a la atención de salud en el hogar), dirigido a promover, estandarizar y registrar más adecuadamente esta modalidad asistencial⁷.

En Estados Unidos en la ciudad de Nueva York, los servicios de la HD se inician en 1947, como una extensión del hospital hacia el domicilio del paciente. Las razones para crear esta primera unidad de HD en el mundo eran descongestionar las salas hospitalarias y brindar a los pacientes un ambiente más humano y favorable a su recuperación⁷.

En Canadá en la década de 1970, algunas provincias comenzaron a formular una visión más amplia de asistencia a domicilio, una que incluía unidades de agudos y servicios de apoyo a las personas mayores frágiles

y los canadienses con discapacidades, de igual manera empiezan a funcionar servicios de AD orientados a pacientes quirúrgicos dados de alta tempranamente (alta precoz). Esto se realizó en coordinación con los hospitales de Montreal. En 1987 se realizó un plan piloto denominado Hospital extramural, que consistía en la administración y control de antibióticos parenterales en el domicilio de pacientes con problemas agudos⁷.

En Latinoamérica han existido varios ensayos de modelos de atención domiciliaria y en la mayoría de ellos con una orientación hacia atención primaria, programas de atención de adultos mayores y con una alianza estratégica con servicios sociales para complementar los servicios sanitarios⁷.

En Argentina las primeras experiencias en internación domiciliaria fueron producto de la extensión hospitalaria, el hospital de la Comunidad de Mar del Plata y el hospital Castex de San Martín fueron pioneros en esta modalidad de atención. 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. Las Obras Sociales, mutuales y pacientes privados, (PAMI y obras sociales provinciales) actualmente cuentan con el servicio de Atención domiciliaria. En Rosario se cuenta con Internación Domiciliaria en la red

de la Salud Pública del Municipio desde el año 1992. Otra experiencia se da en el Hospital de Niños de La Plata, donde existe un programa de soporte nutricional domiciliario desde el año 1985⁷.

En Colombia se empezó a implementar la AD y la HD de manera sistemática con la aplicación de la Ley 100, en los últimos 16 años, hasta el punto de que hoy casi todas las grandes aseguradoras tienen sus empresas filiales para la prestación del servicio domiciliario, y está en crecimiento constante. En Medellín, además del servicio de HD, existen incluso múltiples centros privados de atención post-hospitalización con equipo profesional y recursos tecnológicos, que ayudan a reducir la estancia hospitalaria, en pacientes con enfermedades crónicas, en estados comatosos prolongados, sin familia en la ciudad, pacientes con pérdida total de la autonomía, para personas pobres y también para aquellas con capacidad económica⁷.

En Costa Rica Costa Rica las políticas de Salud está actualmente en una fase de cambios profundos, escenario en el cual se debate cuál es la mejor manera de organizar y maximizar el uso de los recursos de la seguridad social, en este panorama pareciera que la familia está llamada a asumir tareas que ha delegado al Estado, ello conlleva la necesidad de su capacitación y la de los profesionales de la atención domiciliaria. Por lo tanto se ha iniciado la metodología para la construcción del proceso y las razones que justifican propuesta y objetivos, relacionándolos con los

antecedentes de la atención en el domicilio, la concepción moderna de la salud y la situación de la salud en el mundo globalizado, para luego describir las consideraciones éticas que deben tomarse en cuenta al implementar la hospitalización y atención en el domicilio. Finalmente, las políticas gubernamentales proponen el Subsistema de Hospitalización, Atención y Apoyo a Domicilio que la CCSS (Caja Costarricense de Seguridad social) podría paulatinamente implementar⁷.

Es en Brasil, en el 2001 que se establece el Programa de Asistencia Domiciliaria a partir de una norma operacional de la Asistencia en salud Publica, está orientada a asistir a adultos mayores preferencialmente y cuenta con un gran apoyo de servicios sociales comunitarios, estos servicios están comandados por los gobiernos locales⁷.

En el Perú , el 16 de Diciembre 1993 se da comienzos a la AD de forma organizada, en el antiguo IPSS (Instituto Peruano de Seguridad Social) donde se crea el PADOMI (Programa de Atención Domiciliaria), de igual manera que en algunos otros países hasta el momento no tiene una estandarización de sus servicio y la validación lamentablemente no tiene el sustento en políticas de salud gubernamental; esto no quiere decir que sí exista un consenso sobre la AD como modelo complementario e importante en los servicios de salud de la Seguridad Social del Perú y de potencial incalculable para la gestión eficiente de las prestaciones de salud que brinda este sistema⁷.

Modalidades de Atención Domiciliaria en el Perú

Hay que mencionar que la Atención Domiciliaria en la Seguridad Social del Perú actualmente muestra tres modalidades con función integradora, tratando de brindar una prestación de servicios domiciliario holístico, teniendo cada una de ellas características definidas que se enlazan y pretenden formar una red asistencial de nivel Domiciliario⁷.

- **Atención Domiciliaria de Control Periódico** (servicio asistencial de cabecera), servicio que controla periódicamente al paciente en su domicilio brindando atención primaria y apoyo farmacológico. Incidiendo en actividades preventivo - promocionales, para brindar mejor calidad de vida.
- **Atención de Urgencias Médicas Domiciliarias**, es un servicio de atención domiciliaria donde se brinda prestaciones sanitarias emergentes a demanda y que se caracteriza por la oportunidad del servicio.
- **Atención de Internamiento u Hospitalización Domiciliaria**, se define como un modelo asistencial de extensión del Hospital, la HD es un sistema o conjunto de actividades y cuidados en el domicilio, que no precisan de la estructura hospitalaria, pero todavía necesitan vigilancia activa y asistencial para poder ser realizada por los Equipos de Atención Primaria y/o Especializada. Es un seguimiento continuo⁷.

Cabe mencionar que una de las estrategias establecidas en los últimos años en la Atención Domiciliaria de la Seguridad social del Perú es el involucramiento de la familia, a quienes se le brinda capacitación integradora que permite comprender el sistema sanitario así como participar en el cuidado del paciente⁷.

SATISFACCIÓN DEL USUARIO

Según la Guía técnica para la evaluación de la satisfacción del usuario externo en los establecimientos de Salud y servicios médicos de apoyo, define satisfacción como el grado de cumplimiento por parte de la organización de salud, respecto a las expectativas y percepciones del usuario en relación a los servicios que este le ofrece⁶.

La herramienta SERVQUAL (Quality Service) se utiliza para determinar el nivel de satisfacción con la calidad del servicio que se brinda al usuario, siendo definida la calidad de servicio como la brecha entre las percepciones (P) y expectativas (E) o diferencia (P menos E) de los usuarios externos. Es una herramienta desarrollada por A. Parasuraman y colaboradores; quienes sugieren que la comparación entre las expectativas generales de los usuarios (clientes, usuarios, pacientes, beneficiarios) y sus percepciones respecto al servicio que presta una organización, puede constituir una medida de la calidad del servicio⁶.

Por décadas se ha tomado como sinónimo de bienestar social el crecimiento económico de los países, no obstante, en los últimos años ha sido evidente que no solo los indicadores materiales son relevantes en la vida de las personas, sino que existen otros factores como los bienes relacionales, los bienes que no se adquieren en el mercado, que también tienen gran influencia en la percepción de la satisfacción y la felicidad de las personas. En este sentido, el estudio del bienestar subjetivo y su medición se han convertido en un desafío para los investigadores y las organizaciones nacionales e internacionales que siguen el progreso de los países¹⁴.

Importancia de medir la satisfacción

Desde la década de los setentas se planteó la necesidad de agregar variables relativas a la situación social y política basada en el concepto de calidad de vida, que considera la posesión y el acceso a bienes, servicios y satisfactores. Este enfoque se fue desarrollando y devino en el estudio de las capacidades y funcionalidades, según el cual, la expansión de las capacidades de los seres humanos permite el funcionamiento adecuado en las áreas donde se desenvuelven¹⁴.

El problema ha sido la falta de consenso en la definición de esas capacidades. Otra corriente enfatiza que las necesidades no solo se miden a partir de los bienes materiales y hay otro tipo de bienes fuera del mercado económico que inciden en el bienestar social. Esta perspectiva

ha sido recuperada por los ambientalistas que cuestionan la falsa promesa de algunos economicistas sobre la disponibilidad de recursos planetarios para elevar constantemente los niveles de consumo de la población mundial¹⁴.

Actualmente, el movimiento en torno al bienestar subjetivo, sostiene que el progreso debe concebirse en términos del bienestar de las personas y reflejarse en indicadores como la satisfacción con la vida, la felicidad y estados afectivos propositivos, entre otros. La insuficiencia del PIB para dar cuenta del bienestar ha puesto sobre la mesa el desafío metodológico de desarrollar proyectos empíricos cuantitativos y cualitativos, como el presente, orientados a la comprensión de la apreciación que los individuos tienen sobre su vida, su salud, sus redes de apoyo familiares y sociales, su trabajo, su comunidad; sobre la vida urbana y el uso de su tiempo; sobre sus instituciones y su gobierno; sobre su entorno y calidad del ambiente; y en general sobre el país¹⁴.

En resumen, se parte de la idea de que el progreso es real cuando además de los indicadores objetivos como el PIB, se consideran factores que se relacionan con el bienestar individual, y se enfocan a la manera como las personas experimentan y valoran ciertos fenómenos, entre ellos el empleo, la educación y la atención a la salud¹⁴.

El cambio de enfoque, no solo tiene repercusiones en los temas de estudio de los académicos, en la información recopilada por las instancias

gubernamentales y no gubernamentales de estadística, o en el diseño de políticas públicas, sino en el bienestar de las personas¹⁴.

La satisfacción como proceso cognitivo

Los indicadores subjetivos como la satisfacción y la felicidad, están ligados al estado de bienestar de las personas, no obstante, por la variedad de significados que el bienestar previsiblemente implica, no puede ser imputado ni predeterminado desde fuera¹⁴.

La propia evaluación de la vida, o de algún ámbito de la experiencia (la familia, la atención a la salud, etc.), comprenden una operación que ofrece de manera sintética información cuya densidad, por la cantidad de variables que agrupa y pondera, puede resultar inmanejable a partir de estrictos indicadores objetivos. No obstante, el hecho de que la materia que se observa sea subjetiva no implica que no pueda ser tratada con objetividad, de manera semejante a los indicadores “duros”. Habría que aclarar que la objetividad de un indicador se refiere al incremento de posibilidad de que una evaluación hecha por un tercero obtenga el mismo resultado del primero. Los datos sobre percepciones tienen, al menos, un carácter binario: si o no. La posibilidad de que la primera evaluación no coincida con la segunda es más amplia, por lo que la información resulta más dispersa y variable¹⁴.

El conocimiento de la valoración que los individuos realizan sobre sus propias vidas es relevante no solo porque revelan factores que las

variables objetivas como el consumo o el ingreso no resaltan, sino también porque se pueden advertir de manera más oportuna los cambios que se están gestando en los parámetros de evaluación de necesidades y demandas futuras¹⁴.

Las percepciones son reales y tienen enormes consecuencias, por ejemplo, pueden alterar la confianza en las instituciones o en las medidas que se tomen para atender problemas. Hay que decir que la gente no siempre tiene claridad sobre lo que la hace feliz, y le cuesta trabajo determinar su satisfacción o insatisfacción en relación con eventos del orden común. En contraste tiende a centrar su evaluación en eventos singulares y extraordinarios, como podría ser la atención a la salud en una unidad médica del sector público. Los parámetros a partir de los cuales se juzga subjetivamente la satisfacción son importantes cuando esta se vuelve una medida del progreso, de ahí la relevancia de asumir esa relación y la problemática, pues plantea nuevas dimensiones del estudio del bienestar¹⁴.

El estudio del bienestar subjetivo y la satisfacción, supone desafíos epistemológicos que se refieren a la manera en que las personas perciben y explican su situación. Según Rojas los individuos experimentan bienestar en varios planos: el cognitivo, el afectivo, el hedónico y el místico; con distintas intensidades y con funciones diversas. El bienestar es subjetivo porque lo experimentan los sujetos. Las experiencias de tipo

hedónico involucran el uso de los sentidos (olfato, vista, tacto, audición, gusto), y el bienestar se asocia con el placer o el dolor¹⁴.

Las experiencias de tipo afectivo, en cambio, se refieren a emociones y estados de ánimo e involucran aspectos como el amor, el orgullo, el odio y la envidia; cuando se asocian con afectaciones positivas se percibe bienestar. Las experiencias místicas están asociadas a vivencias de carácter espiritual y han sido poco estudiadas¹⁴.

Las experiencias de tipo cognitivo, están asociadas al alcance de metas y expectativas (logros) o a la imposibilidad de hacerlo (fracasos)¹⁴.

Cuando hay logros se traduce en bienestar y se expresa en satisfacción. Estos cuatro tipos de experiencia pueden traslaparse, complementarse y entrar en conflicto, pero no necesariamente son excluyentes. Cada sujeto es la autoridad para juzgar su bienestar y para sintetizar en nociones como satisfacción o felicidad, el bienestar vivido como experiencia. Las preguntas sobre la felicidad tienden a acercarse más a la experiencia afectiva, mientras que las de satisfacción se asocian a la experiencia cognitiva¹⁴.

De acuerdo a la propuesta de Veenhoven, las personas realizan apreciaciones de satisfacción y felicidad de la vida como un todo o de aspectos específicos. El autor distingue entre el disfrute transitorio y el más durable. La dimensión temporal transitoria hace referencia a estados de ánimo, mientras que la dimensión más durable se relaciona con

valoraciones de satisfacción a largo plazo. De esta manera identifica cuatro fundamentos de evaluación: En aspectos específicos de la vida, en el ámbito de lo transitorio, ubica la satisfacción instantánea; y en el permanente, la satisfacción en dominios de vida. En la vida como un todo, el autor ubica, dentro del ámbito transitorio, la experiencia pico; y en el permanente la satisfacción de vida (felicidad). En el presente estudio se indaga sobre aspectos específicos de la vida (la atención médica) en una dimensión temporal transitoria (evento de salud, enfermedad) en la que se juega la vida como un todo, por lo que podría denominarse como “experiencia pico”, en ella, se pretende dar cuenta de la satisfacción momentánea que hace referencia a estados cognitivos y emotivos ligados a la experiencia del acontecimiento en la corta duración. De acuerdo a la definición de Csikszentmihalyi, se trata de un estado de flujo que involucra una experiencia intensa donde se incluyen tanto las emociones como la idea de totalidad¹⁴.

CALIDAD DE ATENCIÓN

Se hace referencia al concepto de calidad como al óptimo entendimiento entre los actores involucrados en el acto médico. Un entendimiento que implica tiempo adecuado para la consulta médica, que los servicios de salud cumplan con las mínimas condiciones propias de funcionamiento resolutivo y que el personal sanitario esté en plenas

condiciones para ejercer bien sus funciones, requisito que conlleva un sueldo digno acorde con el nivel profesional, el ejercicio pleno de los derechos laborales (vacaciones, aguinaldos, seguro de enfermedad, etc.), una buena formación académica y, también, que los prestadores de servicios de salud otorguen un buen trato al paciente. El trato debería incorporar el respeto que merecen las diversas formas de entender y atender la salud y la enfermedad y, por tanto, los orígenes culturales, pero también a aspectos como la religión, el género, la clase social y la identidad étnica. El reconocimiento de estos aspectos debería acompañarse de condiciones sociopolíticas que ayudasen a su concreción¹⁵.

Habitualmente la calidad de atención se centra de manera exclusiva en el paciente en tanto que las carencias suelen remitirse a problemas como la falta de funcionamiento de los servicios, la ausencia de personal cualificado en los centros o al maltrato ejercido al paciente por parte del personal sanitario. Sin embargo, en la relación que se establece en la consulta médica, no se suele apuntar como elemento de importancia la influencia de las condiciones laborales o las relaciones de identidad y clase social¹⁵.

Actualmente, en instituciones tanto públicas como privadas del Sector Salud, existe un creciente interés por evaluar el conocimiento en aspectos relacionados con la calidad de la atención; para mejorarla, en los sistemas

de salud se han desarrollado diversas acciones como: la organización de comités de mortalidad; grupos de consenso encargados de evaluar la optimización de las técnicas; comités y círculos de calidad; sistemas de monitoria, y la aplicación de encuestas de opinión a proveedores y usuarios, entre otros¹⁶.

Evaluar la calidad de la atención desde la perspectiva del usuario es cada vez más común. A partir de ello, es posible obtener del entrevistado un conjunto de conceptos y actitudes asociados en relación con la atención recibida, con los cuales se adquiere información que beneficia a la organización otorgante de los servicios de salud, a los prestadores directos y a los usuarios mismos en sus necesidades y expectativas¹⁶.

Este método representa una de las formas más rápidas para evaluar aspectos de la calidad de los servicios y ofrece beneficios a un costo relativamente bajo. Por ejemplo, es posible formular preguntas con el fin de llevar a cabo estudios de mercado acerca de innovaciones en los servicios de salud, identificar oportunamente a pacientes de alto riesgo, tener mayor control en la planeación de los servicios, identificar las quejas de los pacientes descontentos y, además, minimizar los daños a la organización, como es el caso de las demandas legales. Asimismo, es posible documentar los diferentes niveles de desempeño laboral y facilitar la evaluación, de tal forma que contribuya a la mejoría en la calidad de la atención mediante el establecimiento de estándares de

desempeño, esto a pesar de la existencia de dudas sobre la capacidad que tiene el usuario para hacer juicios de valor sobre los aspectos técnicos de la atención¹⁶.

Las bases conceptuales y metodológicas sobre la calidad de la atención, publicadas en los ámbitos nacional e internacional durante los últimos 10 años, se han venido justificando en el modelo desarrollado por Donabedian. El análisis de la calidad a partir de las tres dimensiones que propone el autor (estructura, proceso y resultado) ha sido una contribución importante, pues permite medir ordenadamente las variables ligadas a la calidad de los servicios de salud. Este esquema supone que los resultados realmente son consecuencia de la atención proporcionada, lo cual implica que no todos los resultados puedan ser fácil y exclusivamente imputables a los procesos, y no todos los procesos dependerán directa y unívocamente de la estructura¹⁶.

Con base en lo anterior, se desprende el análisis de la satisfacción de los usuarios, vista como un indicador de la dimensión de resultado, a partir del cual se puede obtener la opinión acerca de los aspectos de la estructura (comodidades, instalaciones físicas, organización), el proceso (procedimientos y acciones realizadas en la consulta) y el resultado (cambios en el estado de salud y la percepción general de la atención recibida). También se puede obtener información sobre aquellas características de los servicios que facilitan u obstaculizan los esfuerzos

del usuario para obtener atención (accesibilidad). En ocasiones, la accesibilidad se traslapa conceptualmente con la definición de calidad, ya que aquélla abarca fenómenos que tienen repercusiones directas en la atención, como son los tiempos de espera, los horarios del servicio o los costos de la misma, que en conjunto se consideran como características de la accesibilidad a las organizaciones¹⁶.

DEPENDENCIA

Las actividades básicas de la vida diaria son las que marcan la independencia del individuo para las acciones más elementales, constituyen un reflejo de la situación de fragilidad y comorbilidad y, a la vez, son predictores de la incapacidad, la institucionalización y la mortalidad¹⁷.

La falta de autonomía personal conlleva una situación de dependencia, que es uno de los problemas a los que frecuentemente nos enfrentamos los profesionales sanitarios. Según el Consejo de Europa la dependencia es un estado en el que se encuentran las personas que por razones ligadas a la falta o la pérdida de autonomía física, psíquica o intelectual, tienen necesidad de asistencia y/o ayudas importantes a fin de realizar los actos corrientes de la vida diaria y, de modo particular, los referentes al cuidado personal¹⁷.

Las definiciones descritas por los dos organismos mundiales, contrastan con la concepción médica tradicional de la dependencia (que entiende ésta en o dentro del individuo). En cambio, dichos organismos proponen una visión más integral, al señalar que la “discapacidad” está asociada a las condiciones de deterioro, derivadas de enfermedades crónicas o agudas y que impactan negativamente sobre el funcionamiento de los sistemas corporales específicos, y de forma general, sobre las habilidades de las personas para actuar de forma necesaria, usual, esperada, o personalmente deseada, en su medio social¹⁸.

Este enfoque considera a la discapacidad como un proceso interactivo y multidimensional en el que interactúan las condiciones de salud y características personales (edad, sexo, personalidad, nivel educativo) y los factores del entorno¹⁸.

Aunque es importante aclarar que la vejez no es sinónimo de dependencia o de enfermedad, ya que la mayoría de las personas mayores permanecen sanas y con altos niveles de independencia; es conveniente señalar que en el mismo grado en que las personas envejecen, también disminuye la posibilidad de realizar autónomamente algunas actividades cotidianas. Este hecho ocurre por dos motivos no excluyentes: El primero es que la dependencia puede estar asociada en una o varias enfermedades crónicas; y el segundo porque puede ser el reflejo de una pérdida general en las funciones fisiológicas asociadas al proceso global de

envejecimiento, lo cual requiere de la asistencia de una tercera persona, realizándose a través de los miembros de la familia¹⁸.

Por otra parte, la situación de dependencia derivada del sufrimiento de una o varias enfermedades crónicas, se caracteriza principalmente por su grado de afectación en la realización de las actividades de la vida diaria, denominadas básicas; siendo el número de discapacidades que presenta una persona la referencia para estimar el grado en que se establece la dependencia¹⁸.

Ante el impacto que los problemas de salud tienen sobre la calidad de vida de las personas, es de suma importancia evaluar el estado funcional de cada paciente ante el riesgo de discapacidad. El índice de Barthel (IB) es un instrumento que mide la capacidad de una persona para realizar diez actividades de la vida diaria, consideradas como básicas, obteniéndose una estimación cuantitativa de su grado de independencia¹⁹.

El IB, también conocido como “Índice de Discapacidad de Maryland”, se define como: “Medida genérica que valora el nivel de independencia del paciente con respecto a la realización de algunas actividades de la vida diaria (AVD), mediante la cual se asignan diferentes puntuaciones y ponderaciones según la capacidad del sujeto examinado para llevar a cabo estas actividades”²⁰.

Las condiciones ambientales pueden afectar la puntuación en el IB del paciente; si él tiene requerimientos especiales para realizar sus AVD en

el hogar (con excepción de adaptaciones generales), su puntuación será baja cuando éste no pueda realizarlas. Los ejemplos son: barandales en ambos lados, pasillos y puertas amplias para el acceso de sillas de ruedas, cuartos en el mismo nivel, barras o agarraderas en el cuarto de baño, en tina e inodoro. Para ser más valiosa la evaluación, una explicación de los requisitos ambientales especiales debe acompañar el IB de cada paciente cuando éstos estén indicados²⁰.

El IB de cada paciente se evalúa al principio y durante el tratamiento de rehabilitación, así como al momento del alta (máximo avance). De esta manera, es posible determinar cuál es el estado funcional del paciente y cómo ha progresado hacia la independencia. La carencia de mejoría de acuerdo al IB después de un periodo de tiempo razonable en el tratamiento indica generalmente un potencial pobre para la rehabilitación²⁰.

La puntuación total varía entre 0 y 100 (90 para pacientes limitados en silla de ruedas). No es una escala continua, lo cual significa que una variación de 5 puntos en la zona alta de puntuación (más cercana a la independencia) no es semejante al mismo cambio en la zona baja (más cerca de la dependencia)²¹.

Para una mejor interpretación, sus resultados globales se han agrupado en cuatro categorías de dependencia²¹:

- 0-20: Dependencia total
- 21-60: Dependencia severa
- 61-90: Dependencia moderada
- 91-99: Dependencia escasa
- 100: Independencia

CUIDADORES

Se ha definido al cuidador/a como “aquella persona que asiste o cuida a otra afectada de cualquier tipo de discapacidad, minusvalía o incapacidad que le dificulta o impide el desarrollo normal de sus actividades vitales cotidianas o de sus relaciones sociales” (Flórez y Andeva, 1997)²².

A partir de esta definición general de cuidadores, se impone la diferenciación de los cuidadores directos, en la bibliografía se encuentran términos como cuidadores/as informales y formales, por un lado, o cuidadores/as profesionales y no profesionales²².

Algunos autores han señalado el carácter de cuidador principal (Flórez y Andeva, 1997) de estos cuidadores. Los cuidadores principales o primarios son los que asumen su total responsabilidad en la tarea, pasando por diferenciaciones progresivas esta situación según la ayuda, formal o informal que reciban²².

Cuidadores informales

Los cuidadores/as “informales” no disponen de capacitación, no son remunerados y tienen un elevado grado de compromiso hacia la tarea, caracterizada por el afecto y una atención sin límites de horarios. El apoyo informal es brindado principalmente por familiares, participando también amigos y vecinos. Generalmente asisten o ayudan a la persona dependiente que tienen a su cargo en las actividades básicas e instrumentales de la vida diaria, que incluyen lavar, alimentar, movilizar, limpiar el hogar, etc., existiendo diferencias en la intensidad de esta asistencia en función del grado de dependencia²².

Se trata ante todo de mujer (82,9%), en edad adulta (45-64 años), en doble proporción que en el resto de edades. La comparación de edades medias entre cuidador y ayudado se sitúa en algo menos de 30 años; es decir, es la segunda generación, la de los hijos ya adultos, que a su vez ya tienen sus propios hijos (tercera generación). Debido al aumento de la longevidad entre los mayores, empieza a ser habitual el caso de personas de edad que son cuidadoras de otros mayores, generalmente sus padres octogenarios y nonagenarios. Los cuidadores suelen ser personas de bajo nivel de estudios, normalmente autclasificados como «amas de casa» (50%), y de un origen social modesto. A veces, esa situación y la escasez de otras oportunidades laborales o de estudios conducen a estas personas

a ser cuidadoras principales, con el agravante de que su falta de formación puede incidir negativamente en la prestación de ayuda²³.

La persona o cuidador principal en la ayuda suele ser la hija (38,3%), mucho antes que el hijo (12,5%). En pocos años se ha visto una evolución hacia una ligera mayor participación de los varones en estas tareas. Le sigue en importancia el cónyuge de quien precisa la ayuda (21,5%), pero sobre todo si el ayudado es el varón; en caso contrario, cuando la necesitada es la esposa, suele ser la hija o la nuera antes que el propio esposo²³.

Es decir, mujer, esposa o hija, para cuidados de varón, esposo o padre. Las nueras o yernos (independientemente de sus cónyuges cuidadores) no suelen atender a sus padres políticos²³.

Otras alternativas, en importancia decreciente, son otros familiares y empleados de hogar. Los servicios sociales (servicio de ayuda a domicilio) apenas están extendidos, y los voluntarios (no pagados) representan una actividad loable pero casi anecdótica en el conjunto del sector. La prestación de cuidados por parte de empresas específicas está poco extendida, aunque ganando en importancia, y entra en conflicto con los voluntarios y organizaciones prestadoras de ayuda sin ánimo de lucro²³.

El cuidador suele iniciar las tareas de ayuda ante los problemas de un familiar de edad por iniciativa propia. A veces, es una decisión discutida

en la familia (17,5% de los casos) o porque era la única persona que podía realizar esa asistencia. Pocos son los mayores que piden explícitamente esa ayuda²³.

Se asume la responsabilidad de la asistencia por diversos motivos, no necesariamente excluyentes entre sí: sentido de la responsabilidad, sentimiento de reciprocidad y falta de otras alternativas. El 90% de las personas que atienden a mayores lo hacen porque lo consideran una obligación moral; 47% dicen que esa ayuda dignifica a la persona y que su círculo de amistades valoran esa acción muy positivamente; un 42% confiesa que no les queda más remedio, sentimiento mezcla de obligación, reciprocidad y circunstancias²³.

Aunque los mayores se inclinan mayoritariamente por los cuidados informales, la «revolución » de la longevidad y otras tendencias demográficas (como el reducido tamaño medio familiar, o la proliferación de hogares unipersonales, o parejas sin hijos, por ejemplo), significan un desafío para las futuras generaciones, conforme se acercan a edades más avanzadas²³.

Al previsible incremento de la demanda de cuidadores, que provengan de la propia familia, se opondrá la menor disponibilidad de tales cuidadores, y por tanto, se originará un déficit considerable entre oferta y demanda de asistencia informal. Muchos adultos actuales están viviendo, además, la situación de ser cuidadores de sus padres y otros familiares de

edad, y afrontan un futuro con la duda de quién les prestará atención si la precisan o la certeza de verse institucionalizados, si la asistencia formal, prestada a domicilio o en la comunidad, no puede evitarlo²³.

Por otra parte, la seguridad de una asistencia informal (familiar) en el final de la vida debería de estar de alguna forma prevista, financiada, o bonificada fiscalmente. El desafío futuro de los cuidados para los ahora adultos, debería obligar a una mejor integración y coordinación de los servicios formales y de la ayuda informal para subsanar ese déficit²³.

Esta asociación permitiría además apreciar mejor los esfuerzos públicos por el cuidado a los mayores, animar a la dotación adecuada de esos servicios sociales, y por otra parte, los gestores públicos conocerían y valorarían mejor los esfuerzos que familiares, amigos y vecinos hacen por los mayores²³.

Cuidador formal

En cuanto a la definición del cuidador/a “formal”, algunos autores aplican el término sólo a los cuidadores que han recibido capacitación específica y no pertenecen a la familia del anciano o persona dependiente, correspondiendo entonces a un tipo especial de cuidadores formales: los capacitados a través de una formación teórico – práctica para la atención directa y continuada de ancianos en diversos ámbitos. Sin embargo, consideramos que no se incluye en esta definición a los cuidadores que reciben un pago por su trabajo, pero no tienen la

formación señalada. Consideramos que debe denominarse “cuidador formal” a toda aquella persona que cuida en forma directa a personas dependientes en diversos ámbitos, esté o no capacitado, recibiendo una paga o beneficio pecuniario por su trabajo²³.

Serían aquellos que ejercen cuidados profesionales: los prestados por los trabajadores de una institución pública o entidad, con y sin ánimo de lucro, o profesional autónomo entre cuyas finalidades se encuentre la prestación de servicios a personas en situación de dependencia, ya sean en su hogar o en un centro²³.

Entre los cuidadores formales se incluyen entonces a los profesionales que trabajan en establecimientos destinados a prestar servicios de salud para ancianos y que varían en función del estatus socio laboral. Así, dentro de esta categoría encontraríamos cuidadores con una formación teórico-práctica para la atención al dependiente (terapeutas ocupacionales, enfermeras/os) y cuidadores sin formación teórico-práctica o, si la han recibido, es de corta duración y muy limitada. Queremos restringir el término “cuidador/a formal” a aquellos trabajadores/as cuyas funciones son asistir en las actividades básicas de la vida diaria (ABVD) y que se definen como sigue: son aquellas relativas al cuidado personal, movilidad en el hogar, tareas domésticas y funciones básicas de tipo mental o intelectual como cambiar las posiciones del cuerpo; levantarse y acostarse; desplazarse dentro del

hogar, asearse, controlar las necesidades; vestirse, desvestirse y arreglarse; comer y beber; reconocer personas y objetos y orientarse; entender y ejecutar instrucciones y/o tareas sencillas²³.

HACINAMIENTO

El hacinamiento refiere a la relación entre el número de personas en una vivienda o casa y el espacio o número de cuartos disponibles. Dado que el acceso de los pobres a los recursos es limitado, las instalaciones de vivienda que ocupan tienden a ser menos apropiadas que aquellas disponibles para las personas no pobres. En general, esto se refiere a la ubicación, la infraestructura, equipamientos y servicios colectivos y de la vivienda. La idea del hacinamiento depende de un juicio normativo acerca de los niveles apropiados de ocupación, densidad y privacidad. Las normas que se aplican varían considerablemente entre sociedades diferentes. La ocupación se determina a partir de identificar el número de personas por unidad de alojamiento. Cuando múltiples ocupantes de diferentes hogares tienen que compartir los servicios, esto puede interpretarse como un problema de espacio o como evidencia de “hogares ocultos”, una forma de “no tener domicilio fijo”. Dado que los servicios son compartidos, altos niveles de ocupación pueden llevar implícitos problemas relacionados con la higiene y la sanidad. La densidad se determina en referencia al espacio (personas por metro cuadrado) o la

ocupación por habitación (personas por habitación). El número de personas por habitación es por lo general utilizado en las estadísticas nacionales como un indicador básico simple de proximidad forzada, estableciendo un límite de 1,5 o 2 personas por habitación. Pero en países desarrollados, esta medida ha sido complementada con estándares adicionales. Las Naciones Unidas toman en cuenta la superficie de las habitaciones para sus indicadores de desarrollo sustentable (ONU, 2001), mientras que su división de estadística utiliza la medida de personas por habitación (ONU, 2005). Los estándares de privacidad también varían, pero muchas normas incluyen distinciones respecto a personas de diferente sexo, no casadas y menores de cierta edad. Otra aplicación de estos estándares se observa en la distribución de viviendas²⁴.

COMORBILIDAD

Es la presencia concurrente de 2 o más enfermedades diagnosticadas médicamente en el mismo individuo, con el diagnóstico de cada una de estas enfermedades basado en criterios establecidos y no relacionadas causalmente con el diagnóstico primario. Feinstein en 1970 describió originalmente comorbilidad como «cualquier entidad distinta adicional que ha existido o puede ocurrir durante el curso clínico de un paciente que presenta una enfermedad índice en estudio», mientras Van den Akker et al en 1996 redefinieron posteriormente ambos conceptos y reservaron

el término de multimorbilidad para describir la coocurrencia de múltiples enfermedades agudas o crónicas y situaciones médicas en la misma persona, y para Karlamangla et al en el 2006 prefieren definir la comorbilidad como el impacto total de la disfunción biológica, incluida en su valoración no sólo las enfermedades evidentes, sino también procesos subclínicos que no llegan al diagnóstico de enfermedad por los criterios actuales²⁵.

Existen pocos datos disponibles que describan el fenómeno de la comorbilidad a pesar de que gran parte de las personas que acuden a la consulta presentan este fenómeno, incluso en mayores de 65 años es del 98%, según algunas fuentes²⁵⁻²⁶.

Villarreal Amarís, G en su estudio realizado en Colombia encuentra que la comorbilidad se relacionó con polimedicación (76%), problemas bucodentales (70.1%)²⁷.

En la ciudad de México, según la Encuesta de Salud, Bienestar y Envejecimiento en América Latina y el Caribe (SABE) se identificaron 426 (34.1 %) adultos mayores con dos o más enfermedades crónicas por autorreporte y el resto con una o ninguna enfermedad crónica, estos resultados son similares a los de otros países de Latinoamérica y el Caribe. En diferentes estudios se ha demostrado que una mayor comorbilidad en los adultos mayores trae consigo un impacto negativo en la mortalidad, función física y calidad de vida. Por tal motivo, resulta de

suma importancia incluir a la evaluación de la comorbilidad cuando se realiza un trabajo de investigación en adultos mayores²⁸, mientras que Michue Bohórquez et al, encontraron que en el Perú los pacientes que ingresaron al PADOMI el 80,5% fue referidos por alta comorbilidad y el 88,1% fue referido de los establecimientos de Essalud²⁹.

Apenas hay estudios sobre comorbilidad realizados en España exclusivamente en el paciente anciano. Se ha estimado la prevalencia de multimorbilidad en Europa y en EE. UU. Sin embargo, hay grandes diferencias en las fuentes de datos y en los resultados. De todas maneras, en los estudios poblacionales realizados, la prevalencia de comorbilidad aumenta con la edad y parecen existir determinados patrones de presentación de la enfermedad en el paciente anciano²⁵.

Los intentos iniciales para medir la comorbilidad implicaban una simple dicotomía de presencia o ausencia de enfermedad sin considerar la severidad, por lo cual Kaplan y Feinstein (1974) definieron y clasificaron a la comorbilidad de acuerdo a su severidad. Esta clasificación fue ampliada posteriormente por Charlson, quien otorgó diferentes pesos de acuerdo al riesgo de mortalidad según la severidad de las comorbilidades²⁸.

CAPÍTULO II: METODOLOGÍA

2.1. Planteamiento del problema.

La Atención domiciliaria viene a ser el conjunto de actividades que tienen por objeto proporcionar atención domiciliaria, al individuo y a la familia en su domicilio, de acuerdo con sus necesidades y asumiendo con ellos la corresponsabilidad del cuidado, continuo e integral, en coordinación con los demás miembros del equipo y con otros servicios sociales y sanitarios¹

Por lo tanto, la visita domiciliaria, es la base instrumental a través de la cual se presta la atención domiciliaria, mientras que la atención domiciliaria es el fin, la visita el medio para alcanzarlo. De hecho un solo caso de atención domiciliaria puede requerir numerosas visitas¹.

La atención a domicilio es un gran reto para el médico, ya que no dispone de los recursos técnicos y humanos con los que cuenta habitualmente y al estar condicionado por las circunstancias del entorno y del paciente².

Todos estos condicionantes convierten la atención a domicilio en poco atractiva para algunos profesionales. Crea mucha inseguridad, se tarda más tiempo en realizar que un encuentro habitual en el despacho, los recursos disponibles son muy escasos y no hay incentivos que fomenten este tipo de actividad².

Por tal razón en nuestro país El Seguro Social de Salud, EsSalud, es un organismo público descentralizado; teniendo por finalidad, la de dar cobertura

a los asegurados y sus derechohabientes, a través del otorgamiento de prestaciones de prevención, promoción, recuperación, rehabilitación, prestaciones económicas, y prestaciones sociales que corresponden al régimen contributivo de la Seguridad Social en Salud, así como otros seguros de riesgos humanos³.

EsSalud, por lo tanto implementa el “Programa de Atención Domiciliaria – PADOMI”, que viene a ser la atención preferencial en el domicilio dirigido a personas dependientes, que son aquellas que no pueden valerse por sí mismas y dependen de otra persona para realizar sus actividades de la vida diaria, tales como desplazarse, vestirse, comer, asearse, usar los servicios higiénicos, entre otros. Donde la familia cumple un rol complementario importante y responsable en el cuidado del paciente.

Es así que nuestro trabajo está orientado a determinar el nivel de satisfacción (variable dependiente) de los usuarios de PADOMI, cuyo resultado será un indicador de calidad de atención brindada por el personal del Hospital II EsSalud Huánuco, y determinar si el tiempo de visita, el grado de dependencia y la presencia del cuidador (variables independientes) influirán sobre la satisfacción, cuyos resultados servirán para la generación de nuevos conocimientos y de referencia para futuros trabajos de investigación.

2.2. FORMULACIÓN DEL PROBLEMA

¿INFLUYE EL TIEMPO DE VISITA, EL GRADO DE DEPENDENCIA Y LA PRESENCIA DEL CUIDADOR CON LA SATISFACCIÓN DE LOS USUARIOS DEL PROGRAMA DE ATENCIÓN DOMICILIARIA (PADOMI) DEL HOSPITAL II ESSALUD HUÁNUCO EN EL 2015?

2.3. OBJETIVOS: GENERAL Y ESPECÍFICOS

2.3.1 Objetivo General:

Determinar la influencia del tiempo de visita del personal de salud, el grado de dependencia y la presencia del cuidador en la satisfacción de los usuarios del Programa de Atención Domiciliaria (PADOMI) del Hospital II EsSalud Huánuco en el 2015.

2.3.2 Objetivo Específico:

- Evaluar que la satisfacción es influenciada por el tiempo de visita del personal de salud en los usuarios del Programa de Atención Domiciliaria (PADOMI) del Hospital II EsSalud Huánuco en el 2015.
- Analizar que la satisfacción es influenciada por el grado de dependencia en los usuarios del Programa de Atención Domiciliaria (PADOMI) del Hospital II EsSalud Huánuco en el 2015.
- Identificar la influencia de la presencia cuidador en la Satisfacción de los usuarios del Programa de Atención Domiciliaria (PADOMI) del Hospital II EsSalud Huánuco en el 2015.

- Describir las características epidemiológicas de los pacientes usuarios del Programa de Atención Domiciliaria (PADOMI) del Hospital II EsSalud Huánuco en el 2015.

2.4. HIPÓTESIS:

Hipótesis General:

- **H_i:** El tiempo de visita, el grado de dependencia y la presencia del cuidador influyen en el grado de satisfacción de los usuarios del Programa de Atención Domiciliaria (PADOMI) del Hospital II EsSalud Huánuco en el 2015.
- **H_o:** El tiempo de visita, el grado de dependencia y la presencia del cuidador no influyen en el grado de satisfacción de los usuarios del Programa de Atención Domiciliaria (PADOMI) del Hospital II EsSalud Huánuco en el 2015.

Hipótesis Específicas:

- **H_{i1}:** El tiempo de visita influye en el grado de satisfacción de los usuarios del Programa de Atención Domiciliaria (PADOMI) del Hospital II EsSalud Huánuco en el 2015.
- **H_{o1}:** El tiempo de visita no influye en el grado de satisfacción de los usuarios del Programa de Atención Domiciliaria (PADOMI) del Hospital II EsSalud Huánuco en el 2015.

- **H_{i2}**: El grado de dependencia influye en el grado de satisfacción de los usuarios del Programa de Atención Domiciliaria (PADOMI) del Hospital II EsSalud Huánuco en el 2015.
- **H_{o2}**: El grado de dependencia no influye en el grado de satisfacción de los usuarios del Programa de Atención Domiciliaria (PADOMI) del Hospital II EsSalud Huánuco en el 2015.
- **H_{i3}**: La presencia del cuidador influye en el grado de satisfacción de los usuarios del Programa de Atención Domiciliaria (PADOMI) del Hospital II EsSalud Huánuco en el 2015.
- **H_{o3}**: La presencia del cuidador no influye en el grado de satisfacción de los usuarios del Programa de Atención Domiciliaria (PADOMI) del Hospital II EsSalud Huánuco en el 2015.

2.5. OPERACIONALIZACIÓN DE VARIABLES.

- Satisfacción, resultado de la diferencia entre su percepción del servicio que recibe y sus expectativas previas, es la variable dependiente, de tipo cualitativa, de escala ordinal.
- Tiempo de visita, es tiempo empleado en la atención domiciliaria, es variable cuantitativa, de intervalo (1 minuto, 2 minutos, 3 minutos, 4 minutos, 5 minutos, etc).
- Dependencia, es el Grado de dependencia medido a través del Índice de Barthel, es una variable cualitativa, de escala ordinal, con las categorías de Dependencia total: 0 a 20, Dependencia severa: 21 a 60, Dependencia

moderada: 61 a 90, Dependencia escasa: 91 a 99 e Independencia: 100.

- Cuidador, persona responsable del paciente, es una variable cualitativa nominal, y se considera si esta presente o ausente.
- Edad, tiempo de vida en años cumplidos, calculado según la fecha de nacimiento del documento nacional de identidad, es variable cuantitativa, de escala razón.
- Género, condición orgánica, masculina o femenina, de las personas, es una variable cualitativa, de escala nominal. Cuya fuente es la ficha de recolección de datos.
- Hacinamiento, número de personas por habitación, es una variable cuantitativa, de escala de intervalo (≥ 3 pers./hab).
- Comorbilidad, es el número de diagnósticos establecidos por el médico que realiza la visita domiciliaria, es una variable cuantitativa, de escala de razón.
- Número de visitas, corresponde a la cantidad de veces que se realiza las visitas domiciliarias a los pacientes en el último mes, es una variable cuantitativa, de escala de razón.

2.6. MARCO METODOLÓGICO

Nivel y tipo de investigación

Se realizó una investigación de tipo descriptiva, que comprende con el registro, análisis e interpretación de hechos presentes.

2.7. DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

La investigación fue **no experimental**, porque se obtuvieron datos directamente de la realidad objeto de estudio, sin manipular deliberadamente ninguna variable, lo que se hace es observar el fenómeno tal como se da en su contexto natural para después analizarlos; de tipo **transeccional** o **transversal**, porque se recolectaron datos en un solo momento, en un tiempo único; de índole **correlacional-causal**, porque se limitó a establecer relaciones entre las variables sin precisar sentido de causalidad o pretender analizar relaciones causales.

2.8. POBLACIÓN Y MUESTRA

Población

La población del presente estudio estuvo constituida por el total de pacientes usuarios del Programa de Atención Domiciliaria (PADOMI)- Hospital II EsSalud Huánuco, 2015.

Unidad de Análisis:

Usuario del servicio de PADOMI.

Características de la población

- **Criterios de inclusión**

- Pacientes mujeres y varones del Programa de Atención Domiciliaria que son visitados en su domicilio.
- Pacientes que puedan comunicarse por sus propios medios (verbal, escrito, por señas, etc).

- **Criterios de exclusión**

- Pacientes del programa que sean menores de edad.
- Pacientes que no deseen formar parte de la investigación.

- **Criterio de eliminación**

- Pacientes que en cualquier momento del estudio decidan retirarse del mismo.

Muestra Universal:

Se tienen registrados alrededor de 600 usuarios en el Programa de Atención Domiciliaria (PADOMI).

Tipo de muestreo

Se seleccionaron a los 200 pacientes por muestreo estratificado aleatorio simple a partir de la población total que está distribuida en 9 zonas (A, B, C, D, E, F, G, I y J) usando un programa estadístico para su selección.

2.9. RECOLECCIÓN DE DATOS.

Se solicitó permiso para realizar las encuestas a las autoridades de la del hospital II – Huánuco, mediante la aprobación de los comités de ética e investigación para poder iniciar la recolección de los datos.

Los datos fueron recolectados a partir de fuentes primarias como la encuesta realizada en la casa de los pacientes de PADOMI, quienes estuvieron en compañía de sus cuidadores, donde se les explicó en que consistía dicho cuestionario y se les pidió su consentimiento informado, que fue firmado por el paciente y un testigo quien principalmente fue un familiar.

El cuestionario fue sometido a Juicio de expertos, a través de 5 jueces para la validez de contenido, se obtuvo un Alfa de Cronbach³² de 0,987 ya que dicho valor se aproxime a su valor máximo que es 1 se puede garantizar la fiabilidad de nuestro instrumento para la recolección de datos.

2.10. ANÁLISIS DE DATOS.

Revisión de Datos

Durante y al finalizar la recolección de datos, se procedió a revisar diligentemente cada uno de las fichas con la intención de verificar que todas las preguntas hayan sido contestadas.

Codificación Del Instrumento De Evaluación

Se mantuvo como *Variable Cuantitativa* la Edad; se codificó los datos cualitativos, transformándolos en códigos numéricos. Por ejemplo se le dará

el código de (0) cuando la respuesta sea SI y de (1) cuando la respuesta sea NO, esto para las variables dicotómicas; para las variables politómicas se procedió a asignarle códigos como (0, 1, 2, 3,...). Además se asignó el código (999) en caso de no ser contestada la pregunta, desconoce la respuesta o se niega a responder.

Procesamiento y presentación de datos

La recolección de datos se realizó por el propio investigador para asegurar el cumplimiento del plan de recolección y se coordinó con el personal asistencial de PADOMI para la facilitación en la aplicación del cuestionario.

La información recogida se ingresó a una base de datos para buscar asociación entre las variables independientes y la dependiente, por lo que se utilizó ANOVA, Tau de Kendall y Chi² para lo cual se empleó el programa IBM Statistics SPSS versión 23.0 para su análisis.

2.11. ASPECTOS ÉTICOS

Considerando que la investigación se realizará en personas, es indispensable tener en cuenta los aspectos citados en la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial para la investigación biomédica en personas.

Para el desarrollo de esta investigación se gestionó la aprobación del proyecto por parte del Comité de investigación de la EAP de Medicina Humana y de los Comités de Investigación y de Ética del Hospital II EsSalud Huánuco, pues al ser prospectivo incluyó la participación directa de los

usuarios de PADOMI y sus familiares, los cuales fueron informados de los alcances del mismo, así como se les enfatizó que su participación iba a ser libre, voluntaria y se les manifestó que podían retirarse del estudio en el momento que lo deseen, además de que la información iba a ser confidencial.

Para garantizar la confidencialidad de los datos:

- La información fue obtenida solo bajo permiso de la dirección de PADOMI y del Hospital EsSalud II Huánuco.
- La información solo se usó para motivos de la presente investigación.
- La información de los pacientes solo fue manejada por los investigadores, mostrando al final del estudio solo resultados globales de la muestra, sin individualizar a los pacientes.
- En el consentimiento informado se advirtió a los pacientes del uso confidencial de sus datos y la libertad que ellos tenían de abandonar el estudio si lo veían conveniente.

Debido a que se trataba de un estudio no experimental, no existían riesgos físicos y/o psicológicos, riesgo de muerte y/o de alteración de la calidad de vida ni daños a terceros. Es más, el estudio permitiría conocer cuál es el nivel de satisfacción de los usuarios de PADOMI en relación a la atención brindada por parte del personal asistencial de dicho programa.

La información recolectada estaría bajo responsabilidad del investigador principal y el garantizará el resguardo de la información, por tal motivo la encuesta se realizó de forma anónima, con la asignación numérica en cada

ficha recolectada para proteger la identidad de los participantes durante y después del estudio.

Siendo éste un estudio prospectivo, se utilizó un consentimiento informado (ANEXO I), donde se explica los objetivos, métodos, posibles beneficios y riesgos previsibles de la participación en el estudio de manera clara, breve y concisa a todas las personas que conformaron nuestra muestra.

CAPITULO III: RESULTADOS

Los resultados corresponden a 204 pacientes usuarios del Programa de Atención Domiciliaria (PADOMI), de los cuales 128 (62,7%) eran mujeres y 76 (3,73%) varones, con una con una edad promedio de 79,9 años (30 a 100 años).

En cuanto a las características epidemiológicas de los pacientes de PADOMI se distribuyeron en 9 zonas la ciudad de Huánuco (A, B, C, D, E, F, G, I y J); siendo las de mayor distribución las zonas D (22,1%) y E (23,5%) correspondientes al casco urbano de la ciudad de Huánuco, en quienes el nivel de estudios: primaria incompleta (16,2%), primaria completa (17,6%), secundaria incompleta (12,3%), secundaria completa (17,6%), superior no universitaria completa (11,8%) y superior universitaria completa (12,7%) fueron los más frecuentes. Así mismo la religión que profesan fue la Católica (82%), la Evangélica (15,2%) y Testigo de Jehova (2%).

En cuanto al número de las comorbilidades, presentaron una media de 4,8 ($DS \pm 1,5$), siendo las más frecuentes: hipertensión arterial (12,64%), gastritis (5,47%), osteoporosis (4,75%), insomnio (4,54%), diabetes mellitus tipo 2 (4,02%), osteoartrosis (2,79%), lumbalgia (2,17%), gonartrosis (2,17%), insuficiencia venosa profunda (2,17%), constipación (2,06%), enfermedad pulmonar intersticial difusa (2,06%), hiperplasia benigna de próstata (2,06%), trastorno depresivo (1,75%), artritis reumatoide (1,24%) y secuela de fractura de cadera (1,24%).

Mientras que los pacientes de PADO0MI presentaron un grado de dependencia total 20 (9,8%), severa 41 (20,1%), moderada 100 (49%), escasa 20 (9,8%) e independencia total 23 (11,3%) en el total de encuestados.

Además encontrándose hacinamiento en 8 (3,9%) de los encuestados con una media de personas en la casa de 4,89 ($DS_{\pm 1,5}$) y una media de habitaciones en la casa de 3,86 ($DS_{\pm 2,08}$).

Estando el paciente en compañía del cuidador principal (94,1%), y siendo este un familiar (80,9%), enfermero o técnico (13,2%) y en algunos casos no contaba con persona responsable (5,9%) a su cuidado.

En cuanto a las características epidemiológicas del cuidador principal, presentaron una edad media de 48,98 años (15 a 86 años), de los cuales 146 (71,6%) eran mujeres y 46 (22,5%) varones, siendo el/la esposo(a) (17,2%), hijo(a) (48%), el trabajador del hogar (9,3%) y otros no parientes (6,9%) los cuidadores principales, quienes el nivel de estudios: superior universitaria completa (32,4%), secundaria completa (17%) y superior no universitaria completa (11,3%) fueron los más frecuentes; teniendo poco (27%) o regular (50%) conocimiento o experiencia en el cuidado de pacientes, que fue adquirido por la experiencia (74,5%), universidad o instituto (11,8%) y capacitado por PADOMI (7,8%); recibiendo una remuneración (15,7%) por el tiempo dedicado al cuidado del paciente, que presento una media de 17,42 horas al día

Además, se encontró que el número de visitas realizadas por el médico de PADOMI tuvo una media de 1,39 veces ($DS_{\pm 0,75}$) en el último mes, con una media de 17,87 minutos ($DS_{\pm 7,89}$) de duración cada visita.

Hallándose una satisfacción alta en 134 (65,7%), media en 65 (31,9) y baja 5 (2,5%) en relación a la atención brindada por el médico de PADOMI.

Mientras que en el análisis bivariado se observó que el nivel de satisfacción fueron más altos en el género femenino, con resultado no significativo ($x^2=0,678$; $p=0,713$).

En cuanto al nivel de satisfacción y la edad los resultados fueron no significativos ($x^2=0,686$; $p=0,71$).

Así mismo, el nivel de satisfacción y la presencia del cuidador los resultados fueron no significativos ($x^2=1,787$; $p=0,41$) pero en el grupo de pacientes en cuyas casas tenían de 1 a 3 habitaciones el resultado fue significativo ($x^2=8,44$; $p=0,02$).

Mientras que el nivel de satisfacción y el tiempo de visita dedicado a los pacientes de PADOMI por parte del médico, los resultados fueron no significativos ($x^2=2,621$; $p=0,27$), asimismo se observó dentro de este grupo resultados significativos en aquellos que eran hombres ($x^2=41,17$; $p=0,00$), además en los pacientes que presentaron de 4 a 6 comorbilidades ($x^2=22,54$; $p=0,00$), también en los pacientes que se encontraron hacinados ($x^2=8,00$; $p=0,02$), en cuyas casas contaban de 4 a 6 habitaciones ($x^2=25,12$; $p=0,00$), habitando en ella de 4 a 6 personas ($x^2=29,63$; $p=0,27$), donde era el familiar el cuidador principal ($x^2=17,16$; $p=0,03$), siendo este/a el/la esposo/a ($x^2=37,06$; $p=0,00$), observándose significancia en la religión del cuidador que fue la católica ($x^2=16,41$; $p=0,04$), refiriendo el cuidador tener mucho conocimiento o experiencia en atención de pacientes ($x^2=33,22$; $p=0,00$), afirmando que fue adquirido en la universidad o instituto ($x^2=12,67$; $p=0,05$).

En relación al nivel de satisfacción y el grado de dependencia de los pacientes de PADOMI, los resultados fueron no significativos ($x^2=8,55$; $p=0,38$).

Se relacionó el nivel de satisfacción con el número de comorbilidades y se observó que los resultados fueron no significativos ($\chi^2=3,75$; $p=0,15$).

Así mismo se relacionó el nivel de satisfacción con el hacinamiento y se observó que los resultados fueron no significativos ($\chi^2=1,79$; $p=0,41$).

También se relacionó el nivel de satisfacción con el número de visitas por parte del médico a los pacientes de PADOMI y se observó que los resultados fueron no significativos ($\chi^2=0,28$; $p=0,87$).

CAPITULO IV: DISCUSIÓN

El Programa de Atención Domiciliaria (PADOMI) del Hospital II EsSalud, se encuentra ubicado en el jirón Tarapacá N° 856, en el Distrito, Provincia y Región de Huánuco, a una Altitud de 2950 m.s.n.m., zona geográfica Sierra Centro, con un clima templado cuyo promedio anual es de 20°C.

Este programa brinda atención domiciliaria interdisciplinaria, integral, personalizada y continuada a todo usuario asegurado referido por del Hospital II EsSalud ubicado en el distrito de Amarilis, provincia y región Huánuco, cuya misión es brindar una prestación asistencial integral comprometida con el adulto mayor, pacientes terminales y personas con discapacidad, quienes tienen la dificultad de movilizarse al centro de salud de referencia y se les brinda atención con calidad, calidez y eficacia en su domicilio por el equipo interdisciplinario, conformado principalmente por médicos generales y médicos especialistas, enfermeras de campo, médico de Medicina Física y Rehabilitación, Tecnólogo Médico en Medicina Física y Rehabilitación, Psicólogos y Farmacia.

Nuestros resultados respecto a la satisfacción más frecuentes fueron los niveles medios y altos, que coinciden con los trabajos de Bolívar quien observa que la satisfacción global con el médico de cabecera alcanzó un valor medio de 61,3 (DS $\pm 13,5$) puntos, en una escala de 0 a 100 puntos; al igual que Orueta³ encontró un aumento estadísticamente significativo de la satisfacción que fueron evaluados durante un año de seguimiento ($p < 0,05$), y Antoñana⁴ donde los niveles de

satisfacción han sido muy elevados; donde también explicarían que los altos índices de satisfacción debido a que la asistencia domiciliaria tiene un carácter más personal.

En nuestro estudio el grado de dependencia no presentó asociación con el nivel de satisfacción.

Como en el caso del tiempo de visita los resultados mostraron no tener relación con el nivel de satisfacción; sin embargo, se encontró asociación en aquellos pacientes hombres, en pacientes que presentaron de 4 a 6 comorbilidades, en pacientes que se encontraban hacinados en sus viviendas, en pacientes cuyas viviendas contaban de 4 a 6 habitaciones, en pacientes cuyas viviendas eran habitadas por 4 a 6 personas, en pacientes que contaban con un cuidador principal el cual era un familiar, en pacientes cuyo cuidador principal tenía el grado de parentesco de esposo/a, en pacientes cuyo cuidador tenía como religión la católica, en pacientes cuyo cuidador principal refirió tener mucho conocimiento o experiencia en atención de pacientes, en pacientes cuyo cuidador principal manifestó que dicho conocimiento fue adquirido en la universidad o instituto.

Sin embargo Gorina en su estudio comparo los modelos de atención domiciliaria integral donde solo se dedican una hora a la visita domiciliaria y el modelo dispensariado donde dedican la totalidad de la practica asistencial, por lo tanto mayor tiempo durante la visita y se determina que este último presento mayor nivel de satisfacción⁵.

Así mismo la presencia del cuidador no presenta asociación con el nivel de satisfacción, pero se observó significancia en aquellos pacientes que contaban con un cuidador principal en cuyas viviendas contaban de 1 a 3 habitaciones.

En este estudio la relación de género con el nivel de satisfacción, resultó ser no significativo, siendo el género femenino con mayor porcentaje el que presentó la satisfacción más alta como baja.

El grado de estudio del paciente de PADOMI resultó estar asociado al nivel de satisfacción ($\chi^2=64,51$; $p=0,00$).

En cuanto al lugar de procedencia resultó no estar asociado al nivel de satisfacción.

En este estudio se buscó la relación del nivel de satisfacción y el hacinamiento y no mostró diferencia significativa.

Con respecto al número de visitas del médico de PADOMI con relación al nivel de satisfacción no mostró diferencia significativa.

CAPITULO V: CONCLUSIONES Y RECOMENDACIONES

5.1. Conclusiones.

1. Se determinó que satisfacción no es influenciada por el tiempo de visita del personal médico a los usuarios del Programa de Atención Domiciliaria (PADOMI) del Hospital II EsSalud Huánuco en el 2015, sin embargo se encontró que el nivel de satisfacción es influenciado por el tiempo de visita dedicado por parte del médico a los pacientes de PADOMI, que fueron hombres, que presentaron de 4 a 6 comorbilidades, que se encontraban hacinados en sus viviendas, que contaban de 4 a 6 habitaciones, que cuyas viviendas eran habitadas por 4 a 6 personas, que contaban con un cuidador principal el cual era un familiar, quien tenía el grado de parentesco de esposo/a, cuya religión fue la católica, que refiere tener mucho conocimiento o experiencia en atención de pacientes, cuyo conocimiento fue adquirido en la universidad o instituto.
2. Se determinó que la satisfacción no es influenciada por el grado de dependencia en los usuarios del Programa de Atención Domiciliaria (PADOMI) del Hospital II EsSalud Huánuco en el 2015.
3. Se determinó que la presencia cuidador no influencia en la Satisfacción de los usuarios del Programa de Atención Domiciliaria (PADOMI) del Hospital II EsSalud Huánuco en el 2015, sin embargo se determinó que el nivel de satisfacción fue influenciado en aquellos pacientes que

contaban con un cuidador principal en cuyas viviendas contaban de 1 a 3 habitaciones.

4. Se determinó las características epidemiológicas de los pacientes usuarios del Programa de Atención Domiciliaria (PADOMI) del Hospital II EsSalud Huánuco en el 2015.

5.2. Recomendaciones.

1. Capacitación continua al cuidador principal en atención de apacientes, ya que en la mayoría el conocimiento que poseen fue adquirido en la universidad o instituto.
2. Consejería psicológica al cuidador principal para evitar el síndrome de sobrecarga del cuidador, ya que él será quien esté abocado al cuidado del paciente.
3. Consejería familiar para un mayor apoyo en el cuidado del paciente por toda la familia, ya que es el/la esposo/a es quien se dedica al paciente y así evitar el síndrome de sobrecarga del cuidador.
4. Terapia física continua, ya que se ha observado que la mayoría de pacientes tienen dependencia moderada para poder realizar actividades simples.

Limitaciones

Entre las limitaciones que se encontraron durante la ejecución de la tesis fueron:

- Dificultad en el procesamiento de datos recolectados de cada paciente entrevistado.
- Dificultad para evaluar el aspecto psicológico del paciente por ser demasiado amplio de investigar, y ameritaría un estudio aparte.
- Dificultad para la comunicación durante la entrevista con algunos pacientes que presentaron cierto grado de hipoacusia.
- Dificultad para un correcto análisis de la influencia de las variables independientes e intervinientes sobre la dependiente, ya que correspondería un estudio de tipo longitudinal para determinar dicha correlación.

CAPITULO V: REFERENCIAS

1. Monge A. Atención Domiciliaria. Curso Enfermería Comunitaria Atención Domiciliaria. 2011
2. Pastor Sánchez R. Grandezas y miserias de la Atención a Domicilio. SEMERGEN 2003;29(8):397-8
3. EsSalud, Gobierno del Perú [homepage en Internet]. Lima, Perú; c2015 [actualizada 16 mayo 2015; consultado 15 julio 2015]. Disponible en: <http://www.essalud.gob.pe/atencion-domiciliaria-padomi/>
4. Brenes Calvo, M., Lizano Calvo, M. Propuesta Estratégica para mejorar el grado de satisfacción de los usuarios externos del servicio de Laboratorio Clínico del Hospital Maximiliano Peralta Jiménez de Cartago. San José, Costa Rica Marzo 2012.
5. Espinel Bermúdez, M. Impacto de un programa de atención domiciliaria al enfermo crónico en ancianos: calidad de vida y reingresos hospitalarios. Salud pública Méx; 53(1); 17-25; 2011-02.
6. Ministerio de Salud. Resolución Ministerial N° 527-2011: "Guía Técnica para la Evaluación de la Satisfacción del Usuario Externo en los Establecimientos de Salud y Servicios Médicos de Apoyo". Lima, 2011.
7. Nicho R., Dante. Valorando la Atención Domiciliaria: Historia, modelos, situación actual y perspectivas. 2011.
8. Gorina M, et al. Comparación de la satisfacción de los usuarios de atención domiciliaria: modelo integrado vs. modelo dispensarizado. Aten Primaria. España 2014.
9. Blázquez Manzano, A., Feu, S., Ruiz Muñoz, E., Gutiérrez Caballero, J. Importancia de la comunicación interpersonal en relación médico-paciente en atención primaria. Rev Esp Comun Salud. 2012; 3(1): 51-65.
10. Espinel Bermúdez, M., Sánchez García, S., Juárez Cedillo, T., García González, J., Viveros Pérez, A., García Peña, C. Impacto de un programa de atención domiciliaria al enfermo crónico en ancianos: calidad de vida y reingresos hospitalarios. Salud Pública Mex 2011; 53:17-25.
11. Orueta Sánchez, R., et al. Evaluación de los Resultados y de la Satisfacción de un Programa de Atención Domiciliaria de Pacientes Ancianos Dependientes. España. Rev Clín Med Fam 3 2012; 5 (1): 3-8.
12. Chávez Echevarría, D., Paz Vera, Y. Calidad de cuidado de enfermería y grado de satisfacción percibida del usuario adulto del PADOMI, Hospital I EsSalud, Nuevo Chimbote, 2011.

13. Isidro Pulido, M., Lavado Pozo, L. Nivel de satisfacción de usuarios con diabetes mellitus y/o hipertensión arterial frente a los cuidados del profesional de Enfermería en PADOMI – Red Asistencial Nivel II EsSalud, Huánuco – 2008.
14. Hamui, Liz. Fuentes, Ruth. Un estudio de satisfacción con la atención médica. 1ª Ed. México. UNAM, 2013.
15. Ramírez Hita, Susana. Calidad de atención el Salud. 2da. Edición. La Paz: OPS/OMS, 2010. 236p.
16. Ramírez, T., Nájera, P., Nigenda, G. Percepción de la calidad de la atención de los servicios de salud en México: perspectiva de los usuarios. Salud Pública de México 1998.
17. Soto Fernández, O., Barrios Casas, S. Caracterización de salud, dependencia, inmovilidad y riesgo de úlceras por presión de enfermos ingresados al programa de atención domiciliaria. Cienc. enferm. 2012; 18(3): 61-72.
18. Pérez Peñaranda, A. El cuidador primario de familiares con dependencia: calidad de vida, apoyo social y salud mental. departamento de psiquiatría, psicología médica, medicina legal e historia de la ciencia Universidad de Salamanca, Facultad de Medicina. Salamanca, Mayo del 2006.
19. Camps Ballester, E., Andreu Periz, L., Colomer Codinachs, M., Claramunt Fonts, L., Pasaron Alonso, M. Valoración del grado de autonomía funcional de pacientes renales crónicos según índices de Barthel, Lawton y baremo de Ley de Dependencia. Rev Soc Esp Enferm Nefrol. Junio 2009; 12(2): 28-34.
20. Barrero Solís, C., García Arrijoja, S. y Ojeda Manzano, A. Índice de Barthel (IB): Un instrumento esencial para la evaluación funcional y la rehabilitación. Plasticidad y Restauración Neurológica. Vol. 4 Núms. 1-2 Enero-Junio, Julio-Diciembre 2005.
21. Programa de atención a enfermos crónicos dependientes. Anexo IX-Escalas de valoración funcional y cognitiva. 2011.
22. Sánchez López, P., Díaz Morales, J., Cuéllar Flores, I., Castellanos Vidal, B., Fernández Martínez, T., De tena Fontaneda, Á. Proyecto 24/07 “La salud física y psicológica de las personas cuidadoras: comparación entre cuidadores formales e informales”. Universidad complutense de Madrid-España. Duración del proyecto: 01/01/2008 al 31/12/2008.
23. Miguel, J., Sancho, M., Abellán, A., Rodríguez, V. Las personas mayores en España. Informe 2000. Capítulo 8. La atención formal e informal en España.
24. Hombrados, M. "Hacinamiento." Psicología ambiental (1998): 149-171.

25. Martínez Velilla, N., De Gaminde Inda, I. Índices de comorbilidad y multimorbilidad en el paciente anciano. Med Clin (Barc). 2011;136(10):441-446.
26. Sicras Mainar, A., Navarro Artieda, R., Ruíz Torrejón, A., Prados Torres, A. Estimación de la comorbilidad crónica sobre el costo sanitario en pacientes ancianos con trastornos neurológicos. Rev. Perú. Med. Exp. Salud Pública, Lima. 2011; 28(3):564-70.
27. Villarreal Amarís, G., Month Arrieta, E. Condición sociofamiliar, asistencial y de funcionalidad del adulto mayor de 65 años en dos comunas de Sincelejo (Colombia). Salud, Barranquilla. 2012 June; 28(1): 75-87.
28. Rosas Carrasco, O. et al. Evaluación de la comorbilidad en el adulto mayor. Rev Med Inst Mex Seguro Soc 2011; 49 (2): 153-162.
29. Michue Bohórquez, E., Arana Maestre, C., Ortiz Saavedra, P., Chávez Jimeno H. y Varela Pinedo L. Perfil clínico de los pacientes que ingresan al programa de atención domiciliaria de Essalud en el sur de Lima Metropolitana. Rev Soc Peru Med Interna 2011; vol 24 (1).

ANEXOS

ANEXO I:

CONSENTIMIENTO INFORMADO

FECHA:

FICHA N°:

TÍTULO DEL ESTUDIO:

“INFLUENCIA DEL TIEMPO DE VISITA, GRADO DE DEPENDENCIA Y EL CUIDADOR EN LA SATISFACCIÓN DE LOS USUARIOS DEL PROGRAMA DE ATENCIÓN DOMICILIARIA (PADOMI) DEL HOSPITAL II ESSALUD HUÁNUCO EN EL 2015”

LUGAR: PROGRAMA DE ATENCIÓN DOMICILIARIA DE ESSALUD

Condiciones del Participante:

He sido invitado a participar en una investigación que será realizada por un personal de salud entrenado de la E.A.P. de Medicina Humana UHNEVAL. La información que proporcionaré a través de un cuestionario, será utilizada única y exclusivamente con fines científicos y académicos.

Objetivo del Estudio:

Tengo conocimiento que esta evaluación formará parte de un estudio cuyo objetivo principal será conocer características clínico epidemiológicas y de satisfacción de los pacientes usuarios del servicio de PADOMI de la Red Asistencial EsSalud de Huánuco.

Tipo de Datos:

Entiendo que seré evaluado(a) mediante una ficha de recolección de datos que consta de datos sociodemográficos, clínicos y de opinión.

Naturaleza del Compromiso:

Estoy informado que la investigación tiene un tiempo de duración de 9 meses, desde el 15 de abril hasta el 30 de noviembre del 2015; pero que solo seré evaluado una sola vez a través de una ficha de recolección de datos.

Patrocinio:

Entiendo también que el presente estudio es un requisito indispensable para obtener el título de médico cirujano de los investigadores principales.

Selección de los Participantes:

Este estudio trabajará con una muestra representativa, seleccionada al azar, del total de pacientes del Programa de Atención Domiciliaria de EsSalud de Huánuco.

Procedimiento:

Al firmar este documento doy mi consentimiento para ser evaluado(a) mediante una ficha de recolección de datos, por un personal de salud entrenado de EsSalud y de la E.A.P. de Medicina Humana UHNEVAL.

Beneficios Potenciales:

No recibiré ninguna compensación económica por estar en este estudio. Participar en este estudio, brinda un beneficio directo para conocer la percepción del paciente de PADOMI acerca del Programa y la posible relación de esa percepción con otros factores.

Garantía de Confidencialidad:

Se me ha comunicado que mis datos no serán revelados y que no se me identificará en el informe final del estudio.

Consentimiento Voluntario y Derecho a retirarse o rehusarse:

Por lo expuesto, he accedido libremente a ser entrevistado y se me ha notificado que mi participación es completamente voluntaria y que tengo derecho a rehusarme a participar pudiendo retirarme en cualquier momento y no ser afectado por mi actitud.

Alternativas:

Estoy informado de que no recibiré tratamientos ni se me practicará procedimientos alternativos y que mi participación solo brindará información a través de recolección de datos.

Información para el Establecimiento de Contactos:

El personal participante del estudio son los siguientes:

NOMBRE	CARGO EN EL PROYECTO	INSTITUCIÓN	TELEFONO
Sr. Huamán Santiago, Enrique Manuel	Investigador Principal	UNHEVAL	962607790
Sr. Salazar Borja, Juan Carlos	Investigador Principal	UNHEVAL	962625624

Autorización:

He leído el formulario de consentimiento descrito arriba. El investigador me ha explicado el estudio y ha contestado mis preguntas, y estoy de acuerdo en continuar siendo parte de este estudio.

Fecha.

Firma del participante.

Firma del testigo.

Firma del entrevistador.

ANEXO II:

**UNIVERSIDAD NACIONAL HERMILIO VALDIZÁN
E. A. P. DE MEDICINA HUMANA**

**FICHA DE RECOLECCIÓN DE DATOS**

Estimado usuario de PADOMI:

Nos encontramos desarrollando un proyecto de investigación con el objetivo de conocer cuál es el nivel de satisfacción de los usuarios de PADOMI respecto al servicio brindado, el mismo que nos ayudará a identificar la percepción que tiene sobre el programa y necesidades específicas que permitirá mejorar las estrategias de atención a favor de usted, para tal efecto, estamos solicitando su participación en esta investigación a través de las respuestas al siguiente cuestionario. Toda la información que nos brinde será absolutamente confidencial y anónima. Los datos serán usados únicamente para fines de la investigación.

Instrucciones

1. Marque con una X en el casillero que refleje más su forma de pensar o de sentir o encierre en un círculo la alternativa de la respuesta que considere correcta.
2. Recuerde que esto no es un examen, por lo que no existen respuestas malas ni buenas.
3. Por favor, no deje ninguna pregunta sin contestar.
4. Responda a las afirmaciones de forma individual. No se sienta presionado.

Nº: _____

Fecha: ____ / ____ / ____

DATOS GENERALES

1. Nombre:

.....

2. Fecha de Ingreso a PADOMI: ____ / ____ / ____

3. Tiempo en el programa:.....

4. Edad:.....

5. Género:

1. Masculino
 2. Femenino

6. Lugar de Procedencia:

-

7. ¿Cuál es el último año o grado de estudios y nivel que aprobó?

- | | |
|---------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1. Sin nivel | <input type="checkbox"/> 7. Sup. no Univ. Incompleta |
| <input type="checkbox"/> 2. Educación inicial | <input type="checkbox"/> 8. Sup. no Univ. Completa |
| <input type="checkbox"/> 3. Primaria incompleta | <input type="checkbox"/> 9. Sup. Univ. Incompleta |
| <input type="checkbox"/> 4. Primaria completa | <input type="checkbox"/> 10. Sup. Univ. Completa |
| <input type="checkbox"/> 5. Secundaria incompleta | <input type="checkbox"/> 11. Post Grado Universitario |
| <input type="checkbox"/> 6. Secundaria completa | |

8. ¿Cuál es el diagnóstico del paciente por el cual está en el programa?

-

9. ¿Qué otras comorbilidades presenta el paciente?

-

HACINAMIENTO**10. ¿Cuántas personas viven en la casa?**

-

11. Sin contar baño, cocina, pasadizos ni garaje, ¿cuántas habitaciones en total tiene la vivienda?

-

CUIDADOR**12. ¿Existe alguna persona que se haga cargo o cuide del paciente?**

1. Familiar (por turnos)
 2. Enfermera, técnico en enfermería (personal entrenado)
 3. Nadie/queda solo

13. Número de cuidadores

.....

Preguntas 17 a la 24: Dirigido al cuidador que pasa más tiempo con el paciente en caso de haber más de uno

14. Edad

.....

15. Género

.....

16. ¿Cuál es la relación de parentesco con el paciente?

- | | |
|-----------------------------------------|--------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1. Esposo(a) | <input type="checkbox"/> 5. Suegro(a) |
| <input type="checkbox"/> 2. Hijo(a) | <input type="checkbox"/> 6. Otros parientes |
| <input type="checkbox"/> 3. Yerno/Nuera | <input type="checkbox"/> 7. Trabajador del hogar |
| <input type="checkbox"/> 4. Nieto | <input type="checkbox"/> 8. Otros no parientes |

17. ¿Cuál es el último año o grado de estudios y nivel que aprobó el cuidador? (Dirigido al cuidador que pasa más tiempo con el paciente en caso de haber más de uno)

- | | |
|---------------------------------------------------|-------------------------------------------------------|
| <input type="checkbox"/> 1. Sin nivel | <input type="checkbox"/> 7. Sup. no Univ. Incompleta |
| <input type="checkbox"/> 2. Educación inicial | <input type="checkbox"/> 8. Sup. no Univ. Completa |
| <input type="checkbox"/> 3. Primaria incompleta | <input type="checkbox"/> 9. Sup. Univ. Incompleta |
| <input type="checkbox"/> 4. Primaria completa | <input type="checkbox"/> 10. Sup. Univ. Completa |
| <input type="checkbox"/> 5. Secundaria incompleta | <input type="checkbox"/> 11. Post Grado Universitario |
| <input type="checkbox"/> 6. Secundaria completa | |

18. ¿Tiene conocimiento o experiencia en cuidados de pacientes?

1. Mucho
2. Regular
3. Poco
4. Nada

19. ¿Cómo adquirió ese conocimiento?

- Universidad – instituto
- Empírico – experiencia
- Capacitado por PADOMI

20. ¿Su trabajo como cuidador tiene remuneración?

1. Sí
 2. No

21. ¿Cuánto tiempo le dedica al cuidado del paciente?

-

NÚMERO DE VISITAS

22. ¿Cuántas visitas realiza el personal de PADOMI por trimestre?

-

TIEMPO DE VISITA

23. ¿Cuánto tiempo dura la visita del personal de PADOMI?

-

GRADO DE DEPENDENCIA

ÍNDICE DE BARTHEL

PARAMETRO	SITUACION DEL PACIENTE	PUNTAJE
24. Comida	Totalmente independiente. Capaz de comer por si solo en un tiempo razonable. La comida puede ser cocinada y servida por otra persona	10
	Necesita ayuda para cortar la carne, extender la mantequilla sobre el pan, pero es capaz de comer solo.	5
	Dependiente. Necesita ser alimentado por otra persona	0
25. Lavado (baño)	Independiente. Capaz de bañarse el cuerpo solo, de entrar y salir de la ducha sin ayuda y de hacerlo sin una persona que lo supervise	5
	Dependiente. necesita cualquier tipo de ayuda o supervisión	0
26. Vestido	Independiente. Capaz de ponerse y quitarse la ropa sin ayuda	10
	Necesita ayuda. Realiza sin ayuda mas de la mitad de las tareas en un tiempo razonable	5

	Dependiente. Necesita ayuda	0
27. Arreglo	Independiente. Realiza sin ayuda las actividades personales como peinarse, afeitarse, bañarse la manos etc.	5
	Dependiente. Necesita ayuda	0
28. Deposición	Continente. No presenta episodios de incontinencia	10
	Ocasionalmente presenta episodio de incontinencia. Menos de una vez por semana o necesita ayuda para colocar enemas o supositorios	5
	Incontinente. Más de un episodio semanal	0
29. Micción	Continente. No presenta episodios. Es capaz de cuidar de la sonda u otro dispositivo por si mismo	10
	Un episodio diario como máximo o requiere ayuda para la manipulación de la sonda u otro dispositivo	5
	Incontinencia. Más de un episodio diario	0
30. Usar el sanitario	Independencia para ir al baño, quitarse y ponerse la ropa	10
	Necesita ayuda. Capaz de manejarse con una pequeña ayuda; es capaz de usar el cuarto de baño. Puede limpiarse solo.	5
	Dependiente. Incapaz de acceder a él o de utilizarlo sin mayor ayuda.	0
31. Traslado (Cama / Sillón)	Independiente. No requiere ayuda para pasar del sillón a la cama, ni para entrar ni salir de la cama	15
	Mínima ayuda. Incluye supervisión o una pequeña ayuda.	10
	Gran ayuda, requiere de una persona con fuerza o entrenada	5
	Dependiente.	0
32. Deambulaci n	Independiente. Puede caminar 50 metros o su equivalente en casa sin ayuda o supervisión.	15
	Necesita ayuda física o supervisión	10
	Independiente en silla de ruedas. No requiere ayuda o	5

	supervisión	
	Independiente	0

33. Subir y bajar escalones	Independiente para bajar y subir escaleras sin ayuda o supervisión	10
	Necesita ayuda o supervisión	5
	Dependiente, es incapaz de utilizar las escaleras	0

SATISFACCIÓN

34. Estoy totalmente satisfecho de la visita con este médico/enfermera.

- 1 = Totalmente desacuerdo.
- 2 = Desacuerdo.
- 3 = Neutral.
- 4 = De acuerdo.
- 5 = Totalmente de acuerdo.

35. El médico/enfermera ha puesto mucha atención en examinar todos los problemas.

- 1 = Totalmente desacuerdo.
- 2 = Desacuerdo.
- 3 = Neutral.
- 4 = De acuerdo.
- 5 = Totalmente de acuerdo.

36. Seguiré los consejos del médico/enfermera porque creo que son muy acertados.

- 1 = Totalmente desacuerdo.
- 2 = Desacuerdo.
- 3 = Neutral.
- 4 = De acuerdo.
- 5 = Totalmente de acuerdo.

37. Me he sentido cómodo hablando con el médico/enfermera sobre temas muy personales.

- 1 = Totalmente desacuerdo.
- 2 = Desacuerdo.
- 3 = Neutral.
- 4 = De acuerdo.
- 5 = Totalmente de acuerdo.

38. El tiempo que he pasado con el médico/enfermera ha sido algo corto.

- 1 = Totalmente desacuerdo.
- 2 = Desacuerdo.
- 3 = Neutral.
- 4 = De acuerdo.
- 5 = Totalmente de acuerdo.

39. El médico/enfermera me ha dado una información completa sobre mi tratamiento.

- 1 = Totalmente desacuerdo.
- 2 = Desacuerdo.
- 3 = Neutral.
- 4 = De acuerdo.
- 5 = Totalmente de acuerdo.

40. Algunos aspectos de la consulta con el médico/enfermera podrían haber sido mejores.

- 1 = Totalmente desacuerdo.
- 2 = Desacuerdo.
- 3 = Neutral.
- 4 = De acuerdo.
- 5 = Totalmente de acuerdo.

41. Hay algunas cosas que el médico/enfermera no sabe de mí.

- 1 = Totalmente desacuerdo.
- 2 = Desacuerdo.
- 3 = Neutral.
- 4 = De acuerdo.
- 5 = Totalmente de acuerdo.

42. El médico/enfermera ha escuchado con mucha atención todo lo que le he dicho.

- 1 = Totalmente desacuerdo.
- 2 = Desacuerdo.
- 3 = Neutral.
- 4 = De acuerdo.
- 5 = Totalmente de acuerdo.

43. Pienso que el médico/enfermera me ha tratado de manera personalizada.

- 1 = Totalmente desacuerdo.
- 2 = Desacuerdo.
- 3 = Neutral.
- 4 = De acuerdo.
- 5 = Totalmente de acuerdo.

44. El tiempo que he estado con el médico no ha sido suficiente para comentarle todo lo que deseaba.

- 1 = Totalmente desacuerdo.
- 2 = Desacuerdo.
- 3 = Neutral.
- 4 = De acuerdo.
- 5 = Totalmente de acuerdo.

45. Después de la visita con el médico/enfermera entiendo mucho mejor mi problema de salud.

- 1 = Totalmente desacuerdo.
- 2 = Desacuerdo.
- 3 = Neutral.
- 4 = De acuerdo.
- 5 = Totalmente de acuerdo.

46. El médico/enfermera se ha interesado por mí no sólo a causa de mi enfermedad, sino también como persona.

- 1 = Totalmente desacuerdo.
- 2 = Desacuerdo.
- 3 = Neutral.
- 4 = De acuerdo.
- 5 = Totalmente de acuerdo.

47. El médico/enfermera lo sabe todo sobre mí.

- 1 = Totalmente desacuerdo.
- 2 = Desacuerdo.
- 3 = Neutral.
- 4 = De acuerdo.
- 5 = Totalmente de acuerdo.

48. Creo que el médico/enfermera sabía realmente lo que yo estaba pensando.

- 1 = Totalmente desacuerdo.
- 2 = Desacuerdo.
- 3 = Neutral.
- 4 = De acuerdo.
- 5 = Totalmente de acuerdo.

49. Me hubiera gustado estar más tiempo con el médico/enfermera.

- 1 = Totalmente desacuerdo.
- 2 = Desacuerdo.
- 3 = Neutral.
- 4 = De acuerdo.
- 5 = Totalmente de acuerdo.

50. No estoy del todo satisfecho con la visita al médico.

- 1 = Totalmente desacuerdo.
- 2 = Desacuerdo.
- 3 = Neutral.
- 4 = De acuerdo.
- 5 = Totalmente de acuerdo.

51. Me resultaría difícil hablar con el médico/enfermera sobre temas personales

- 1 = Totalmente desacuerdo.
- 2 = Desacuerdo.
- 3 = Neutral.
- 4 = De acuerdo.
- 5 = Totalmente de acuerdo.

ANEXO III: TABLAS

Tabla 1. Características epidemiológicas de los usuarios de PADOMI EsSalud-Huanuco 2015

Características	Frecuencia	%
Edad		
30-40	2	1,0
41-50	4	2,0
51-60	12	6,0
61-70	12	6,0
71-80	48	23,5
81-90	103	50,3
91-100	23	11,2
Genero		
Femenino	128	62,7
Masculino	76	37,3
Religion		
Catolico	168	82,4
Evangelico	31	15,2
Testigo de jehova	4	2,0
Ateo	1	0,5
Lugar de procedencia		
A	15	7,4
B	12	5,9
C	15	7,4
D	45	22,1
E	48	23,5
F	9	4,4
G	15	7,4
H	20	9,8
I	25	12,3
Año de estudios		
Sin nivel	18	8,8
Educación inicial	1	0,5
Primaria incompleta	33	16,2

Continúa.

Primaria completa	36	17,6
Secundaria incompleta	25	12,3
Secundaria completa	36	17,6
Superior no univ. Incompleta	1	0,5
Superior no univ. completa	24	11,8
Superior univ. Incompleta	2	1,0
Superior univ. completa	26	12,7
Post grado univ.	2	1,0
TOTAL	204	100,0

Tabla 2. Características clínicas de los usuarios de PADOMI EsSalud-Huanuco 2015

Características	Frecuencia	%
Comorbilidades		
1 a 3	33	16,2
4 a 6	171	83,8
Hacinamiento		
Sí	8	3,9
No	196	96,1
Número de personas en la casa		
1 a 3	59	28,9
4 a 6	24	71,1
Número de habitaciones en la casa		
1 a 3	114	55,9
4 a 6	90	44,1
Cuidador		
Presente	192	94,1
Ausente	12	5,9
Persona responsable del cuidado		
Familiar	165	80,9
Enfermera/técnico	27	13,2
Nadie/Solo	12	5,9
Número de cuidadores		
0 a 3	187	91,7
4 a 6	17	8,3
Genero del cuidador		
Femenino	146	71,6
Masculino	46	22,5
Edad del cuidador principal		
Menor igual de 60	140	68,6
Mayor de 60	64	31,4

Continúa.

Religión		
Católico	156	76,5
Evangélico	28	13,7
Testigo de jehova	7	3,4
Parentesco con el paciente		
Esposo(a)	35	17,2
Hijo(a)	98	48,0
Yerno/nuera	6	2,9
Nieto(a)	11	5,4
Suegro(a)	3	1,5
Otros parientes	6	2,9
Trabajador del hogar	19	9,3
Otros no parientes	14	6,9
Año de estudios		
Sin nivel	7	3,4
Educación inicial	1	0,5
Primaria incompleta	12	5,9
Primaria completa	11	5,4
Secundaria incompleta	13	6,4
Secundaria completa	36	17,6
Superior no univ. Incompleta	2	1,0
Superior no univ. completa	23	11,3
Superior univ. Incompleta	17	8,3
Superior univ. completa	66	32,4
Post grado univ.	4	2,0
Conocimiento o experiencia en el cuidado de pacientes		
Mucho	33	16,2
Regular	102	50,0
Poco	55	27,0
Nada	2	1,0
Adquisición de conocimientos		
Universitario-instituto	24	11,8
Empírico-experiencia	152	74,5
Capacitado por PADOMI	16	7,8
Remuneración por cuidado		
Sí	32	15,7

Continúa.

No	160	78,4
Tiempo dedicado al cuidado del paciente		
0 a 12 horas	8	3,9
13 a 24 horas	196	96,1
Número de visitas del medico de PADOMI en el ultimo mes		
Menor igual a 3	150	73,5
Mayor de 3	35	17,2
Tiempo empleado del medico de PADOMI en cada visita		
Menor igual a 5	6	2,9
6 a 10	37	18,1
11 a 15	87	42,6
16 a 30	72	35,3
Mayor de 30	2	1,0
Grado de dependencia Indice de Barthel		
Dependencia Total	20	9,8
Dependencia Severa	41	20,1
Dependencia Moderada	100	49
Dependencia Escasa	20	9,8
Independencia	23	11,3
TOTAL	204	100

Tabla 3. Análisis bivariado de la satisfacción en los usuarios de PADOMI EsSalud Huánuco 2015

Característica	X	DS	Satisfacción						X ²	p
			Baja		Media		Alta			
			Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%		
Edad	79,9	11,54							0,69	0,71
Genero										
femenino			4	80,0	40	61,5	84	62,7	0,69	0,71
masculino			1	20,0	25	38,5	50	37,3		
Comorbilidades	4,8	1,52								
Hacinamiento			0	0	1	1,5	7	5,3	1,79	0,41
Sí			5	100	64	98,5	127	94,8		
No										
Cuidador										
Presente			4	80	61	93,8	127	94,8	1,91	0,38
Ausente			1	20	4	6,2	7	5,2		
número de habitaciones: de 1 a 3 (n=114)									8,44	0,02

Número de visitas del médico de PADOMI en el último mes	1,39	0,751					0,28	0,87
---------------------------------------------------------	------	-------	--	--	--	--	------	------

Continúa.

Tiempo empleado del medico de PADOMI en cada visita	17,87	7,893					2,62	0,27
hombres (n=76)							41,17	0,00
comorbilidades: de 4 a 6 (n=149)							22,54	0,00
hacinados (n=8)							8,00	0,02
número de habitaciones: de 4 a 6 (n=69)							25,12	0,00
número de personas en casa: de 4 a 6 (n=107)							29,63	0,00
cuidador: familiar (n=165)							17,16	0,03
parentesco del cuidador: esposa/o(n=35)							37,06	0,00
religión del cuidador: católico (n=157)							16,41	0,04
conocimiento o experiencia del cuidador en atención de pacientes: mucho (n=33)							33,22	0,00
adquisición conocimiento: universitario - instituto (n=24)							12,67	0,05

Grado de dependencia Índice de Barthel

Dependencia Total	0	0	5	7,7	15	11,2	8,55	0,38
Dependencia Severa	0	0	17	26,2	24	17,9		
Dependencia Moderada	5	100	29	44,6	66	49,3		
Dependencia Escasa	0	0	5	7,7	15	11,2		
Independencia	0	0	9	13,8	14	10,4		

*Kruskal Wallis