

Participación del acompañante en el cuidado del paciente hospitalizado.

Instituciones de segundo nivel.
Área Metropolitana. Medellín 1999 - 2000

Ana Cecilia Ortiz Z. ^a
Dora Lucía Gaviria N. ^b
Martha Lucía Palacio C. ^c
Astrid Marín ^d
Doris Patricia García ^e

Elizabeth Montoya ^f
María Elena Montoya ^g
Olga Nidia Mira ^h
Rosa Evely Villegas ⁱ
Silvia Restrepo ^j



RESUMEN

Estudio descriptivo transversal para identificar las oportunidades de participación en el cuidado que el equipo de enfermería propicia a los acompañantes del paciente hospitalizado. Nace como respuesta a los interrogantes continuos desde la práctica académica y por vivencias personales con familiares hospitalizados.

Se realiza una entrevista estructurada a 265 acompañantes de pacientes de instituciones de salud del segundo nivel de complejidad, en las cuales se indagó por aspectos socio-demográficos de los usuarios y acompañantes, las acciones de cuidado que ejecuta el acompañante y cuáles son indicados, explicados y apoyados por el equipo de enfermería. La educación que éste proporciona al acompañante es otro asunto que se cuestionó en la muestra.

De los usuarios con acompañante el 54% son de sexo femenino, los de mayor tiempo de compañía están en el grupo etéreo de 64 a 77 años y se caracterizan por un nivel bajo de escolaridad. Como primera causa de morbilidad están los problemas gastrointestinales; seguidos de los problemas cardiovasculares.

Las personas que más acompañan son los hijos de sexo femenino, con promedio de edad de 45 años.

Los cuidados que más realizan los acompañantes son los relacionados con la subsistencia, como el baño y la alimentación, acciones como la lectura, el juego y la música son realizados sólo en el 10 % en contraste con la conversación que es una de las acciones que más se realizan. La interacción del equipo de enfermería con el acompañante es mínima para casi todos los cuidados explorados en el estudio, se presentó la mayor interacción en la indicación, explicación y apoyo del baño. La auxiliar de enfermería es quien más interactúa con el acompañante en estas categorías; sobresale la poca interacción del profesional en enfermería.

La educación, es impartida por el profesional de enfermería en mayor proporción; sin embargo, sólo se brinda al 11% del total de usuarios hospitalizados.

Solo sí se penetra en el misterio del cuidado y se aborda profundamente el carácter humano y cultural de éste podemos trascender la relación con el usuario en términos de confianza, respeto y pertinencia con su familia y con el entorno social.

Palabras claves:

Cuidadores
Cuidados de enfermería
Servicios de enfermería
Brindar cuidado

^a Enfermera Especialista Gerencia Hospitalaria docente de la Facultad de Enfermería Universidad de Antioquia

^b Enfermera Especialista Epidemiología docente de la Facultad de Enfermería Universidad de Antioquia

^c Enfermera Magister Salud Pública docente de la Facultad de Enfermería Universidad de Antioquia

^d Estudiante de Enfermería

^e Estudiante de Enfermería

^f Estudiante de Enfermería

^g Estudiante de Enfermería

^h Estudiante de Enfermería

ⁱ Estudiante de Enfermería

^j Estudiante de Enfermería

Participation of familiar attendant in the care of the hospitalized person in institutions of second level of attention in the metropolitan area of Medellín, 1999-2000

Ana Cecilia Ortiz Z. ^a
Dora Lucía Gaviria N. ^b
Martha Lucía Palacio C. ^c
Astrid Marín ^d
Doris Patricia García ^e

Elizabeth Montoya ^f
María Elena Montoya ^g
Olga Nidia Mira ^h
Rosa Erely Villegas ⁱ
Silvia Restrepo ^j



SUMMARY

Descriptive transversal study to identify the opportunities given by the nursing team to familiar attendants who participate in the care of the hospitalized relatives. It's an answer to the continuous questions from the academic practice and the personal experiences with hospitalized relatives.

One structured interview was realized to 265 attendants of hospitalized persons in institutions of the second level of attention; it searched the socio-demographic aspects of the patient and the attendant, and which were indicated, explained and supported by the nursing team; the education given to attendants is another factor orbited to persons included in the sample.

Those hospitalized persons with attendants, 54% are female, in the age group of 64-77 years, with low scholarly. The first cause of morbidity corresponds to gastro-intestinal problems, followed by cardio-vascular diseases.

The attendants are usually the daughters with a median age of 45 years.

The tasks more frequently realized by attendants are those related to subsistence, such as bathing and feeding, others as lecture, music and games are realized only by 10% of the attendants; conversation is the task more frequently realized.

The interaction of the nursing team with the attendants is almost inexistent for all the task of caring explored in this study, except for the indication and support given for the bath. The practical nurse has more interaction with the attendants. It's remarkable the absence of the professional nurse. Education is mostly given by the professional nurse, but just to 11% of the hospitalized persons.

It's only penetrating in the mystery of care and searching deep in the human and cultural character of care, how we can transcend a respectful and trustful relation with the clients, families and the social environment.

Key words:
*Care givers,
Nursing care,
Nursing services,
Give care.*



NURSE FEEDING SICK MAN (detail)
Psautier tripe de Cantorbery, March 13

OBJETIVO GENERAL

Describir la participación del acompañante en el cuidado del paciente y la educación y apoyo que le proporciona el equipo de enfermería.

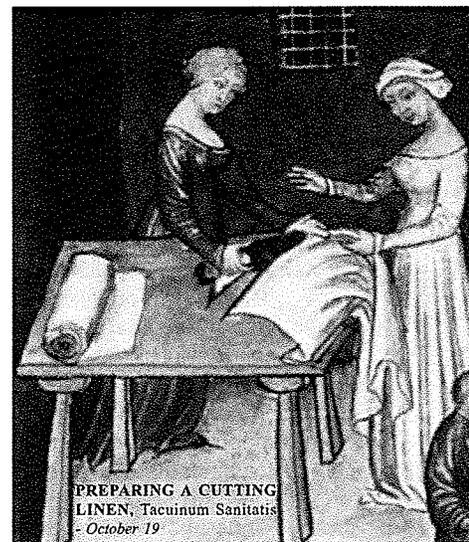
OBJETIVOS ESPECÍFICOS

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

La enfermedad aumenta la dependencia entre el enfermo y la familia, esta dependencia se manifiesta con solicitudes de atención y cuidados, con expresiones de temor y duda, manifestaciones que cumplen una función protectora contra la angustia y contribuyen significativamente a la recuperación del enfermo y a un nuevo equilibrio familiar.

MARCO CONCEPTUAL

El acto de cuidar no se limita solo a satisfacer las necesidades físicas más inmediatas, según Colliere «cuidar es ante todo un acto de vida, representa una infinita variedad de actividades dirigidas a mantener y conservar la vida y a facilitar las condiciones para la realización del proceso vital humano (...). Cuidar significa movilizar las capacidades del ser humano bien sea en estado de salud o enfermedad, teniendo en cuenta sus costumbres para lograr su crecimiento y desarrollo desde el nacimiento hasta la muerte, exige del cuidador el desarrollo de numerosas capacidades de percepción, comprensión, así como de ingenio, inventiva y creatividad.»¹ _ Por otra parte, la noción de cuidar implica actividades que tienen diferentes niveles de complejidad que puede necesitar incluso la utilización de tecnología, pero aún en estos casos, es posible que sean asumidas por un miembro de la familia o allegado a ella, el cual se instruye para tal fin.



En las conclusiones de la VII reunión interdisciplinaria sobre poblaciones de alto riesgo de deficiencias, organizada por la Organización Genysí - Grupo de estudios neo-natológicos y de servicios de intervención - de España; Victoria Soriano presentó su experiencia sobre los distintos modelos de participación de las familias en los programas y servicios de atención temprana en Europa y define cuatro formas: «La marginal, participación formal y parcial basada sobre todo en la información que dan los profesionales sobre los progresos del niño. La consultiva, más frecuente, informal y variada, en la que los padres reciben y ofrecen información. La participativa, intensa e informal en la que los padres participan en

aquellos aspectos en que pueden ofrecer sus competencias conjuntamente con los profesionales. La organizativa representativa, realizada por solo algunos padres, en la que participan en tareas de orden administrativo del centro.»² No obstante, Victoria Soriano afirma que los padres, son considerados como interlocutores pasivos a los que hay que informar, aconsejar, orientar; es decir, que se les debe dar todo sin pensar que también tienen mucho que aportar.

La familia ha sido definida de múltiples maneras y desde distintas perspectivas, atendiendo a criterios de consanguinidad, relación legal, convivencia, lazos emocionales etc. Según Dalia Silberteín Goldenberg. «La gran variedad de tipos de familia que actualmente existe en las sociedades occidentales dificulta la elección de una definición única y general»³. Adoptamos aquí, el concepto de familia propuesto por la autora como un grupo de personas relacionadas entre sí biológica, legal o emocionalmente (que no necesariamente conviven en el mismo hogar), y comparten una historia común, unas reglas, costumbres y creencias básicas en relación con distintos aspectos de la vida.

La familia es unidad de vida, sus modificaciones y alteraciones afectan su dinámica interna y muestran una estrecha relación entre la salud, la organización y las actitudes del grupo familiar. Tal como lo sugiere Rosalba Mera⁵, el tamaño de la familia, su funcionamiento, las relaciones entre sus miembros y las crisis que suceden en un momento dado, guardan relación con su estado de salud.

Roberto Barna y otros⁴, afirman que la familia ha perdido muchas de sus funciones; sin embargo, continua asumiendo el cuidado continuo y prolongado en los casos de atención a los ancianos, los niños, adolescentes o adultos enfermos. Esta posibilidad de cuidado por parte de la familia trasciende las instituciones de tal manera que cada vez se acortan más los períodos de hospitalización por parto, intervenciones quirúrgicas y por episodios agudos de enfermedad mental, pues se ha considerado beneficioso el retorno precoz del paciente a su ambiente familiar.

La familia es unidad de vida, sus modificaciones y alteraciones afectan su dinámica interna y muestran una estrecha relación entre la salud, la organización y las actitudes del grupo familiar. Tal como lo sugiere Rosalba Mera⁵, el tamaño de la familia, su funcionamiento, las relaciones entre sus miembros y las crisis que suceden en un momento dado, guardan relación con su estado de salud. De igual manera los problemas que padece un miembro de la familia afectan el nivel de funcionamiento individual y éste a su vez, altera el funcionamiento del grupo familiar.

La enfermedad aumenta la dependencia entre el enfermo y la familia, esta dependencia se manifiesta con solicitudes de atención y cuidados, con expresiones de temor y duda, manifestaciones que cumplen una función protectora contra la angustia y contribuyen significativamente a la recuperación del enfermo y a un nuevo equilibrio familiar. Las condiciones afectivas y sociales influyen en la evolución del paciente; tener a su lado una persona aceptada por él lo hace sentir más seguro, protegido, escuchado, tenido en cuenta y apoyado; factores que inciden en su recuperación.

En el estudio realizado sobre la calidad de atención en salas de trabajo de parto en Instituciones hospitalarias de Medellín⁶, se encontró que el 12% de las mujeres manifestaron sensación de soledad, necesidad de tener al esposo, la madre o una hermana cerca de ella. Las autoras señalan que según Villarraga y Barroco el principal foco de temores para las mujeres es el parto, expresados en manifestaciones de temor a la soledad, a la incapacidad para realizar las actividades cotidianas y a la poca resistencia que puedan tener al dolor.

En el mismo estudio, se plantea que al momento del parto la mujer necesita ser plenamente comprendida y aceptada por alguien, expresan que esta necesidad sólo es satisfecha por el compañero, esposo o familiar cercano.

La familia decide a quien buscar para que le brinde consejo o ayuda a partir de sus experiencias y características culturales, por esta razón es conveniente su participación en el proceso de atención de la enfermedad de tal manera que apoye las acciones hacia la pronta recuperación de su pariente, disminuya los riesgos de complicación y en los espacios donde interactúa con otros grupos sociales, promueva los modos de vida saludables y el control de factores de riesgo a partir de su experiencia.

Cada familia y cada paciente tienen sus propias necesidades, el paciente está en capacidad de identificarlas para solicitar el tipo de ayuda que más desea. Por esta razón, vincular el acompañante a la ejecución de algunos cuidados físicos y a la vigilancia permanente de los cambios del enfermo es una excelente oportunidad de ofrecer solución a sus problemas. Mientras tanto, el acompañante recibe educación por parte de los funcionarios de salud sobre la manera de cuidar a la persona enferma, la forma de prevenir complicaciones y disminuir los factores de riesgo para evitar que otros miembros de la familia enfermen por motivos similares.

Generalmente, el acompañante del paciente hospitalizado es uno de los miembros de la familia; se convierte por este hecho, en el principal canal de comunicación entre el equipo de enfermería, el paciente y los otros integrantes de la familia. No obstante, para efectos de ésta investigación consideramos al acompañante como una persona cercana al paciente, con quien comparte relaciones de 'familiaridad' con o sin grado de consanguinidad.

La participación de la familia, representada por el acompañante, en el proceso de atención de la enfermedad, da respuestas al equipo de salud sobre la forma de satisfacer las necesidades del usuario de una manera técnica y humana. Vincular la familia a la atención del paciente da continuidad al cuidado, garantiza un buen manejo domiciliario en la convalecencia, disminuye las complicaciones y fortalece la salud familiar.

La participación asumida como un proceso social que se aprende y mejora en la práctica es el espacio de convivencia vital para el ejercicio de la libertad y el aprendizaje mutuo, que permite intervenir en las decisiones de salud que buscan satisfacer los intereses individuales y colectivos.

De igual modo Gariga Guinovart⁷, plantea que los aspectos en los que puede participar la familia para favorecer el proceso curativo del paciente son: el cuidado, el soporte emocional y la compañía. En la definición de los objetivos del plan de cuidados, los miembros de la familia deben sentirse implicados directamente de forma que entiendan, acepten y participen en los cuidados individuales y familiares. Este plan comprende tanto los cuidados al miembro de la familia enfermo y el auto cuidado simultáneo del resto de ella. Las actividades de auto cuidado se aprenden conforme el individuo madura y son afectadas por creencias culturales, costumbres de la familia y de la sociedad.

Generalmente, el acompañante del paciente hospitalizado es uno de los miembros de la familia; se convierte por este hecho, en el principal canal de comunicación entre el equipo de enfermería, el paciente y los otros integrantes de la familia.



Orem define el auto cuidado como «El conjunto de actividades que realizan los individuos en favor de la manutención de su propia vida, la salud y el bienestar»⁸. El concepto de auto cuidado de la familia cobra importancia en situaciones de hospitalización, pues el esfuerzo que supone cuidar a una persona enferma puede afectar en mayor o menor grado a alguno de sus miembros sobre las percepciones y sentimientos frente al mantenimiento de la salud y el control de la enfermedad.

Los pacientes y sus acompañantes necesitan educación e información sobre los problemas de su salud y participar con quienes les brindan el cuidado para tomar decisiones sobre su tratamiento y comprender sus responsabilidades para el auto cuidado. También requieren conocer los procedimientos de la clínica y el hospital, los gastos relacionados con tratamientos alternos, los servicios disponibles para el paciente, así como infinidad de otros asuntos relacionados con su hospitalización.

En este sentido Victoria Soriano⁹ define tres tareas fundamentales de los profesionales de salud tales como: La información, como elemento clave durante el primer contacto con la familia. El apoyo, que permita al acompañante actuar como coterapeuta en relación con los programas de atención en casa. La formación, que puede ser sistemática o puntual y se ofrece especialmente a demanda de la familia. Desde la óptica de este estudio, se incluyen en el apoyo, las acciones de cuidado directo que el equipo de enfermería realiza conjuntamente con el acompañante durante la hospitalización del enfermo.

Por lo general en la práctica, ninguna persona en particular es responsable de todos los aspectos de la educación del paciente, sin embargo el profesional de enfermería y su equipo debe considerar que la educación en salud se dirige a ayudar al paciente y su familia a comprometerse en el auto cuidado. El papel de enfermería es de facilitador en la orientación frente a cambios de conducta, el fomento de la comunicación terapéutica y de su participación con la familia en el proceso de cuidar.

La interacción regular de los profesionales en enfermería con el paciente y su acompañante, originan momentos que cuando se utilizan de manera apropiada son eficaces para satisfacer las necesidades y expectativas del paciente; identificar los factores protectores y de riesgo que afectan la salud del enfermo y su familia, dar educación sobre la manera de controlar esos factores y disminuir así los motivos de consulta.

La educación para la salud en ambientes hospitalarios es responsabilidad de los funcionarios asistenciales quienes requieren capacitación sobre la importancia de la educación en estos ámbitos, y en metodologías educativas. En nuestro medio las actividades de educación en ambientes hospitalarios están enfocadas a las recomendaciones en periodo pre y postoperatorio, asuntos administrativos e información a los padres en los servicios de pediatría, además educación a los grupos de programas especiales.

Respecto a la formación de los profesionales de enfermería en los lineamientos para construcción de su perfil de desempeño social está definido como: educador para promover y fomentar la salud, prevenir la enfermedad y

Los pacientes y sus acompañantes necesitan educación e información sobre los problemas de su salud y participar con quienes les brindan el cuidado para tomar decisiones sobre su tratamiento y comprender sus responsabilidades para el auto cuidado.



apoyar a la familia en los procesos de enfermedad y muerte; como diseñador, ejecutor y evaluador de procesos de cuidados de enfermería y de intervenciones en salud al individuo, grupo familiar y grupo comunitario.

María Isabel Serrano G¹⁰ define la educación no formal como una actividad educativa no estructurada desde un marco académico, ajena a la espontaneidad, intencional y expresamente a unos recursos que organiza dentro de una metodología educativa que tiene claras finalidades y principios educativos». Da prioridad al alumno, al grupo, a la comunidad y es así como, a partir de sus necesidades que va dando respuestas educativas. Amplía el campo educativo más allá de los contenidos, pone acento en otros aspectos antropológicos como son: relaciones humanas, compromiso con el entorno, compromiso social, «estilos de vida saludables.»

Mejorar las condiciones de salud de la población requiere llevar a cabo intensos programas de educación dirigidos a las familias, para lograr con éxito este cometido es preciso capacitar al personal profesional y técnico de las instituciones de salud; capacitación que debe estar acompañada del diseño de protocolos y estándares debidamente monitoreados y ajustados periódicamente como garantía de calidad y cumplimiento de una estrategia institucional orientada a la educación en salud para la promoción de la salud, la prevención de la enfermedad, la curación y la rehabilitación con enfoque familiar.



PREPARING A CUTTING LINEN,
Tacuinum Sanitatis - October 19

METODOLOGIA

Estudio descriptivo transversal

La población de estudio incluyó un total de 265 acompañantes de los pacientes hospitalizados en las Instituciones hospitalarias del segundo nivel de complejidad del sector oficial en el área metropolitana de Medellín, con un 95% de confianza y un error muestral del 6% se asume que el 50% de las familias están en condiciones de participar en el cuidado del paciente hospitalizado.

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

Se utilizó la técnica de entrevista estructurada a los acompañantes de pacientes hospitalizados, por medio de un formulario establecido, previa estandarización del grupo investigador. Para validar la confiabilidad del instrumento se realiza la prueba piloto con 30 entrevistas en el Hospital Universitario San Vicente de Paul.

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

Para el manejo del dato se utilizó el paquete estadístico SPSS.

PRESENTACIÓN Y ANÁLISIS DE RESULTADOS

CARACTERIZACIÓN DEL USUARIO

Edad y Sexo

GRUPOS DE EDAD	HOMBRES		MUJERES		TOTAL	
	No.	%	No.	%	No.	%
8-21	17	6.41	16	6.03	33	12,45
22-35	23	8.67	14	5.28	37	13,96
36-49	24	9.05	19	7.16	43	16,23
50-63	18	6.79	20	7.54	38	14,34
64-77	17	6.41	47	17.73	64	24,15
78 y +	21	7.92	25	9.43	46	17,36
SIN DATO	1	0.38	3	1.13	4	1,51
TOTAL	121	45.66	144	54.33	265	100

TABLA No 1 Estructura porcentual de los grupos de edad de los usuarios por sexo

Los usuarios más representativos en la investigación, adultos mayores, requieren más apoyo para controlar posibles complicaciones ocasionadas por la inmovilidad tales como: las complicaciones cardiovasculares, los problemas digestivos, los problemas respiratorios y las lesiones en la piel, entre otras.



El 54% de los usuarios, con acompañante, entrevistados en el período en que se desarrolla la investigación, es de sexo femenino y el 46% es de sexo masculino; con este dato es posible establecer una relación de 110 mujeres por 100 hombres. El grupo etáreo más representativo es el de 64 a 77 años con un 24.15%, las edades límites están comprendidas entre 8 y 96 años. Tabla 1

La edad del usuario determina las necesidades de cuidado que requieren mayor apoyo y acompañamiento. El presente estudio ubica el 41.51% de los usuarios en la etapa del ciclo vital adulto mayor en edad 66 años y más, quien por sus necesidades fisiológicas y sociales tiene mayor dependencia, agravada por su estado de morbilidad, la cual se manifiesta con solicitudes de atención y cuidado que cumplen una función protectora contra la angustia.

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

Nivel educativo por sexo

En la educación por sexo, no se observan diferencias significativas para los grados de formación básica. En educación superior los hombres tienen mayor representación en los niveles técnico y universitario. El 35% de los usuarios tiene primaria incompleta y el índice de analfabetismo es de 15%. De los cuales, el 5% es masculino y el 10% es femenino respecto al total de usuarios.

Diagnóstico de los usuarios

En este estudio, las primeras causas de morbilidad están relacionadas con el sistema gastrointestinal y representan el 28.7% de los usuarios hospitalizados; en segundo lugar se ubican los problemas cardiovasculares con el 14.7% de representatividad y en tercer lugar se encuentran los trastornos óseo musculares y problemas respiratorios con el 12.8% y 12.45%.

El análisis de la morbilidad por sexo y edad muestra que los problemas gastrointestinales se presentan en los grupos de edad menores de 49 años en un 62% y 47% de los sexos femenino y masculino respectivamente. Llama la atención este comportamiento en estas edades donde problemas como gastritis, úlceras y otras patologías ocupan lugares importantes.

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

Días de hospitalización por morbilidad y por servicio

En los servicios seleccionados para el estudio se observa que el mayor tiempo de hospitalización corresponde a medicina interna con 55%, el segundo lugar quirúrgica con 39%. Y un 6% para gineco-obstetricia.

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

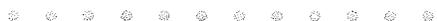
El tiempo de hospitalización prolongado genera dificultades de orden familiar y de adaptación del usuario debido a la separación de su grupo familiar y social, lo que propicia momentos de tensión y depresión y demanda mayor contacto del profesional en enfermería con el paciente y su familia.

Caracterización del acompañante

Edad y Sexo

La mayoría de las personas que más acompañan son menores de 45 años y representan el 73% de la población estudiada; este grupo está enmarcado en la población económicamente activa; llama la atención la disponibilidad de las hijas para participar en el cuidado. Del total de acompañantes, el 85% pertenece al sexo femenino y el 14% al masculino, la muestra indica que por cada seis mujeres hay un hombre que acompaña; relación que la confirman estudios históricos sobre los orígenes de los cuidados que señalan a las mujeres ligadas a las prácticas de cuidado por su peculiaridad biológica relacionada con la fecundidad. - Gráfico No 1.

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





ATTENDING A BIRTH, Jacques de Guise - June 13

Parentesco	Tiempo promedio de compañía, en días.			
	3-7	8-12	13-17	18 y +
Madre	11,3	13,1	21,4	16,3
Padre	2,8	1,6	0,0	0,0
Hermano(a)	16,9	8,2	7,1	8,2
Hijo(a)	29,6	36,9	57,1	46,9
Cónyuge	12,7	21,3	14,3	8,2
Familia política	7,0	4,1	0	10,2
Familia consanguínea	16,9	9,8	0	6,1
Vecinos	2,8	0,0	0	2,0
Amigos	0	1,6	0	0,0
Otros	0	3,3	0	2,0
Total	100	100	100	100

Parentesco del acompañante.

TABLA No. 2 Estructura porcentual del tiempo promedio de compañía por parentesco

CUIDADOS REALIZADOS POR EL ACOMPAÑANTE

Teniendo en cuenta los aportes de Collière¹² y Nelly Garzón¹³, las acciones de cuidado se agrupan, para el análisis, en las siguientes categorías: *Cuidados habituales y de costumbre*: como la alimentación y el baño, cuya función es mantener y conservar la vida, tienen una estrecha relación con las costumbres, hábitos y creencias *Cuidados terapéuticos y de apoyo*: los cambios de posición, los ejercicios, informar cambios y acompañar a exámenes, son cuidados seleccionados para este estudio y tienen por objeto controlar los procesos determinantes de la enfermedad y evitar las complicaciones. *Afecto*: Incluyen los sentimientos y emociones que se generan de las relaciones interpersonales de confianza y empatía que se fortalecen a través de satisfactores como la lectura, los juegos y la música, la conversación y el soporte espiritual.

Los cuidados habituales y de costumbre como el baño y la alimentación los realizan los acompañantes, siempre y algunas veces en 71% para el baño y 68% para la alimentación; el 29% y el 32% de los acompañantes nunca realizan estas actividades. -Tabla No 3-

Acciones	Siempre		Algunas veces		Nunca	
	No.	%	No.	%	No.	%
Baño	149	56,0	40	15,0	77	28,9
Alimentación	153	57,5	28	10,5	85	32,0
Cambios de posición	164	61,7	26	9,8	76	28,6
Ejercicios	88	33,1	27	10,2	151	56,8
Informar cambios	212	79,7	15	5,6	39	14,7
Acompañar a exámenes	105	39,5	19	7,1	142	53,4
Lecturas	31	11,7	8	3,0	227	85,3
Juegos-música	27	10,2	11	4,1	228	85,7
Conversación	239	89,8	9	3,4	18	6,8
Soporte espiritual	169	63,5	14	5,3	83	31,2

TABLA No. 3

Estructura porcentual de las acciones de cuidado por la frecuencia en que se realizan.

El baño, es una actividad cotidiana en el ser humano; en momentos de limitaciones para que el paciente la realice con autonomía, este requiere tener cerca una persona de la familia que le brinde seguridad y le permita expresar sin reparo sus necesidades de confort y protección al pudor. La pertinencia de esta actividad, directamente relacionada con el estado del paciente; variable que no se controla en este estudio y se considera que puede alterar los resultados en primer lugar, por la posibilidad de que el usuario tenga capacidad para bañarse sin participación de la familia y en segundo lugar por presentarse un estado de salud del paciente tan limitado que requiera el apoyo de los integrantes del equipo de enfermería para realizarla, como un cuidado especial. -Gráfico 2-

La comunicación del acompañante no está limitada a la interacción con el usuario, este se relaciona con el equipo de salud para informar los cambios sobre el estado del enfermo. Esta acción vigilante es realizada de manera espontánea, como resultado de la capacidad de observación y del imaginario individual, familiar y colectivo del proceso salud enfermedad.

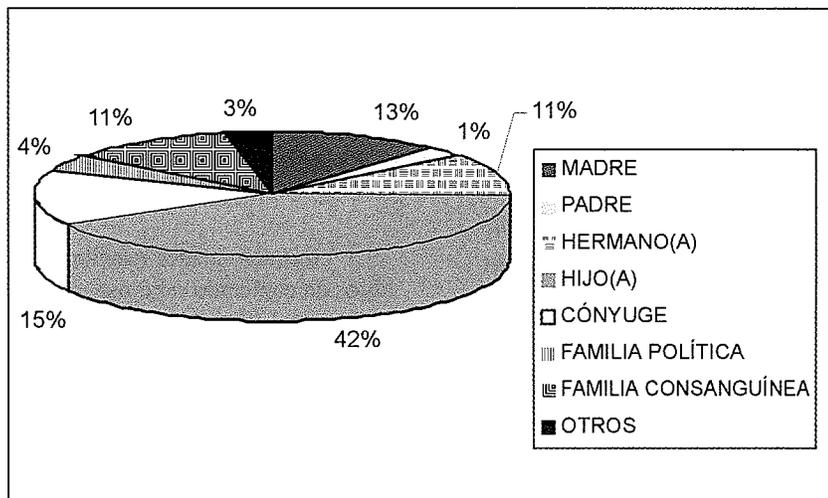


GRÁFICO No. 2 Estructura porcentual de las acciones de cuidado (baño) que siempre se realiza por parentesco.

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

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

Los ejercicios terapéuticos durante una hospitalización dependen de las características del usuario como la edad, la complejidad de su enfermedad y los sistemas comprometidos. La participación del acompañante en la ejecución de los ejercicios terapéuticos es más significativa cuando estos ejercicios son pasivos como: los ejercicios respiratorios, óseo musculares y circulatorios, pues requieren la acción de otro sobre el enfermo.

Estas especificaciones no fueron caracterizadas en el estudio, sin embargo el 43% de los acompañantes realizan ejercicios siempre y algunas veces. El 57% no los realiza. Por ser este, un estudio descriptivo no se indaga sobre los tipos de ejercicios que el acompañante realiza al usuario. Respecto a los cuidados de afecto, la conversación es la principal acción cuidadora de los acompañantes, el 90% afirma realizar esta actividad como un acto de comunicación recíproco que favorece el encuentro con el otro y fortalece las relaciones afectivas. — Gráfico No 3

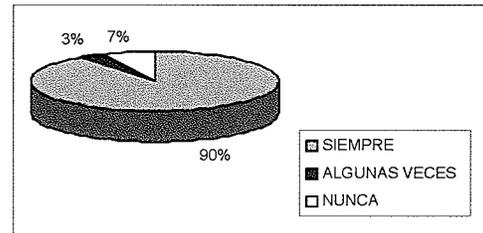


GRÁFICO No 3. Estructura porcentual de la conversación por la frecuencia en que se realiza

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

Las actividades relacionadas con la creencia religiosa, como: orar y leer libros de contenido religioso, son consideradas para este estudio como el soporte espiritual. Esta acción de cuidado es realizada en un 63.5% y demuestra la importancia que tiene para las familias y sus enfermos la religión, sin embargo no se alcanza a identificar la relación que existe entre el paciente y su acompañante con la creencia mágico religiosa como respuesta a la enfermedad. Es conveniente aclarar que este estudio es limitado en la definición de soporte espiritual pues son diversas las posibilidades conceptuales y su connotación cultural es mucho más amplia. Gariga Ginovart¹⁴ señala que los cuidados terapéuticos que más realiza la familia, son el soporte espiritual y la compañía, lo que se confirma en este estudio donde los datos muestran una mayor participación del acompañante en este tipo de cuidados.

Es significativo que algunas acciones de cuidado como: lecturas (85.3%), ejercicios(56.8%), juegos y música(85.7%) nunca se realizan por los acompañantes en porcentajes altos. Por tal motivo, es conveniente realizar estudios posteriores para indagar las razones institucionales y socioculturales, que puedan llegar a generar en los acompañantes temores para realizar este tipo de cuidados. La lectura, los juegos y la música son satisfactores de las necesidades de ocio, identidad y creación, durante el tiempo de hospitalización, no son potencializados en la mayoría de los casos. Sólo el 12% realiza siempre la lectura y el 3% algunas veces. -Gráfico 4-

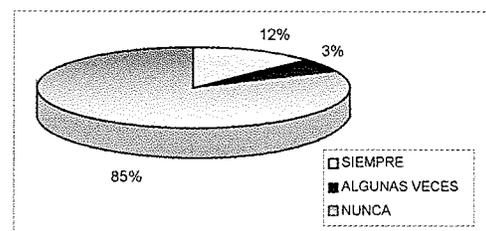


GRÁFICO No 4. Estructura porcentual de las acciones de cuidado (lecturas) por la frecuencia en que se realizan

Ayner Valencia¹⁵, en su trabajo sobre eficacia simbólica de la música en contextos curativos, plantea la importancia que tiene la música en diferentes culturas como un componente en el proceso de curación y rehabilitación, se apoya en diversos estudios y trabajos con excelentes resultados en la utilización de la música como complemento del tratamiento. Sin embargo, las políticas institucionales y la formación de los profesionales ofrecen pocas posibilidades para que las actividades lúdicas como el juego, la música y la lectura, se integren a la vida cotidiana de las instituciones como estrategias operativas para la curación y rehabilitación del paciente. -Gráfico 5

Al respecto, se observa que los hijos en primer lugar, el cónyuge y la familia consanguínea en segundo y tercer lugar respectivamente, tienen la mayor frecuencia de participación en la realización y no-realización de los cuidados, lo que muestra una relación poco significativa entre estas variables.

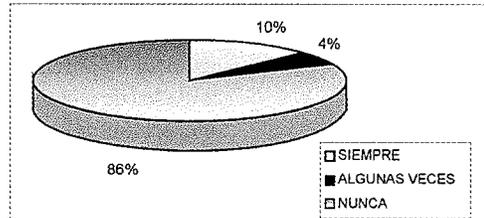


GRÁFICO No 5. Estructura porcentual de las acciones de cuidado (lecturas) por la frecuencia en que se realizan.

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

En los cuidados habituales los parientes que siempre participan son los hijos (as) con el 40.9% para el baño y el 43.7% para la alimentación. Igualmente en la categoría algunas veces, el hijo(a) tiene mayor peso porcentual. El cónyuge tiene una participación de 14.8% para el baño y el 11.1% para la alimentación. En el gráfico 6, es posible observar una situación similar en el comportamiento de la no-realización de acciones de cuidado por parentesco.

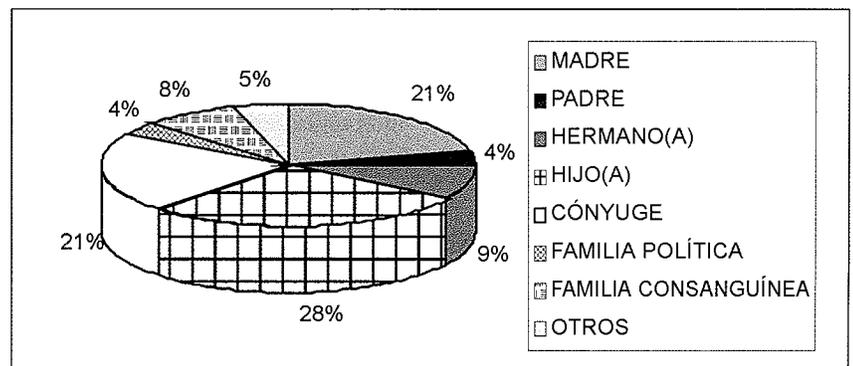


GRÁFICO No 6. Estructura porcentual de las acciones de cuidado (alimentación) que nunca se realizan por el parentesco.

Interacción del acompañante con el equipo de enfermería.

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

Los resultados muestran una participación del 2% al 4% por parte del personal de enfermería en las tres categorías (indicar, explicar y apoyar) para los cuidados de lectura (3%), soporte espiritual(4%), juegos y música (2%). La mayor interacción del personal de enfermería con el acompañante, se presenta en los cuidados habituales y de costumbre, referidos al baño y la alimentación con un 43.7% y 28 % respectivamente. —Tabla No 4—

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

Acciones de cuidado	Indicados %	Explicados %	Apoyados %	Sin interacción %
Baño	19.5	4.5	19.5	56.3
Alimentación	15.7	5.2	7.1	72.0
Cambios de posición	13.9	7.8	10.5	68.0
Ejercicios	6.3	4.1	5.9	82.0
Informar cambios	19.5	7.1	6.0	67.0
Acompañar a exámenes	11.2	3.3	4.8	80.0
Lecturas	0.4	1.5	1.1	97.0
Juegos y música	0	1.0	1.0	98.0
Conversación	2.6	1.1	1.1	95.0
Soporte Espiritual	1.8	1.1	1.0	96.0

TABLA No 4. Comportamiento de la interacción del personal de enfermería con el acompañante

De acuerdo con estos resultados es posible afirmar que la interacción del personal de enfermería con los acompañantes es muy poca, lo que muestra que en la cotidianidad de la vida hospitalaria, la familia es frecuentemente olvidada o tomada en cuenta sólo de manera parcial; esta omisión limita las posibilidades de brindar educación a las familias y establecer un canal de comunicación efectivo entre el equipo de enfermería, el paciente y los integrantes de la familia. Es considerable la poca interacción del profesional en enfermería con el acompañante, es el auxiliar de enfermería quien más interactúa con los acompañantes, en las tres categorías de indicar, explicar y apoyar.

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

En consecuencia, amerita que se estudien los motivos por los cuales el profesional en enfermería y el auxiliar dan muy poca importancia a la interacción con el usuario y su familia. Es posible que desde el entrenamiento teórico práctico, no se tengan diseñados los momentos académicos orientados a lograr que ambos niveles de enfermería, ganen seguridad para aproximarse a la familia y a los pacientes y logren ampliar su horizonte comprensivo sobre los beneficios que se pueden generar. Los resultados de las estrategias facilitadoras de este proceso educativo, deben reflejarse en la acción comprometida y dinámica por parte del equipo de enfermería, hacia la familia de los pacientes hospitalizados. En la interacción del equipo de enfermería frente a las actividades de orden administrativo, como: consecución de medicamentos, trámites para exámenes de laboratorio, pago de cuentas y autorizaciones de las Entidades Promotoras de Salud y Administradoras de Régimen Subsidiado; en promedio, el 20% de los acompañantes expresa tener alguna interacción con el equipo de enfermería y es el profesional quien más participa.

Los cuidados que el acompañante realiza al paciente hospitalizado, en su gran mayoría, son asumidos sin intervención del equipo de enfermería es decir, se llevan a cabo por decisión espontánea del familiar que acompaña o a solicitud del paciente. En este sentido, los aportes de este estudio permiten esclarecer la dimensión humana del cuidado, como lo afirma Nelly Garzón¹⁶ en su artículo, *El cuidado integral y la humanización de la atención de enfermería*, refiriéndose al cuidado como un rasgo humano innato parte de la naturaleza y la existencia humana. La autora, reconoce la capacidad de cuidar de todos los seres humanos y sostiene que esta capacidad no es uniforme y por lo tanto la forma como se cuida tampoco lo es.

LA EDUCACIÓN EN SALUD EN EL AMBIENTE HOSPITALARIO

La educación a los acompañantes sobre: las causas de la enfermedad, las posibilidades de prevenirla en la familia, las posibles complicaciones y los cuidados en casa, es impartida por el profesional en enfermería en mayor proporción por parte del auxiliar, sin embargo sólo se brinda al 11% del total de usuarios hospitalizados, incluidos en el estudio. Esto nos muestra que la educación en salud que se imparte en el ámbito hospitalario por parte del equipo de enfermería no es significativa y por lo tanto, no produce impacto social. El 83% de los acompañantes manifiesta que no recibió ningún tipo de educación. La responsabilidad del cuidado a los enfermos hospitalizados, exige continuidad, calidad, oportunidad y educación en salud, esta última estrategia es clave para la promoción de la salud y prevención de la enfermedad en el grupo familiar. En momentos de crisis, la familia está atenta a reconocer los motivos que ocasionaron la enfermedad de su pariente y manifiestan un especial interés por aclarar dudas.

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



ATTENDING A BIRTH, Jacques de Guise - June 13

La educación en Salud es una de las mejores estrategias para contribuir a mejorar la calidad de vida y elevar el nivel de salud, porque por medio de la comunicación para establecer vías y procesos relacionales, ofrecer puntos de referencia para controlar los factores de riesgo y fortalecer factores protectores, incide en el comportamiento humano y en los modos de vida. De igual manera, el creciente papel de la familia en asumir la responsabilidad de los cuidados de salud requiere por parte de los servicios hospitalarios, la adecuación de la estrategia educativa como núcleo central de los procesos de promoción, prevención, curación y rehabilitación. La Educación para la Salud, en el contexto hospitalario, debe involucrar al usuario y a su familia en todas sus dimensiones como garante de un aprendizaje vital donde las experiencias de la enfermedad sean transformadas en posibilidades de una vida saludable. La educación en salud en el ámbito hospitalario, para los pacientes y sus familias, debe basarse en la confianza, el respeto y la identificación del nivel de conocimiento que tienen las personas sobre la enfermedad, la forma de prevenirla, manejarla en el hogar y en el medio social de donde provienen.

CONCLUSIONES

- El 54% de los usuarios con acompañante es de sexo femenino y el 46% masculino lo que muestra una relación de 110 mujeres por 100 hombres. El grupo etareo más representativo entre los usuarios es de 64 a 77 años con un 24%, las edades límites comprendidas entre 8 y 96 años.
- Del total de usuarios el 35% tiene primaria incompleta y el índice de analfabetismo es de 15% (41). Del total de analfabetas, 62% y 78% de hombres y mujeres respectivamente, son mayores de 64 años.
- Las primeras causas de morbilidad de los usuarios hospitalizados están relacionadas con el sistema gastrointestinal representadas en 30% del total; en segundo lugar los problemas cardiovasculares con 15% y en tercer lugar los problemas respiratorios y los trastornos óseo musculares con el 13%.
- Los pacientes con mayor tiempo de compañía son los adultos mayores correspondientes al 41.51% de los usuarios, situación que explica la mayor proporción de hijos como acompañantes.
- Del total de acompañantes el 85% pertenecen al sexo femenino y el 14% al masculino, muestra que por cada seis mujeres hay un hombre que acompaña.
- La mayoría de las personas que acompañan son menores de 45 años y representan el 73% de la población estudiada; este grupo está enmarcado en la población económicamente activa, llama la atención la disponibilidad de los hijos para participar en el cuidado.
- El 43% de los acompañantes no alcanza la formación básica, el 1% corresponde a 3 personas analfabetas en el grupo mayor de 45 años.
- Los hijos representan a las personas que más acompañan con el 38%; en segundo y tercer lugar están el cónyuge y las madres con 15% y 14%.
- Conversación con un 90% y soporte espiritual con un 63.5% son los cuidados que más realizan los acompañantes: El baño y la alimentación los realizan siempre y algunas veces en 71% y 68% y sólo el 10% realiza actividades como la lectura, el juego y la música.
- La interacción del equipo de enfermería con el acompañante es mínima para los cuidados de lectura, soporte espiritual, juegos y música y la mayor interacción se da en la indicación, explicación y apoyo del baño.
- El auxiliar de enfermería es quien más interactúa con el acompañante en las categorías de indicar, explicar y apoyar; sobresale la poca interacción del profesional.
- La educación sobre: las causas de la enfermedad y las posibilidades de prevenirlas en el ambiente familiar, así como las posibles complicaciones y los cuidados adecuados en casa, es impartida por el profesional en enfermería en mayor proporción con relación al auxiliar; sin embargo, sólo se brinda al 11% del total de acompañantes de usuarios hospitalizados. El 83% de los acompañantes manifiesta que no recibió educación de ningún tipo.

RECOMENDACIONES

➤ Realizar alianzas estratégicas Facultad de Enfermería - Instituciones de salud para diseñar y difundir programas integrales y de educación permanente que privilegien el acompañamiento, de los enfermos durante la hospitalización y permitan la permanencia de un familiar en la Institución

para participar en el cuidado y recibir educación en salud. Estos programas deben fortalecer la relación del equipo de enfermería con los acompañantes y mostrar a docentes y futuros profesionales los beneficios de esta relación.

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

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

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

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

➤ Aplicar diferentes metodologías de investigación para indagar sobre:

El significado de enfermedad para la familia.

Los cambios más significativos en las familias ante la enfermedad de uno de sus integrantes.

Los comportamientos de los acompañantes ante el cuidado de un familiar enfermo hospitalizado.

La relación que establecen los pacientes y sus familias con la enfermedad y la creencia mágico religiosa.

Los motivos que tienen los profesionales en enfermería para no interactuar de manera significativa con las familias de los pacientes hospitalizados.

Los criterios empresariales en la disposición de espacios físicos y tiempo de los profesionales para favorecer a la interacción con la familia de los usuarios y la educación en salud.

En la medida que se desarrollen estas propuestas será posible ofrecer respuestas constructivas para el mejoramiento continuo de la calidad del cuidado y de las relaciones paciente, equipo de enfermería y acompañante. ⑤

REFERENCIAS CITADAS

- [1] Colliere M F. Promover la Vida; Madrid, Interamericana 1993: 235
 [2] Soriano V. La respuesta del sistema familiar a la discapacidad [Archivo de Internet] En: VII Reunión interdisciplinar sobre poblaciones de alto riesgo de deficiencias; 1997 Nov; Madrid [Citado en 2000 Ago] se encuentra: <http://www.husc.es/progvii.htm>

[3] Silberteín G D. La familia un paciente olvidado. Rol de Enfermería 1997; 20 (223): 25-30.

[4] Barna R. Et al. Salud familiar. Santiago de Chile: Corporación de promoción universitaria. 1986: 67

[5] Mera R. Experiencia de un programa de Enfermería en Salud Mental, en una comunidad de la ciudad de Cali. Investigación y Educación en Enfermería. 1990; 8 (2): 30-36

[6] Castrillón C MC.; Escobar I, Pulido S. Calidad de atención en salas de trabajo de parto. Investigación y Educación en Enfermería. 1992; 10 (2):18-19

[7] Ginovart G. La Familia del Enfermo. Todo Hospital. 1989; (62): 61-65

[8] Leddy S. Bases conceptuales de la Enfermería Profesional. New York: O.P.S.; 1989. 65-66

[9] Soriano V. Op cit

[10] Serrano M.I. Educación para la Salud. Madrid: Díaz de Santos; 1990

[11] Hernández C. J. Historia de la Enfermería una análisis histórico de los cuidados.Madrid: Interamericana; 1995: 58

[12] Collière, Op. cit.p 233-240

[13] Garzon A. N. El cuidado integral y la humanización de la atención de enfermería.En: Congreso Nacional de actualización en enfermería ACOFAEN; 1992 Sep 22-23; Bogotá. p. 173

[14] Ginovart, Op-cit

[15] Valencia R. J. A. Eficacia simbólica de la música:. La música como terapia. Medellín, Universidad de Antioquia Facultad de Ciencias Sociales y Humanas; 1997. Monografía (Antropólogo).

[16] Garzón, Op. cit p. 173-174

BIBLIOGRAFIA

- Carta de Ottawa, Boletín Organización Panamericana de la Salud; 1987: 1
 Colombia. Ministerio de Salud. Dirección General de promoción y prevención. Promoción de la salud y prevención de la enfermedad en el sistema de seguridad social. Santa Fe de Bogotá: El Ministerio; 1996: 13-19.
 Colombia. Ministerio de Salud. Dirección General de promoción y prevención. Promoción de la salud y prevención. Lineamientos de promoción de la salud y educación para el comportamiento humano. Santa Fe de Bogotá: El Ministerio; 1995: 50-57.
 Colombia.Ministerio de Salud. La Seguridad Social y sus decretos reglamentarios. Ley 100 de 1993. 2. ed. Medellín: Metro color; 1995.
 Davini M.C. Educación Permanente como estrategia de cambio. Washington: O.P.S; 1995:13 (Serie PALTEX para ejecutores de programas de Salud No 38).
 De Roux G. Et al. Participación social y sistemas locales de salud Boletín Sanitario Panamericano 1999; (109): 5-6.
 Franco Del Rey C. Et al. Cuidados informales. Revista Rol de Enfermería. 1965; 18, (202): 61-64.
 Greene W., Morton H, Simons B. G. Educación para la Salud. México: Interamericana; 1988: 366-370.
 Rodriguez De Vera B. La Unidad Familiar base del programa de Educación Sanitaria Materno-Infantil. Rol de Enfermería. 1987;10 (107): 34-39.
 Ruelas E., Quirol J. Calidad y Eficiencia en las Organizaciones de Atención a la Salud. Mexico: Fundación Mexicana para la Salud; 1994: 15.