

UNIVERSIDAD PERUANA UNIÓN

ESCUELA DE POSGRADO

Unidad de Posgrado de Ciencias de la Salud



**Sistematización de experiencia de los actores sociales en la
estrategia familiar acompañante en los Hospitales II III Red
Prestacional Almenara**

Tesis para obtener el Grado Académico de Doctor(a) en Enfermería

Autor:

Liliana Marleny Chirinos Aponte de Vera

Asesor:

Dra. Irene Zapata Silva

Lima, diciembre 2023

DECLARACIÓN JURADA
DE AUTORÍA DEL TRABAJO DE INVESTIGACIÓN

Yo Irene Zapata Silva, docente de la Unidad de Posgrado de Ciencias de la Salud, Escuela de Posgrado de la Universidad Peruana Unión.

DECLARO:

Que la presente investigación titulada: **“SISTEMATIZACIÓN DE EXPERIENCIA DE LOS ACTORES SOCIALES EN LA ESTRATEGIA FAMILIAR ACOMPAÑANTE EN LOS HOSPITALES II III RED PRESTACIONAL ALMENARA”** de la autora la magister Liliana Marleny Chirinos Aponte de Vera, tiene un índice de similitud de 5% verificable en el informe del programa Turnitin, y fue realizada en la Universidad Peruana Unión bajo mi dirección.

En tal sentido asumo la responsabilidad que corresponde ante cualquier falsedad u omisión de los documentos como de la información aportada, firmo la presente declaración en la ciudad de Lima, a los 27 días del mes de diciembre del año 2023



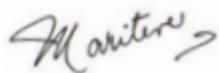
Dra. Irene Mercedes Zapata Silva

ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS DE DOCTOR

En Lima, Ñaña, Villa Unión, a los 27 días del mes de diciembre del año 2023, siendo las 15:00pm, se reunieron en el Salón de Grados y Títulos de la Universidad Peruana Unión, bajo la dirección del Señor Presidente del Jurado: Dra. María Teresa Cabanillas Chávez, los demás miembros siguientes: Dr. Josué Edison Turpo Chaparro, como Secretario; Dra. Monica Elisa Meneses la Riva, Dra. Maria Guima Reinoso Huerta; Dr. Alfonzo Paredes Aguirre y la asesora Dra. Irene Zapata Silva; con el propósito de llevar a cabo el acto público de la sustentación de tesis de posgrado titulada: "Sistematización de Experiencia de los actores sociales en la Estrategia Familiar Acompañante en los Hospitales II III Red Prestacional Almenara" de la candidata: Liliana Marleny Chirino Aponte de Vera, conducente a la obtención del Grado Académico de Doctor(a) en: Enfermería.

El Presidente del Jurado dio por iniciado el acto invitando al candidato a hacer uso del tiempo señalado por el Jurado para su exposición. Concluida la exposición, el Presidente del Jurado invitó a los demás miembros del mismo a realizar las preguntas, cuestionamientos y aclaraciones pertinentes que fueron absueltas por el candidato, el acto fue seguido de un receso de quince minutos para las deliberaciones y el dictamen de Jurado. Vencido el tiempo de las deliberaciones, el Jurado procedió a dejar constancia escrita del resultado en la presente acta, con dictamen siguiente:

ESCALA CUALITATIVA.... por NOMINACION EXCELENTE con El mérito académico adicional de EXCELENCIA..... El Presidente del Jurado solicitó al candidato ponerse de pie y procedió a poner en su conocimiento el resultado, terminado el mismo y sin objeción alguna, el Presidente del jurado dio por concluido el acto, en fe de lo cual firman al pie.



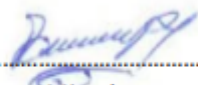
.....
Presidente



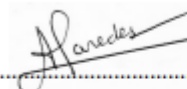
.....
Secretario



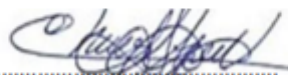
.....
Miembro



.....
Miembro



.....
Miembro



.....
Candidato

Dedicatoria

A mi querida familia, por ser fuente de
inspiración y soporte permanente.

A las personas, que participaron en este
estudio por su empatía y desprendimiento en
favor de la profesión.

Agradecimientos

A Dios, Conductor y Testigo de los esfuerzos en cada momento de mi vida.

A la Dra. Irene Zapata Silva y Dra. Mónica Meneses por su constante apoyo y guía en la elaboración de la tesis.

A la Dra. María Teresa Cabanillas por su constante apoyo y motivación para la culminación de esta investigación

A las autoridades de la UPG Ciencias de la salud y Escuela de Enfermería por las facilidades y el apoyo brindado para la ejecución de la investigación.

A las enfermeras que participaron de la investigación, quienes con su valioso apoyo hicieron posible este logro.

Tabla de contenido

Dedicatoria	iv
Tabla de contenido	vi
Índice de tablas	ix
Resumen	x
Abstract	xi
Capítulo I	12
Introducción	12
Realidad problemática.....	12
Enunciado del problema.....	18
Preguntas Norteadoras	18
Objetivos	19
Objetivos específicos	19
Justificación.....	20
Capítulo II	22
Marco teórico.....	22
Antecedentes	22
Antecedentes internacionales	22
Antecedentes regionales.....	28
Antecedentes nacionales	29
Bases teóricas.....	31
Bases contextuales	31
Bases epistemológicas	41
Bases conceptuales	46
Capítulo III	58
Materiales y métodos	58
Tipo de estudio.....	58
Diseño	59
Escenario de estudio.....	60
Caracterización de los sujetos de estudio	61

Criterios de inclusión.....	61
Criterio de exclusión.....	61
Procesamiento de recolección de datos.....	63
Técnicas e instrumentos de recolección de datos.....	64
Análisis e interpretación de datos.....	66
Consideraciones éticas y de rigor científico	68
Capítulo IV.....	70
Resultados.....	70
La experiencia	70
Primer momento: Punto de partida (2010-2014).....	70
Segundo momento: Reconstrucción de la experiencia (2015-2018).....	70
Tercer momento: el punto de llegada (2013-2018)	71
Capítulo V.....	73
Discusión.....	73
Categoría: Aprendizaje del cuidado	73
Transición hospital-hogar	75
Negociación interdisciplinar	76
Categoría: Disposición familiar para el entrenamiento del cuidador primario. 76	
Cuidar con conocimiento.....	78
Políticas de calidad	78
Categoría: Compromiso institucional a todo nivel	80
Políticas de calidad	80
Competencia profesional	82
Involucramiento.....	84
Categoría: Estrategia Familiar Acompañante: inversión, recursos/actitudes hacen la diferencia.....	84
Resistencia al cambio	86
Categoría: Gestión logística con sinceramiento presupuestal.....	87
Potencial calificado, factor de éxito	89
Calidad en los procesos.....	90
Celebración de Alianzas estratégicas	91

Categoría: Aprendizajes construidos en la experiencia.....	92
Conocimiento práctico.....	93
Escuchar al paciente y familia.....	94
Conocimiento compartido	95
EsSalud empodera a la familia y al equipo interdisciplinar	96
Satisfacción paciente/familia.....	97
Cultura organizacional fuerte	97
Continuidad de la estrategia familiar acompañante	98
Capítulo VI.....	102
Conclusiones y recomendaciones.....	102
Conclusiones.....	102
Recomendaciones.....	104
Referencias	105
Apéndice A. Instrumentos recolección de datos.....	117
Guía de entrevista semiestructurada.....	117
Guía de discusión grupal I.....	119
Guía discusión grupal II.....	120
Apéndice B. Consentimiento Informado	124
Apéndice C. Matriz de categorización	126

Índice de tablas

Tabla 1.	Procesos -Estrategia Familiar acompañante-cuidador primario.....	62
Tabla 2.	Caracterización de los sujetos de estudio-estrategia familiar Acompañante.....	73
Tabla 3.	Procesos -Estrategia Familiar acompañante-cuidador primario.....	85
Tabla 4.	Línea de tiempo: Estrategia familiar acompañante (EFA) Hospitales II III Red desconcentrada Almenara.....	117

Resumen

Las necesidades de cuidado de la familia motivaron la implementación de la estrategia familiar en los hospitales nivel II y III-EsSalud. El objetivo fue develar la experiencia, áreas de cambio y elementos facilitadores; los obstáculos identificados y propuestas develadas por los actores sociales; a partir del paradigma cualitativo, mediante sistematización de experiencias de abordaje hermenéutico dialéctico. Participaron 27 actores sociales en quienes se realizaron entrevistas semiestructuradas y discusión grupal. El diario de campo y formulario de análisis documental permitieron reconstruir la experiencia comprendida entre el 2013-2018. Emergieron nueve categorías: 1) Aprendizaje del cuidado, entre elementos facilitadores. 2) Disposición familiar para el entrenamiento del cuidador primario. 3) Compromiso institucional a todo nivel. Sobre obstáculos, 4) Estrategia familiar acompañante, inversión, recursos y actitudes hacen la diferencia. Plasmando propuestas, 5) Gestión logística con sinceramiento presupuestal y categoría. 6) Celebrando alianzas estratégicas. Concerniente al impacto. 7) Aprendizajes contruidos. 8) Essalud empodera a la familia y equipo interdisciplinar y la categoría. 9) continuidad de la experiencia. En conclusión, se posibilitó reconstruir aprendizajes: conocimiento práctico del cuidador familiar; el personal logró articulación efectiva de esfuerzos, desarrollo de capacidad innovadora consolidando una cultura institucional fuerte. Coadyuva en la transformación social a favor del bienestar y envejecimiento saludable. Recomendando continuar el desarrollo de la estrategia, exitosa, aunque no exenta de contradicciones “Nunca antes vimos en EsSalud a un aliado”.

Palabras clave: Estrategia-Familiar Acompañante- Sistematización-Experiencia-Actores sociales.

Abstract

The family's care needs motivated the implementation of the family strategy in level II and III-EsSalud hospitals. The objective was to reveal the experience, areas of change and facilitating elements; the obstacles identified and proposals revealed by social actors; from the qualitative paradigm, through systematization of experiences of a dialectical hermeneutic approach. 27 social actors participated in whom semi-structured interviews and group discussion were carried out. The field diary and documentary analysis form allowed us to reconstruct the experience between 2013-2018. Nine categories emerged: 1) Learning to care, among facilitating elements. 2) Family disposition for training the primary caregiver. 3) Institutional commitment at all levels. Regarding obstacles, 4) Accompanying family strategy, investment, resources and attitudes make the difference. Placing proposals, 5) Logistics management with budget and category honesty. 6) Celebrating strategic alliances. Concerning the impact. 7) Constructed learning. 8) Essalud empowers the family and interdisciplinary team and the category. 9) continuity of experience. In conclusion, it was possible to reconstruct learning: practical knowledge of the family caregiver; The staff achieved effective articulation of efforts, development of innovative capacity, consolidating a strong institutional culture. Contributes to social transformation in favor of well-being and healthy aging. Recommending to continue the development of the strategy, successful, although not free of contradictions "We have never before seen an ally in EsSalud."

Keywords: Strategy-Family Companion- Systematization-Experience-Social Actors.

Capítulo I

Introducción

Realidad problemática

A lo largo de la historia, las personas han hecho uso de formas naturales y creativas para mantener su salud y capacidad de respuesta a las transformaciones previstas e inesperadas en su contexto de vida. Con la evolución del pensamiento humano y las transformaciones en los procesos sociales, las naciones abrieron sus puertas a nuevos estilos de vida, trabajo, disfrute y también estrategias diferentes para afrontar los efectos de las enfermedades. Modos que, aun siendo crecientes en complejidad y algunas veces, vinculados a la necesidad de permanecer en el ámbito hospitalario, nunca dejaron de contar con la presencia de la familia.

A tal fin, la Organización Mundial de la Salud (OMS, 2019), precisa que, el cuidado de las personas con déficit de salud atendidas en el contexto hospitalario, abarca un sinnúmero de aspectos personales, sociales y legales, que envuelven la interacción enfermera-paciente-familia-equipo de salud, de modo complejo, cambiante y riesgoso para la persona enferma. La familia posee, sin embargo, una incomparable capacidad para el autocuidado de sus integrantes, que no ha sido abordado a cabalidad.

Las necesidades surgen de la persona, de la magnitud de la pérdida de salud, la presencia de dolor, necesidad de tratamientos específicos y la orientación indispensable para su cooperación en los procedimientos. La participación en el aprendizaje de la familia para cuidar a sus miembros, dada la dependencia y necesidad de mejor afrontamiento de las molestias en las esferas física, social y afectiva, requieren la incorporación de iniciativas por parte de quienes gestionan el cuidado, a fin de promover calidad de vida en el paciente y mantener el equilibrio en el núcleo familiar (Escobar-Castellanos y Cid-Henríquez, 2018).

En el Perú, las iniciativas que incorporan a la familia en el proceso de acompañamiento del paciente hospitalizado, se llevan a cabo en EsSalud; motivado por la urgencia de asegurar la integridad del paciente mientras permanece en el recinto asistencial, al tiempo que se promueve la serenidad y seguridad indispensables en el proceso recuperativo de la salud.

Históricamente, desde 1994, a raíz de eventos adversos acontecidos en un centro asistencial de alta complejidad, con pacientes adultos discapacitados, se promulgan las primeras disposiciones que autorizan la participación del familiar acompañante en los hospitales. Inicialmente, de manera no estructurada, habida cuenta que, en los servicios de Pediatría desde mucho antes, era parte del Modelo de cuidado del menor, contar con la presencia de los padres o familiares cercanos (Seguro Social de Salud [EsSalud], 2016).

La razón se centraba en reducir el impacto negativo de la hospitalización en los menores y estimular adecuadamente los potenciales de su desarrollo. No obstante, el acompañamiento parental, será siempre indispensable para la toma de decisiones respecto a los procedimientos de diagnóstico y tratamiento, aspecto inherente a las implicaciones éticas y legales del cuidado pediátrico. En la práctica, en el hogar cualquiera de sus miembros, puede ver afectada su salud, por lo que, en el nuevo enfoque de Atención Primaria de la salud, se reitera el papel fundamental de la familia en los procesos preventivos de enfermedad o de naturaleza recuperativa (Malpartida, 2020).

En las personas adultas con déficit de salud, además de los aspectos técnicos científicos del cuidado que realiza el profesional de enfermería, la persona enferma requiere soporte emocional, compañía, comprensión, ayuda según la dependencia originada por el compromiso en su salud, percibir que existe interés genuino por ella y su recuperación. En esa línea de acciones, además de sentirse acompañado, la sensibilidad de la familia, otorga mayor sentido al sufrimiento y limitaciones que impone la enfermedad (Waldow y Pereira, 2020).

Sin embargo, integrar el cuidado en sus dimensiones instrumental y sensible, mientras dura la hospitalización y luego, en el domicilio del paciente, representa un permanente desafío:

ninguna entidad dispone de suficiente recurso humano de enfermería, acorde a las demandas del paciente dependiente. Se hace limitado ofrecer mayor proximidad a los detalles de quien se encuentra enfermo, informar y educar a los familiares, siendo irremplazable la participación de los miembros de la familia en el proceso del cuidado. Aun en los aspectos básicos, el cuidado del enfermo fuera del hospital, requiere aprendizaje por parte del cuidador familiar o cuidador primario que se hará cargo de las actividades de continuidad del cuidado en el domicilio, una vez que el paciente es dado de alta (Waldow y Pereira, 2020).

En este sentido, la educación de los familiares se ha convertido en un aspecto crucial; muchos pacientes son asistidos en la etapa aguda y, sin embargo, requieren todavía muchas actividades de cuidado en la post alta y retorno a su hogar; estos pacientes sufren afecciones crónicas, de marcada comorbilidad, que no todos los integrantes de la familia pueden asumir en razón a su obligación laboral o situación de salud, requiriendo el entrenamiento de uno de sus miembros como cuidador, que facilita el proceso recuperativo o el soporte permanente en la satisfacción de necesidades de alimentación, movilización, traslado y eliminación, entre otras.

Según el Instituto de Medicina de EE.UU desde el 2009, la presencia de los familiares ha logrado un significativo avance. Participan desde el ingreso del paciente al centro asistencial realizando procedimientos administrativos, satisfacen necesidades básicas, proporcionan la ayuda específica que cada ser querido requiere y participan bajo la guía de la enfermera y el personal de salud. Además, han aprendido la forma de llevar a cabo, procedimientos de cuidado y administración de tratamiento farmacológico oral prescrito, acciones que han configurado nuevos roles del cuidador primario (Escobar-Castellanos y Cid-Henríquez, 2018).

Estos roles desempeñados por la familia, sin embargo, están ligados a diferentes formas de valoración por parte del personal directivo, administradores, en los diferentes niveles jerárquicos y por el propio personal asistencial. Mientras unos aprecian el rol de la familia por el afecto, paciencia y ternura que solo los seres queridos pueden dar (Moreno -Gonzáles, et al., 2019); otros profesionales ven a los familiares como un recurso que potencialmente puede

contribuir en la ejecución de cuidados diversos para los cuales no se dispone de personal de salud suficiente, constituyendo una medida utilitaria (Hahn –Goldberg et al., 2018).

Estas posturas, reflejan el sentido que tiene para los actores sociales involucrados, incluido el cuidador primario, el conjunto de acciones de aprendizaje del cuidado del familiar enfermo mientras permanece en el hospital a modo de entrenamiento para cuando regrese al hogar y se requiera de alguien que se haga cargo de la continuidad del cuidado, denominada Estrategia familiar Acompañante en lugar de Programa familiar Acompañante como se nombró a esta iniciativa desde la década del 90, en el Perú. Se trata de la trascendencia de la percepción del cuidador familiar, del personal directivo y los profesionales de la salud intervinientes en el proceso, de la manera como sienten la necesidad de enseñar/aprender el cuidado y la experiencia que cada actor involucrado desarrolla para asumir una actitud de dedicación, beneficiosa para el enfermo y la familia (Frías-Osuna et al., 2019).

Luego de veintidós años de experiencia como enfermera coordinadora de Estrategias sanitarias a nivel nacional y fortalecida por el desempeño en el campo de la Salud Pública, se accede como Jefa de la Oficina de Evaluación de procesos de Cuidado del paciente (2013) y se desarrolla considerable impulso al involucramiento de los actores sociales participantes en la Estrategia Familiar Acompañante, se valida el Plan de Fortalecimiento con el compromiso de las jefas de enfermería en los servicios de la Red Asistencial Almenara, principalmente en las IPRESS: hospital III de emergencias Grau, hospital clínica geriátrica San Isidro Labrador, hospital de Vitarte, hospital Aurelio Díaz Ufano y hospital Ramón Castilla.

En esta etapa inicial, se enfatiza la identificación de las necesidades del cuidador familiar en los padres de niños hospitalizados, durante visitas de supervisión, donde expresaron: “Me quedaría más contenta si pudiera cuidarlo cuando está solo...la enfermera está llena de trabajo y me da pena verlo así...”.

En hospitalización de adultos, pacientes vulnerables/dependientas por edad, comorbilidad o discapacidad avanzada, se apreciaba la preocupación e interés de los

familiares, por contar con pases para ingresar a hospitalización y participar en la alimentación del paciente, apoyar en la deambulaci3n, mostrando inter3s por aprender c3mo cuidarlo cuando regrese a su domicilio. Se interesaron tambi3n por el tratamiento y la prevenci3n de caídas. Esto gener3 la reflexi3n y di3logo con las compa1eras, acerca de lo que era necesario realizar para ayudar a la familia.

Los sentimientos que experimentaba y la percepci3n de apoyo en las jefas y coordinadoras de enfermería de la Red, permitieron optar por llevar adelante la Estrategia, que nace a modo de Programa como experiencia inicial entre 2010-2012, que facilit3 la construcci3n de la propuesta de base para la futura directiva

Posteriormente se perfecciona la estructura de la actividad, los procesos, m3todo e instrumentos. Por ello, el 3nfasis en la Sistematizaci3n de la experiencia de Familiar Acompa1ante entre los a1os 2013-2018.

El cuidado profesional y el cuidado que brinda el familiar acompa1ante, representan modalidades dentro del Sistema de Salud, avalados por la Ley General de Salud (Plataforma digital 3nica del Estado Peruano, 1997) y las Polítimas Nacionales de Calidad (MINSA, 2009), por lo que es ineludible preocuparse por la forma como ambos dialogan, se acercan, construyen soluciones e integran esfuerzos. Sin embargo, en la pr3ctica no siempre los directivos, jefes y supervisores, aceptan la participaci3n del cuidador familiar; ellos necesitan pases para ingresar, sillas reclinables cuando pernoctan, servicios higi3nicos cuando la permanencia del paciente se prolonga en el hospital y observar silenciosamente el desempe1o del personal del equipo de salud, aspectos que por lo general se desea evitar.

En particular, en el acompa1amiento que realiza el cuidador familiar, existe una gran experiencia documentada en pacientes con diferentes afecciones (Andrade et al., 2014; Cipolleta et al., 2018; Hahn-Goldberg et al., 2018; Cifuentes-Pati1o y Pantoja, 2019). No obstante, sobre la Estrategia desarrollada en Essalud, existe reconocimiento a la labor del profesional de enfermería, m3s se desconoce la experiencia de los actores sociales

involucrados, incluida la experiencia de los cuidadores primarios, no se ha establecido si se logra articulación de esfuerzos, saberes y resultados entre los actores sociales, elementos que tal vez permitirían la introducción de algunas innovaciones.

Esta realidad representa el foco central de la indagación desde la perspectiva comprensiva. Mientras algunos investigadores han profundizado en el significado individual de la experiencia, el conjunto de actividades realizadas o dejadas de realizar durante la ejecución de la Estrategia Familiar Acompañante contiene en sí, innumerables aspectos del saber cuidar, el aprendizaje y la gestión de las condiciones socio económicas, políticas y culturales para que éste se efectivice y por su amplitud y complejidad, no puede conocerse de manera inconexa, aislada entre actores sociales, desvinculada entre esfuerzos familiares e institucionales y por ende, requiere ordenar los diferentes elementos de la experiencia desde la comunicación de los actores sociales, jerarquizar sus objetivos, intereses y expectativas, reconstruir la experiencia, descubriendo la lógica de lo vivenciado y formular de manera participativa los avances, logros o aproximaciones desde el significado otorgado por la familia y también según el propósito de los profesionales y visión estratégica de EsSalud (Jara, 2018).

La Estrategia Familiar acompañante se lleva a cabo inicialmente en el hospital Guillermo Almenara de modo circunscrito a los servicios pediátricos y Geriátrica, extendiéndose progresivamente a hospitales nivel II y aún en policlínicos, aunque de manera parcial y sin consenso pleno acerca de su valor por parte de directivos y administradores, revelando así la existencia de contradicciones que no se desconocen en la gestión de enfermería sino que son asumidas con gran perseverancia con firmeza y claridad, dadas las necesidades manifiestas y ocultas de la familia, por lo que el análisis de la experiencia sistematizada se considera el escenario idóneo para toda gestión orientada a resultados (Ariza et al., 2022).

Los beneficios potenciales derivados del desarrollo de las actividades educativas, de soporte al cuidador primario, y potenciales relaciones costo efectividad en las Instituciones Prestadoras de Servicios mencionadas, constituyen un campo amplio de experiencias, que no

ha sido objeto de difusión ni de evaluación en el tiempo transcurrido, mientras si se ha encontrado beneplácito por parte de la familia por su participación , los familiares expresan: “Nada mejor como permanecer al lado de mi familiar enfermo para ayudarlo”; “Aquí, siento que mi padre, está más seguro. No se acostumbra fácilmente con personas que desconoce, come con dificultad y necesita apoyo en muchas actividades”; “Me doy cuenta que se puede aprender desde ahora cómo cuidarlo para cuando esté en casa nuevamente”.

En algunas situaciones, las impresiones antes mencionadas, se contraponen a la mirada de quienes administran las Instituciones de servicio: “Puede ahorrarse personal con la ayuda de la familia”; “Piden mayor información y comodidades, pero en el largo plazo pueden apoyar en los cuidados domiciliarios”; apreciaciones que motivan también la profundización crítica de las experiencias vividas por los actores sociales institucionales, acerca del significado que ha tenido para la gestión, el logro de los aprendizajes para los profesionales, cuidadores familiares, aprendizajes para la institución así como los elementos facilitadores y limitantes presentes en el proceso, de manera que posibilite construir lecciones aprendidas e identificar el modo de mejorar esta iniciativa como Buena Práctica en el cuidado de la salud, si así lo perciben los actores sociales involucrados en el estudio.

Enunciado del problema

La pregunta de investigación se enuncia: ¿Cuál es el contenido de la Sistematización de experiencia de los actores sociales en la Estrategia Familiar Acompañante en hospitales II y III de EsSalud?

Preguntas Norteadoras

¿Qué experiencias han vivenciado el personal directivo, enfermeras y cuidadores primarios de pacientes, en el desarrollo de la Estrategia Familiar Acompañante en los hospitales nivel II III de la Red Prestacional Almenara?

¿Qué elementos han facilitado el desarrollo de las actividades de los actores sociales en la Estrategia Familiar Acompañante en los hospitales nivel II III de la Red Prestacional Almenara?

¿Qué elementos han dificultado el desarrollo de las actividades de los actores sociales en la Estrategia Familiar Acompañante en los hospitales nivel II III de la Red Prestacional Almenara?

¿Qué propuestas y rutas a seguir se vislumbran en las experiencias de los actores sociales involucrados en el desarrollo de la Estrategia Familiar Acompañante?

Objetivos

El objeto de estudio se centra en la sistematización de la experiencia de los actores sociales involucrados en el desarrollo de la Estrategia Familiar Acompañante en hospitales nivel II III de la Red Prestacional Almenara en Lima, con énfasis 2013-2018.

Objetivos específicos

Detallar las experiencias vivenciadas por los actores sociales en la Estrategia Familiar Acompañante, según el personal directivo, las enfermeras y los cuidadores primarios de pacientes en los hospitales nivel II y III de la Red Prestacional Almenara.

Analizar las áreas, aspectos o situaciones que muestran cambios como resultado del desarrollo de la Estrategia Familiar Acompañante y los elementos facilitadores presentes en los hospitales nivel II y III de la Red Prestacional Almenara.

Analizar las áreas, aspectos o situaciones que muestran limitaciones en desarrollo de la Estrategia Familiar Acompañante y los factores presentes en los hospitales nivel II y III de la Red Prestacional Almenara.

Construir las propuestas y caminos que vislumbran las experiencias de los actores sociales en la Estrategia Familiar Acompañante en los niveles II y III de la Red Prestacional Almenara.

Justificación

El conocimiento experiencial desde la perspectiva de los actores sociales involucrados es importante porque devela inusitados elementos acerca de los logros alcanzados, el proceso seguido y los medios necesarios que permitieron el éxito. Permiten vislumbrar el modo de transparentar logros y limitaciones en el accionar profesional en un determinado campo del cuidado humano. Es asimismo conveniente, conocer de manera sistematizada la aproximación de las experiencias realizadas en la Estrategia Familiar Acompañante que, además de construir y reconstruir las lecciones aprendidas, permita respaldar la legitimidad de los saberes adquiridos, las relaciones intercambiadas y la responsabilidad asumida, en un proceso significativo de maduración y equilibrio de esfuerzos, tanto por parte del personal directivo y asistencial de salud como por el cuidador familiar que acompaña a su ser querido en el hospital y luego en casa. Es finalmente oportuno llevar a cabo el estudio en la medida que no se ha realizado una evaluación del aporte de la Estrategia Familiar Acompañante en el Segundo y tercer nivel de atención; actividades que se llevan a cabo desde antes de 1,995, y que progresivamente se han estructurado mejor en función de las necesidades del usuario y se encuentran oficializadas en la Institución a partir del 2015, continuando al presente, acotando que se dispone de suficiente material informativo de fuentes orales, escritas e iconográficas, entre otras.

Por lo tanto, desde el aspecto práctico, los resultados de la sistematización de experiencias desde la perspectiva de los actores sociales involucrados, abren caminos para la identificación objetiva de los aportes reales, potenciales, así como los limitantes a superar para una fructífera integración de saberes, afectos y responsabilidades, entre otros, entre la institución de Essalud, sus profesionales y la familia, a través de los cuidadores primarios del paciente vulnerable/dependiente.

Respecto a la relevancia social, se fomenta el vínculo afectivo y el rol de la familia como pilar terapéutico en el bienestar y calidad de vida de sus miembros; perfila mayor seguridad y

potencia la capacidad de la familia para cuidar haciendo uso del conocimiento técnico de la salud aprendido durante la permanencia hospitalaria, hecho que evita complicaciones durante la permanencia en el hogar y sin duda, evidencia la forma en que se articulan los esfuerzos de la familia, el liderazgo del personal directivo y el desempeño del personal profesional de enfermería. Los resultados constituyen una oportunidad que partiendo de la identificación de nudos críticos en los procesos operativos o de soporte de esta estrategia, posibiliten convertirlos en mejoras específicas, con sostenibilidad al interior del Sistema de salud.

La perspectiva metodológica, los procedimientos empleados en la elaboración y desarrollo del estudio, serán referente para investigaciones similares.

Capítulo II

Marco teórico

Antecedentes

La revisión bibliográfica realizada permite constatar que existe escasas investigaciones cualitativas en relación a la experiencia de los actores sociales en la Estrategia familiar acompañante en hospitales nivel I II, en tal sentido, se está considerando las investigaciones de mayor aproximación al objeto de estudio.

Antecedentes internacionales

Godoy et al. (2020) investigaron sobre la experiencia vivida por cuidadores de niños y niñas escolares afectados por el VIH en Santiago de Chile con el objetivo de develar la experiencia vivida por los actores sociales en mención. Siguiendo la metodología cualitativa con abordaje fenomenológico, se obtuvo los datos a través de entrevistas semiestructuradas, alcanzando el punto de saturación con 11 entrevistas. La pregunta central fue: ¿Cómo fue su experiencia como cuidador de un niño o niña con diagnóstico de VIH SIDA? El análisis de la información se realizó manualmente según el modelo de Strubert y el rigor metodológico de Guba y Lincoln. Luego de la aprobación del Comité de ética, se ejecutó y llegó a los siguientes resultados: 1) El proceso para convertirse en padres y cuidadores y 2) Las implicancias de la enfermedad en los niños y cuidadores. En la primera dimensión, destacaron las categorías de vivir etapas, estar satisfecho de ser padre o madre del niño, sentir que la familia de origen obstaculiza el cuidado del menor, los cambios a afrontar para adaptarse a la vida y hogar del cuidador y los hábitos y conductas de los niños (as) con VIH. Respecto a las implicancias de la enfermedad, para los niños es difícil adaptarse a la terapia farmacológica y la revelación de su diagnóstico a otros niños. Para los cuidadores representa el esfuerzo de aceptar el VIH como una enfermedad crónica más y compartir las experiencias como integrante del sector salud. Las autoras concluyeron que, conocer las experiencias de los cuidadores por parte del personal de

salud, permite direccionar mejor el apoyo técnico y el acompañamiento para fortalecer capacidades: ser cuidador no abarca solo la adherencia a los fármacos sino, sobre todo, estar atento a los cambios socioemocionales del menor y también del cuidador, por ello se tendrá siempre presente la necesidad de mantener la integralidad del cuidado.

Bernabéu-Álvarez et al. (2020) investigaron acerca de la influencia de los Grupos de Ayuda Mutua sobre cuidadores familiares, dado el envejecimiento poblacional progresivo y el incremento de las enfermedades crónicas constatado. El objetivo fue conocer las características de los grupos de ayuda mutua (GAM) y la medida en que su presencia pueda generar bienestar al cuidador. La estrategia de búsqueda de la revisión incluyó las bases de datos Pubmed, Scopus, PsycINFO, Eric, Cochrane plus y CSIC, incluyendo artículos de los 10 últimos años publicados en español, catalán, inglés, portugués o francés. Luego del proceso de selección, quedaron 12 artículos relacionados con el tema de estudio cuyos resultados muestran que los GAM pueden mejorar el bienestar físico, psicológico y el estado de salud de los cuidadores; además de reforzar su sentimiento de compartir apoyo social. Concluyeron que, los cuidadores se benefician con la participación de los GAM y que este componente de rutina pueda facilitar su desempeño con calidad y evitamiento del desgaste sicosocial esperado.

Gomes et al. (2019) publicaron la investigación relativa a los cuidados realizados por el familiar cuidador del niño que experimenta trasplante de células madre hematopoyéticas, al Sur de Brasil, en un centro de excelencia y referencia mundial para el trasplante de médula ósea, donde se ofrece hospedaje a niños y adolescentes con cáncer y atención domiciliaria. El método correspondió al enfoque cualitativo y abordaje de la teoría fundamentada, realizaron el estudio con cuatro grupos de muestreo, en un total de 36 cuidadores. Los datos de obtuvieron por medio de entrevistas semiestructuradas y luego se efectuó el análisis a partir de la codificación propuesta por Strauss y Corbin: codificación abierta, axial y selectiva. Los

resultados se explican en ocho proposiciones en las cuales el familiar participa en la administración de fármacos, higiene, alimentación, cambios posturales, hacer cumplir las medidas de aislamiento protector, apoyo emocional, autocuidado por parte del niño y evitar complicaciones. Las autoras concluyeron que, el fenómeno estudiado se mostró como un proceso social básico; los cuidados que el niño amerita, impulsan las enseñanzas y orientaciones a brindar. Del mismo modo, se les prepara para el cuidado domiciliario, por lo que reducen su incertidumbre y aumenta su confianza ante aspectos desconocidos para ellos antes de esta experiencia. Los datos organizados permitieron la construcción de una teoría sustantiva titulada “Vivencia del cuidado domiciliar familiar después del trasplante de células madre hematopoyéticas pediátrico”

Moreno-González et al. (2019) publicaron el estudio acerca de las experiencias del cuidado familiar en personas con cáncer de mama según la perspectiva de los cuidadores, en Guanajuato-México. Dada la alta incidencia de la enfermedad y la complejidad de las etapas y cuidados requeridos. El objetivo consistió en describir y comprender las experiencias de los cuidadores en mención. A tal fin, se hizo uso del paradigma hermenéutico y abordaje fenomenológico, basado en el referente de la sociología interpretativa de Alfred Schütz. Se seleccionaron cuidadores de mujeres sobrevivientes de cáncer de mama diagnosticadas en un periodo mayor de seis meses y menor de cinco años. El instrumento fue la entrevista en profundidad realizada en los hogares de los cuidadores; previa captación y firma del consentimiento informado, se realizaron las entrevistas mediante muestreo intencional, acumulativo y secuencial, en un total de siete cuidadores. El estudio contó con la autorización del comité de Investigación y ética de la División de Ciencias de Ingeniería de Campus Zelaya-Salvatierra de la Universidad de Guanajuato. Los resultados comprendieron 4 categorías con subcategorías: Momentos críticos de la experiencia, que involucró el hallazgo del nódulo, la difícil accesibilidad a los servicios de salud; los cuidados después de la mastectomía y durante la quimioterapia. La segunda categoría que abarca los sentimientos ante las necesidades de

cuidado: el enojo, el miedo y la duda de hacerlo o no bien. La tercera categoría, abarca el uso de recursos de apoyo durante la experiencia: incluyó la experiencia previa, el esfuerzo por distraerse para conservar las fuerzas, la reciprocidad, el apoyo familiar y social. La cuarta categoría denominada la recompensa de ser cuidador, reúne la conciencia del riesgo y la identidad como cuidador. Las autoras concluyen reconociendo que las experiencias de ser cuidadoras de mujeres con cáncer, ocasionaron cambios profundos en su persona, conocer sus potenciales y límites. Sintieron satisfacción por lo que hicieron y por ver recuperadas a sus familiares; sin embargo, consideran que existen desafíos si ellas pasaran por la misma situación.

Ruiz-Fernández et al. (2019) publicaron el estudio de corte cualitativo sobre las vivencias del cuidador de personas con Alzheimer, como se adaptaron y el impacto experimentado, en Andalucía-España. El objetivo consistió en profundizar en la percepción de los cuidadores respecto a la enfermedad y el impacto en sus vidas. Siguiendo la metodología de grupos focales, participaron en total 14 cuidadores quienes en su mayoría fueron hijas de los pacientes; llevaron adelante el análisis de los discursos según la propuesta de Giorgi en el año 1997. La media de los cuidadores fue de 53,2 años. Los resultados comprenden cinco unidades de significado y catorce subdimensiones; siendo las más representativas: los conocimientos sobre la enfermedad, sufrimiento del cuidador, emociones, capacidad de afrontamiento y las consecuencias en la vida del cuidador. Concluyen que, la adaptación del rol del cuidador de la persona con Alzheimer se condiciona al desconocimiento de la enfermedad, a la compasión intensa que experimenta por las consecuencias visibles de la enfermedad, las emociones experimentadas, además de la presión por la responsabilidad que conlleva. El impacto compromete las esferas personal, familiar y laboral por la naturaleza absorbente del rol cuidador.

Frías-Osuna et al. (2019) en el estudio sobre motivos y percepciones del cuidador familiar de mayores dependientes realizado en Jaén del Norte-España. A fin de identificar y

analizar las categorías en mención, a través del enfoque cualitativo realizaron entrevistas en profundidad a 13 personas cuidadoras principales de familiares mayores dependientes con una experiencia mínima de un año a cargo del cuidado; el muestreo fue intencional. Posterior al análisis del discurso de los textos de los informantes, encontraron que los motivos para cuidar eran: el amor a la familia, las ganancias materiales y la presión social. No se encontró percepción positiva por cuidar. Concluyeron que, a partir de una baja percepción de satisfacción por cuidar, es predecible que las conductas de cuidado resulten agotadoras y no deseables para los cuidadores, por lo que es necesario desarrollar estrategias de sensibilización para preparar el terreno ante el incremento de la carencia de cuidado de personas adultas mayores dependientes.

Pinzón-Rocha et al. (2019) llevaron a cabo la investigación acerca de la percepción de los directivos de programas de atención domiciliaria en Meta, Colombia, motivados por conocer resultados del modelo adoptado como iniciativa asistencial y analizar cómo se constituye la estructura del cuidado desde la visión de las instituciones prestadoras de servicio, realizó una indagación de naturaleza cualitativa, descriptiva y con abordaje fenomenológico en una muestra por conveniencia integrada por directivos de 8 Programas de Atención Domiciliaria existentes en los municipios de mayor desarrollo socioeconómico de la región. Con ayuda del *software Nvivo 10*, se organizó la información identificando tres categorías: Calidad y satisfacción del usuario, integralidad de la atención y Autocuidado como base del crecimiento personal. Concluyeron que, la percepción encontrada en el personal directivo, se fundamenta en el propósito que favorece el desarrollo de un Modelo de trabajo participativo con visible beneficio para usuarios y personal.

Rodríguez et al. (2018) estudiaron la familia, economía y servicios sanitarios, considerados claves en el cuidado de pacientes con diabetes y amputados de miembros inferiores. Utilizaron el enfoque cualitativo en Andalucía. El objetivo fue explorar la vivencia de los cuidados diabéticos en pacientes sometidos a amputación de miembros inferiores; la

investigación tuvo abordaje fenomenológico y se realizó en el área hospitalaria de Cádiz. Con 16 participantes. El instrumento consistió en guías de entrevistas semiestructuradas y análisis de contenido según Graneheim y Lundman. Los resultados involucran 4 categorías: la familia como piedra angular de los cuidados: los aspectos socioeconómicos y laborales determinan la calidad de los autocuidados; La interacción paciente personal de salud dinamiza los cuidados y las limitaciones en la provisión de servicios sanitarios. Concluyen que: los determinantes sociales, económicos y laborales, tomados de manera personalizada pueden ayudar en la prevención de complicaciones de los pacientes con diabetes mellitus.

Becker et al. (2017) investigaron sobre las necesidades de los cuidadores familiares que brindan atención domiciliaria en adultos mayores en Sur de Brasil; con el propósito de descubrir las necesidades sentidas y normativas de los cuidadores primarios familiares en la prestación de apoyo instrumental a adultos mayores de un Programa de Atención domiciliaria. Mediante el método exploratorio mixto, utilizaron una muestra de 39 Personas Adultas Mayores (PAM) y sus cuidadores, en la etapa cuantitativa y 21 cuidadores en la etapa cualitativa. Los instrumentos de recolección de datos fueron una guía de observación sistemática, con apoyo de un manual aplicada a 16 cuidadores; resultados que requirieron análisis estadístico descriptivo y las entrevistas cualitativas, se trataron mediante análisis del discurso. Los resultados indicaron que las necesidades sentidas estaban relacionadas a informaciones de las acciones de carácter instrumental y factores subjetivos en la atención. Respecto al manejo de medicamentos, los cuidadores necesitaron mayor número de necesidades normativas. Concluyen los autores que, el conocimiento cabal de las necesidades de los cuidadores, permite a los profesionales de enfermería, direccionar la gestión del cuidado de las PAM con foco en las necesidades reales de los cuidadores, siendo fuente de nuevas políticas que faciliten el desarrollo normado de sus actividades.

Antecedentes regionales

En América Latina y el Caribe, han desarrollado algunos esfuerzos vinculados a la salud, entre ellos:

Peña-Varón et al. (2021). en el área de la sistematización de experiencias, ha realizado estudios acerca del papel de esta estrategia en las evaluaciones del desempeño de proyectos de salud pública en Cali-Colombia; teniendo como referente de partida una experiencia previa en la Comuna Saludable por la Paz, al Sur Oriente de Santiago de Cali entre el 2008 y el 2019.

La sistematización de esta experiencia, permitió describir el contexto en que se llevó a cabo por espacio de 10 años. La reconstrucción de la misma, con participación de los actores sociales involucrados, permitió comprender la complejidad del contexto de trabajo y vida de los pobladores, posibilitando la evaluación de los resultados y las características de la iniciativa sujeta a evaluación. Se realizó un conjunto de acciones destinadas a lograr la movilización social, para promover calidad de vida, equidad y desarrollo social local, cuyo aporte fue la construcción de escenarios adecuados a la salud y la paz; una estrategia desarrollada entre el municipio y la población, mediante los lineamientos de la atención primaria de la salud. La institución que dinamizó la iniciativa fue la Empresa Social del Estado (ESE) Suroriente, conformada por 4 instituciones de salud, quienes brindaron servicios complementarios y de complejidad limitada, centrados en la promoción de la salud y prevención de la enfermedad. El análisis de resultados requirió del análisis documental; identificando que el hospital Carlos Carmona se construyó por la organización comunitaria y a través de entrevistas y talleres se encontró actividades significativas: formación de promotores comunitarios, jóvenes al servicio de los jóvenes, Trascendiendo Fronteras Programas para la Mujer y los infantes, la Atención Integral a las enfermedades Prevalentes de la Infancia, entre otras. Los autores concluyeron que, la recuperación de la experiencia y el análisis comprensivo del contexto de la intervención, se logró comprender la lógica del proceso de acción de los actores involucrados y los alcances

de la iniciativa en la mejora de la salud y la sana convivencia en la Comuna sin obviar las discrepancias.

Martínez et al. (2021) publicaron el estudio sobre sistematización de experiencia para el desarrollo de competencias en políticas y sistemas sanitarios en futuras enfermeras, estudiaron la experiencia comprendida entre setiembre 2017 a julio 2019 en la Habana Cuba. Los sujetos de la experiencia fueron 52 estudiantes de la carrera de enfermería. Luego de seguir los pasos pertinentes: partida, interrogantes iniciales, reconstrucción de las acciones vividas, ejecutaron la reflexión crítica y el establecimiento de los puntos de llegada. Entre los resultados, señalaron el valor y aplicabilidad de la metodología, precisaron las limitaciones de los participantes en el proceso, argumentando la presencia de aprendizajes prácticos y situaciones que demandan estudios a futuro. En la conclusión señalan que, la sistematización de experiencia permitió descubrir las brechas que exigen propuestas de mayor especialización docente y acciones motivacionales en los futuros enfermeros.

Antecedentes nacionales

Rodríguez et al. (2020) en su investigación sobre la participación de familiares cuidadores en el aseguramiento del confort del adulto mayor hospitalizado, en Lambayeque; siguiendo el método de investigación cualitativa, exploratoria, llevaron a cabo la indagación en una muestra de 20 informantes. Los datos fueron obtenidos mediante entrevista semiestructurada y tratados según análisis temático. Los resultados aportaron tres categorías: la participación en los cuidados básicos para comodidad corporal; estrategias para el descanso y sueño mediante confort ambiental y promoción del clima emocional y paz espiritual, a través del afecto, el estímulo y la fe. Concluyeron que el cuidador familiar juega un rol fundamental en la mejora del confort del paciente adulto mayor. Este paciente, fuera de su entorno habitual ve afectadas todas sus necesidades. El cuidador está pendiente de todo, higiene, alimentación, tendido de cama y esto suma para la calidad de vida, la preparación que lleva a cabo la enfermera, es indispensable para el buen desempeño del rol del cuidador.

Dávila (2019) estudió la percepción del cuidador familiar durante el desempeño de los profesionales de enfermería, en pacientes con Diabetes Mellitus II en un hospital del Seguro Social, en Chiclayo. Los objetivos se centraron en caracterizar, analizar y comprender la categoría en mención. Según enfoque cualitativo, descriptivo exploratorio, realizó entrevistas semi estructuradas en profundidad a 20 participantes. Luego del análisis temático identificó las siguientes categorías: procedimientos prioritarios, humanización o deshumanización del cuidado y participación del cuidador familiar en el cuidado básico, Concluye que, el cuidado es percibido con oportunidad y satisfacción. No obstante, se requiere mejorar la empatía y el carisma en las profesionales de enfermería.

Rivas (2018) publicó un artículo sobre la calidad de atención según la perspectiva del paciente y del familiar cuidador en el hogar clínica San Juan de Dios, en Chiclayo. Fue un estudio según el método cuantitativo, descriptivo y transversal; siendo el instrumento el cuestionario SERVQHOS que evalúa fiabilidad, capacidad de respuesta, aspectos tangibles, seguridad y empatía en una muestra de 70 pacientes. Los resultados permitieron identificar en los pacientes, una percepción buena de calidad en el 48.6% y en los cuidadores, percepción similar en un 50%. En el análisis por dimensiones, la empatía y la capacidad de respuestas obtuvieron percepción de buena calidad en un 54.3%; en la seguridad, solo 40% de percepción buena y en las dimensiones de la fiabilidad y aspectos tangibles, la calidad en el nivel bueno fue del 47.1%. Concluye que, tanto pacientes como cuidadores familiares perciben la existencia de calidad, aunque no superan el 50%, por lo que recomienda mediciones periódicas más consistentes a fin de establecer mejores comparaciones y mejoras.

Casildo (2016) investigó la percepción del familiar acompañante respecto al cuidado brindado por la enfermera en el servicio de emergencia, los objetivos fueron describir, analizar y comprender los cuidados realizados por las enfermeras. El enfoque fue cualitativo, de diseño descriptivo exploratorio. Los datos se obtuvieron mediante las entrevistas semiestructuradas a 15 familiares, y la interpretación se realizó mediante el análisis temático. Entre las

características trascendentales en el proceso de cuidar, se encontró que, la enfermera brinda cuidado evidenciando virtudes, valores, cualidades y sentimientos. Se percibió la falta de interacción en otras áreas a fines. En la búsqueda de brindar un cuidado con calidad, la enfermera de la clínica en estudio, demuestra en cada una de las actividades el trato humanizado; el familiar acompañante refiere estar satisfecho y agradecido por los servicios recibidos y concuerdan en la importancia de no dejar de lado el trato humano y la sensibilidad en cada acto de cuidado.

Por lo tanto, a la fecha, se ha sistematizado experiencias de los futuros profesionales de enfermería respecto al desarrollo de capacidades en investigaciones relacionadas con políticas y sistemas de salud en la formación de pregrado; también los planes de diagnóstico y tratamiento en grupos participativos que laboran en el área de salud mental y en el Perú, en Cajamarca, se ha sistematizado la experiencia de articulación interinstitucional en pro de prevenir los riesgos psicosociales. No obstante, la mayor parte de la experiencia relacionada a las actividades y logros del cuidador familiar, se han estudiado con recursos de metodología cualitativa en la perspectiva fenomenológica y etnográfica. Ninguna investigación bajo el enfoque de sistematización de experiencias (Martínez et al., 2021; Godoy -Alarcón et al., 2020), entre otros.

Bases teóricas

Bases contextuales

En el orden internacional, existen diversas experiencias reveladoras del esfuerzo de los Sistemas sanitarios para satisfacer la demanda de los individuos para vivir y laborar en un medio saludable y productivo. A la vez, es evidente el avance por integrar a la familia en los procesos del cuidado de sus integrantes a lo largo de la existencia o en situaciones particulares, donde el incremento en las necesidades de apoyo, se hacen sentir con mayor fuerza.

Los organismos internacionales responsables de la salud de las personas, han esclarecido y fundamentado, el rol de la familia en la generación y mantenimiento de la salud. Esta es definida como un grupo social que comparte un mismo techo, vínculos de consanguinidad o no y desarrollan su vida cotidiana en base a ingresos socio económicos, llegando a desempeñar el papel de padres, hijos o hermanos. Los nexos afectivos que los unen, movilizan a lo largo de la historia, sus experiencias y cultura, siendo el cuidado de la salud de sus miembros una alta prioridad (Asamblea Mundial de la Salud, 2004).

Además de preocuparse por la prevención de enfermedades y accidentes, participan de medidas destinadas a la promoción, recuperación y conservación de la salud, llevando a cabo aprendizajes para adoptar comportamientos saludables, gozar de bienestar y estar en capacidad de afrontar con éxito las situaciones imprevistas de la vida. En especial, se esmeran en los cuidados de la infancia, adolescencia, maternidad y la adultez mayor, por lo que las profesionales de enfermería al igual que el equipo de salud, desarrollan liderazgo en el terreno de la salud familiar (Cogollo et al., 2019).

En el ámbito internacional, existe consenso en reconocer toda alternativa destinada a mejorar la salud, implica reducir la pobreza, limitar los efectos de las desigualdades que permitan el crecimiento de las naciones en condiciones de equidad.

Sin embargo, estas demandas según Batthyánay (2015) ameritan superar la dinámica económica mundial, que amenaza la labor de los sistemas de seguridad social, en particular en países que registran ingresos medios. Sin dejar de tomar en cuenta que, el incremento de la expectativa de vida, el envejecimiento poblacional y el incremento de dolencias crónicas no transmisibles, agravan las necesidades de atención de la salud y requieren estrategias que disminuyan el impacto socio afectivo y económico de la familia, cuando alguno de sus miembros pierde la salud.

De este modo, en Europa, España, los procesos crónicos de las personas que integran la familia, presentan un incremento considerable participando a dedicación permanente las

mujeres cuidadoras, quienes manifiestan la sensación de una vida disminuida en calidad, con escasa libertad de acción y carente de equilibrio entre el trabajo y el disfrute (Martínez y De La Cuesta, 2016).

En Italia, cuya población adulta mayor es numerosa, los cuidadores familiares informan sobre experiencias estresantes que reducen el tiempo para auto atenderse; se involucran durante muchos años en el cuidado de familiares con enfermedades neurológicas de efectos severos como la esclerosis lateral amiotrófica, situación que se torna desgastante, por lo que se encuentra avanzada la formación de Grupos de Ayuda mutua y las iniciativas de creación de redes sociales que promuevan un mayor bienestar (Cipolleta et al., 2018).

En Centro América, México, se reportan experiencias de familiares acompañantes en distintas Unidades de Atención Médica, en el hogar en el entorno de la vida comunal. De acuerdo con Hahn-Goldberg et al. (2018) cuentan con normas y realizan funciones, que varían según los servicios, caracterizándose el acompañante por su involucramiento en el cuidado del paciente. Realiza el nexo entre las necesidades del paciente y el sistema de atención, de él depende la recuperación y adherencia al tratamiento en el hogar. Es el campo donde se desarrollan las experiencias que es preciso conocer a cabalidad.

En América del Sur, Brasil, se ha logrado identificar en el Sistema de Atención de la Salud una amplia necesidad del apoyo del cuidador familiar, aun reconociendo la urgencia de gestionar protocolos específicos, que aseguren resultados beneficiosos para los enfermos. La familia es considerada a modo de contexto donde se lleva a cabo gran parte del desarrollo humano; el cuidado familiar contempla la vulnerabilidad de la persona en etapas extremas de la vida y sus guías son el sentido común y el aprendizaje experiencial de sus ancestros, siendo personas del género femenino quienes realizan las labores de cuidado principalmente en necesidades físicas y apoyo emocional, expresando mayores desafíos cuando se trata de enfermedades o procesos quirúrgicos de mayor alteración de la salud (Silva et al., 2013).

En Colombia, se ha reconocido la importante necesidad del cuidador primario ante el incremento de cáncer en niños, con 250,000 casos nuevos al año y el impacto negativo para la familia (Carreño-Moreno et al., 2017). El Ministerio de inclusión económica y social en este país, reconoce como trabajo productivo, las acciones de cuidadores realizado por los familiares en el hogar y ha manifestado su decisión de fortalecer en ellos, su potencial de cuidado, considerado como derecho para toda la vida, va más allá de cuidar solo a quien enferma (Batthyánay, 2015).

Los cuidadores familiares en el hogar, ofrecen apoyo en la higiene, alimentación, medidas de tratamiento y rehabilitación. Todo acompañado del afecto, preocupación por el bienestar y el apoyo moral que solo la familia puede dar. CEPAL enfatiza que cuidar requiere que cada país, garantice el desempeño efectivo de la Seguridad Social.

De acuerdo con Moral-Fernández et al., (2018), la presencia de cuidadores primarios se realiza en centros de Atención Primaria de la salud y se considera que son aliados muy competentes de las enfermeras de Práctica Avanzada en numerosos espacios donde la accesibilidad al sistema es costosa y las distancias son considerables.

Al respecto, son escasos los reportes y documentos que evidencien la trayectoria de iniciativas similares a la Estrategia Familiar Acompañante; está ligado a condiciones histórico sociales que han permitido el acceso poblacional a mayores niveles educativos, configurando comportamientos culturales donde gran parte de las familias, conoce el cuidado básico a seguir en el hogar y en otros países poseen un gran apoyo a través de las enfermeras de práctica avanzada, quienes realizan la enseñanza facilitadora del cuidado mediante la visita domiciliaria al hogar donde existen enfermos que requieren cuidados específicos (Becker et al., 2017).

En síntesis, el papel activo de la familia en el cuidado de sus miembros está reconocida en el ámbito internacional, se realiza sin percibir ingresos por esta labor, es voluntaria y en su mayor parte, es realizada por mujeres. De acuerdo a la naturaleza de las enfermedades del paciente y el tiempo de duración de la experiencia, compromete la calidad de vida,

representando hasta una duplicidad de jornada para el cuidador y ampliando sus necesidades de aprendizaje y soporte emocional para mantener su salud (Malpartida, 2020).

La sistematización considerada por los organismos internacionales responsables de la orientación del Sistema de salud, se evidencia en disposiciones establecidas en pro de la participación de la familia como pilar insustituible en los procesos del cuidado de sus miembros y en cascada, en todos los niveles de atención, se exige la presencia del familiar responsable no solo con carácter informativo, sino para la toma de decisiones y la educación requerida para la continuidad del cuidado en el hogar (Rivas et al., 2020).

A nivel nacional, en Perú, son escasos los reportes sistematizados sobre las experiencias del modelo de Familiar acompañante, se ha difundido de modo preponderante, las actividades realizadas por el cuidador familiar o primario, aun estando amparado el cuidado de las personas en salud y enfermedad, por la Constitución Política del Estado peruano en términos de derecho a la protección de su salud, el medio familiar y la comunidad (Congreso de la República, 1993).

En este sentido, el incumplimiento de la norma suprema ha llevado a cabo innumerables intentos de grupos organizados, a nivel del Acuerdo Nacional en la formulación de Políticas de Estado, el Fortalecimiento de la Familia, la protección de la Niñez, Adolescencia y Juventud, como instrumento de avance (Congreso de la República del Perú, 1993).

A nivel global, la Ley General de Salud N°28482, contempla, ante todo, medidas para la seguridad de la persona. Uno de los aspectos medulares en los enfoques actuales de calidad asistencial. La compañía del familiar cuidador, la fina observación de detalles del familiar enfermo, su delicadeza en la movilización corporal y buen tino para sobrellevar el dolor, la ira y la tristeza e incertidumbre, no tienen sustitución alguna en la interacción sistema de atención paciente (Plataforma digital única del Estado Peruano, 1997).

El contexto institucional está dado por las políticas y estrategias desarrolladas por EsSalud, desde la actualización en su organización y funciones. Constituye el ente público,

descentralizado, con personería jurídica de derecho público interno, continúa adscrito al Ministerio de Trabajo y Promoción del empleo, en estrecha coordinación con el Ministerio de Salud; su propósito es dar cobertura a los asegurados y sus derechohabientes, a través de prestaciones asistenciales, sociales y económicas (Plataforma digital única del Estado Peruano, 1999).

Al amparo de la Ley Marco del Aseguramiento Universal y su modificatoria-Decreto Supremo N° 020-2014 que aprueba el texto de la Ley N° 29344 (Plataforma digital única del Estado Peruano, 2014) realiza sus actividades afrontando la problemática propia de un país extenso, marcado por la diversidad y las inequidades. En el Plan Estratégico 2012-2016. Informa acerca de un contexto institucional organizado débilmente, con reconocida brecha de recursos humanos, infraestructura y equipamiento. Sin embargo, enfrenta la creciente demanda de servicios de salud ante el panorama de las Enfermedades crónicas No Trasmisibles y el incremento en la tasa de población adulta mayor sin haber logrado articulación en los diferentes niveles de atención.

Es notable la carga de enfermedad de la población asegurada, habiendo perdido 935,619 años de vida saludable (AVISA), es evidente la necesidad de crear y adecuar los planes preventivos y estrategias recuperativas con participación de usuarios y profesionales de la salud (EsSalud, 2014).

En este orden de ideas, en el contexto institucional, la participación de la familia en el cuidado de sus miembros se realiza desde antes de 1980 en las Instituciones Prestadoras de servicios de hospitalización pediátrica, en el marco de la protección del daño emocional y a fin de asegurar la Lactancia Materna en menores de dos años. En esta área es donde se logró mejoras significativas para los niños, al contar con programas que progresivamente han oficializado la permanencia del Familiar Acompañante, generalmente los padres (Departamento Enfermería,1980).

Uno de los pioneros en delinear las condiciones de la participación del Familiar en servicios pediátricos fue EsSalud, desde la apertura del servicio, organizó la iniciativa como Programa, contando con horarios, pases y mobiliario básico para los padres que pernoctaban en el servicio. No obstante, la experiencia no fue objeto de sistematización ni de un análisis crítico de sus resultados.

Sin embargo, EsSalud responsable institucionalmente de brindar servicios de calidad a los asegurados y familia, mantuvo el interés y la actitud de escucha a las voces de los profesionales integrantes, el equipo de salud en general y la familia, por lo que sin dejar de considerar algunas discrepancias del personal directivo y administradores, permitió que quienes desarrollaron la iniciativa en el servicio de Geriatría fueran dando forma a los procesos de trabajo en el denominado Programa Familiar acompañante principalmente entre los años 2007-2013 (EsSalud, 2016).

Años después, el incremento de pacientes de alta comorbilidad, las políticas institucionales restrictivas en lo referente a dotación de profesionales de enfermería y personal técnico y los lineamientos de estancia hospitalaria breve y alta precoz, dieron lugar a que muchos pacientes dados de alta retornaran vía emergencia para ser hospitalizados nuevamente por complicaciones evitables, mediante educación a los familiares. Estas circunstancias motivaron la gestión por parte de las jefas de servicio de Enfermería para iniciar el programa Piloto de Familiar Acompañante, que tuvo mucho éxito en los servicios de medicina, nefrología, oncología y geriatría, entre otros.

Inicialmente, no se contaba con autorización ni reconocimiento oficial y, sin embargo, las actividades realizadas por las profesionales de enfermería, formaban parte de la producción asistencial en el hospital Guillermo Almenara, nivel III. Los familiares cuidadores después de ser captados, participaban en un proceso de capacitación focalizada en la práctica de los cuidados más frecuentes a realizar en el hogar, a través de charlas y talleres con participación multidisciplinar; estrategias que formaban parte de las funciones independientes de enfermería

como parte de su perfil profesional y cuyo contenido quedó registrado en las fichas o formularios que documentaron la identificación del cuidador; las necesidades de aprendizaje y el seguimiento de las sesiones educativas con la firma y DNI del cuidador primario (Departamento de enfermería, 2009).

Entre los años 2013-2014, EsSalud incrementó su población asegurada en los tres niveles de atención y el número de egresos de hospitalización; actualizando el Reglamento de Organización y Funciones. Estableció en el Lineamiento N° 2 del Plan estratégico 2012-2016, el fortalecimiento de la población vulnerable (EsSalud, 2014).

En el 2015, frente a un 49.1% de desconfianza de los asegurados por los tiempos prolongados de espera para ser atendido y el descontento general por el trato y la falta de información, puso en acción el Plan de Humanización de la atención. Iniciativa destinada a promover la participación del entorno familiar en el cuidado de personas en riesgo y durante la hospitalización en establecimientos de salud. El propósito apuntaba a conseguir la integración familia-personal de salud, asegurar el soporte emocional del enfermo, la formación del cuidador en aspectos teórico-prácticos para desarrollar las habilidades básicas del cuidado en el hogar (EsSalud, 2016).

En este contexto contribuyeron los planes operativos de Calidad y la declaración oficial de las políticas respectivas, permitiendo que la iniciativa familiar acompañante cobrara fuerza y su práctica se extendió a otras Instituciones Prestadoras de Servicio nivel III y II. El Programa Familiar acompañante se implementó en siete establecimientos de la Red Asistencial Almenara; contando con los aportes de la Directiva N° 004-Gerencia General de EsSalud-2015, donde se plasma las pautas oficiales para el desarrollo de la Estrategia Familiar Acompañante-Cuidador Primario en las Instituciones Prestadoras de Servicio de EsSalud (IPRESS), enfocado a la promoción del cuidado del paciente vulnerable dependiente en hospitalización y luego en el hogar a partir de procesos de captación y entrenamiento de un integrante de la familia (EsSalud,2016).

A tal fin, se elaboró de manera participativa, con las jefas de enfermería un documento técnico denominado “Programa familiar Acompañante” que contemplaba los procesos a realizar, los fundamentos, la metodología, cronograma y roles de enfermeras, pacientes y cuidadores familiares, denominados estos últimos, cuidadores primarios. Al difundir el quehacer en el Programa Familiar Acompañante como Sub gerente de Control del Cuidado al paciente y con mayor disponibilidad presupuestal, la iniciativa tuvo la respuesta esperada por parte de directivos de la Gerencia Central. Gracias al impulso y perseverancia de esfuerzos, Enfermería consigue la oficialidad de su iniciativa en la Estrategia, mediante la Directiva que materializa el alcance de la propuesta. Quedó definido el valor de la actividad, su relevancia para el bienestar familiar y se esbozó una relación más benéfica costo efectividad para la Institución (EsSalud, 2016).

Durante el año 2016, reconociendo la existencia de un Modelo de atención centrado en la oferta más no en la demanda, se difundió el Modelo de Cuidado estandarizado y progresivo de Salud (MOCEPS) logrando la institución, el enlace de la atención primaria en sus componentes preventivo promocional y no únicamente recuperativo; las acciones de cuidado se postulan centradas en la persona, de tipo participativo y continuo, documento que favorece la implementación generalizada de Familiar Acompañante.

De modo paralelo a la socialización de la Directiva y a lograr el consenso necesario, se inició el registro de las actividades en los formatos establecidos, desde la captación del cuidador primario para su educación y entrenamiento, el resumen de sus problemas y necesidades, así como su nivel de satisfacción con el programa. Más adelante fue posible el diseño de procesos de mejora continua de la calidad y publicaciones; sucesos que culminaron con el otorgamiento del I Puesto en el Encuentro Nacional de la Semana de la Calidad (Ministerio de Salud, 2009).

Dos años más tarde, a nivel institucional se incorpora las actividades de la Estrategia Familiar Acompañante en el Plan Operativo Institucional, aspecto que posiciona aún más el

quehacer profesional con reconocimiento anual mediante resoluciones directorales para los comités técnicos responsables del programa a nivel de cada centro asistencial y amplio apoyo al disponer de recursos presupuestales. Hasta el año 2018, se implementó la estrategia en 6 hospitales y 3 policlínicos de la entonces Red Desconcentrada Almenara. En este contexto, la Estrategia se encontraba altamente estructurada, hecho que permitió la articulación sistematización-seguimiento y evaluación.

El acompañamiento del cuidador primario en condiciones naturales en la vida familiar, data desde la década del 70, haciéndose cargo de la satisfacción de necesidades básicas, afectivas y sociales del paciente, especialmente del adulto mayor, describen cansancio físico y presión emocional por las actividades que abandonan para dedicarse al cuidado. Subyacen en esta realidad como motivos, el evidente crecimiento de la población mayor de 65 años.; ellos refieren necesitar mayor información, sentirse seguros, alcanzar proximidad y entendimiento con el enfermo, conservando la esperanza (EsSalud, 2016).

Se trata de un rol que satisface necesidades semi ocultas como consecuencia de los cambios poblacionales y en el comportamiento epidemiológico que se caracteriza por el aumento de las enfermedades crónicas, neoplásicas y la marcada discapacidad que generan. Urge el apoyo a este grupo cuya acción plantea retos organizativos para la unión familiar y coherencia en las funciones del sistema.

Es pertinente acotar, que el aporte de la experiencia del cuidador primario debe ser analizado en un contexto más amplio, superando los enfoques cortoplacistas y la perspectiva costo e en el Sistema de Atención de la Salud efectiva que suelen compartir algunos gestores dentro y fuera de la institución. La posibilidad de contribuir en la oferta de un cuidado más seguro, eficiente, continuado y humano, es parte del valor agregado del servicio que se anhela recibir cuando la persona se torna dependiente y ve limitadas sus capacidades.

Bases epistemológicas

En el aspecto ontológico, el estudio parte de una visión de la realidad, a modo de espacio objetivo y subjetivo, que permite conocer cuanto acontece en los hechos cotidianos, enfatizando la perspectiva de la teoría crítica. Al realizarse el fenómeno de estudio en la institución sanitaria de EsSalud y por un lapso determinado, es comprensible que los aspectos socioculturales desarrollados, se encuentren moldeados por la finalidad, las políticas, los valores corporativos y los lineamientos económicos, relacionados con la cobertura de servicios brindada y deseable de ofertar a la población asegurada (Do Prado et al., 2013).

En este espacio institucional, profesional y familiar, se realiza la experiencia de la Estrategia Familiar Acompañante, mediante interacciones entre el personal responsable de la gestión, directores, jefes, administradores; además de los profesionales de la salud, personal técnico y los familiares responsables del cuidado del ser querido, cuya salud se encuentra comprometida o en vías de recuperación. A ambos, institución y familia, interesa aplicar el conocimiento, compartirlo mediante entrenamiento específico, en aras de garantizar el bienestar del enfermo y su recuperación en el ambiente hospitalario y luego en su hogar: la necesidad de asegurar la continuidad del cuidado crea un proceso de práctica real.

Los procesos de cuidado, educación y soporte realizados por los profesionales de la salud en la Estrategia dirigida al cuidador familiar o primario, las reflexiones desarrolladas por profesionales y familiares unidos a los resultados obtenidos, integran la experiencia que constituye la fuente de lectura, de donde se extrae los testimonios de los actores participantes posibilitando la comprensión de significado (De Souza, 2006).

La experiencia a la luz de la Sistematización, se centran en tres supuestos epistemológicos:

El descentramiento del saber social, caracterizado por no ser exclusivo de la ciencia, ni producción de ésta, sino parte de la construcción cultural o ethos del hombre.

La existencia innegable del saber en la práctica, entendiendo que el saber no corresponde a la ciencia como único espacio, el saber social antecede y continúa más allá de la indagación científica.

El saber social tiene dimensiones ética y política, entre otros. Hace referencia al estudio y productos de hechos que se relacionan con la vida común, las relaciones entre ellos. Poseen también raigambre científica (Barragán-Giraldo et al., 2020).

Se trata de una experiencia de difícil objetivación y sentido, sino se sistematiza: recupera, ordena, jerarquiza, entre otros, para su interpretación. Las prácticas se llevan a cabo de una manera dinámica, constante luego de su inicio, de modo multidimensional y representan una fuente que amerita interpretación profunda a través de la hermenéutica dialéctica, enfoque que busca hacer comprensible la experiencia vivida por los actores sociales antes señalados (Ghiso, 2011).

La hermenéutica persigue la comprensión de los textos generados por los actores sociales, en términos de expresiones de lenguaje, documentos, entrevistas, imágenes u observaciones que se desarrollan en la experiencia vivida. El hombre es considerado como sujeto histórico, poseedor de libertad y orientado por necesidades a satisfacer en contextos variados, gracias a la comunicación y al uso de los símbolos (Gadamer, 2016).

La experiencia realizada en la Estrategia Familiar Acompañante como otras propias de los procesos sociales, no solo reviste formas de acuerdos o convergencias, también pueden contener contradicciones, dadas las diferencias de contexto sociocultural y las expectativas personales y familiares. Por ello, la hermenéutica requiere acompañarse de la postura crítica o dialéctica, capaz de interpelar por el valor y sentido de un cambio logrado, de una limitación no

superada, de la fidelidad a los testimonios expresados y la adecuación al proceso vivenciado (Do Prado et al., 2013).

La autora conduce la necesaria postura de mente abierta, que expresa asumir las convergencias y contradicciones de modo crítico y reflexivo, a lo largo del avance del plan desarrollado en la Estrategia objeto de estudio, hasta visualizar la transformación alcanzada en la singularidad de la experiencia. Mientras la hermenéutica releva el papel del contexto, los testimonios y preconceptos, para comprenderlos; la dialéctica analiza las convergencias y contradicciones, hasta llegar a una forma de consenso o síntesis mediada por la relevancia o irrelevancia de las afirmaciones y su coherencia con el conocimiento evidenciado.

Gadamer (2016) aporta desde su enfoque de hermenéutica filosófica, la intencionalidad de transparentar los fundamentos que orientan a las personas a lo largo de la historia, al tipo de conocimiento que deben producir, siendo la base, el diálogo entre quienes interactúan en un proyecto o estrategia aplicada.

Por su parte, Habermas (1984), argumenta que, el centro de la hermenéutica dialéctica, es la comunicación; enfoca el estudio de la práctica social teniendo en cuenta que los actores sociales viven situaciones diversas y en contextos particulares, manifestando intereses específicos que pueden motivar la cohesión o la desunión. No obstante, Habermas ubica a la crítica en un lugar preponderante en relación a la hermenéutica, afianzando de este modo el enfoque del valor de la acción comunicativa, que permite a las personas expresar y construir el conocimiento creado sobre su realidad individual y el aporte a la construcción del conocimiento colectivo (Hernández-Sampieri y Mendoza, 2018).

Los productos del análisis de la experiencia sistematizada, son los nuevos saberes ligados a la forma de pensar, sentir y actuar de los actores sociales involucrados en los procesos asistenciales y administrativos inmersos; en ellos intervienen elementos políticos de Essalud, los valores corporativos de sus miembros, el sentido de la visión y misión y las

actividades declaradas en sus planes de acción; del mismo modo, participan los fines presupuestales al igual que los anhelos y recursos de la familia (Sánchez, 2016).

El cuidador primario, como sujeto generador de conocimiento del cuidado en el hogar, es una totalidad viviendo la historia, objetivos, métodos, limitaciones y logros de la Estrategia Familiar Acompañante, experimenta la presencia institucional y desde la subjetividad, forma sus impresiones, sentidos o significados en torno a lo vivido.

El conocimiento generado en esta práctica es fruto de la reflexión acerca de las actividades compartidas en el ambiente hospitalario y en el domicilio del enfermo, por ello el desarrollo de la experiencia sistematizada en Familiar acompañante, se transforma luego de la reconstrucción de la experiencia, en el centro del análisis, haciendo luz en los aportes, limitantes y el descubrimiento de potenciales rutas para ofrecer mejores alternativas en el cuidado del familiar cuya salud está comprometida.

Desde esta óptica, Jara (2018) estima el valor de la Sistematización de Experiencia que, realizada en la práctica, destaca una competencia de las personas, extensible a múltiples aspectos de la vida e inseparable de su historia, cultura, vida política y movimiento económico. La práctica no se constituye solo de acciones, es también el habla ligada a ellas, no son hechos aislados sino una construcción en la que se entrelazan: intereses, necesidades, testimonios y relaciones mutuas y una trayectoria que revela la tensión de las diferentes miradas de los actores sociales, las intencionalidades y expectativas, donde no siempre van de la mano, el pensamiento el discurso y la acción.

Es vital reconocer que, como espacio de comprensión, la práctica da sentido a la experiencia, movilizando saberes, comprometiendo el conocimiento con la acción e interpellando la suficiencia del conocimiento construido, para descubrir nuevas formas de comprender la realidad, crear y recrear, significar y resignificar la experiencia (Sánchez, 2016).

En síntesis, conocer el significado de una experiencia, requiere su sistematización, reflexión acerca de todo el conocimiento generado en los diálogos, entrevistas y documentos,

en las reuniones. En esta información puede descubrirse lo que se sabe y lo que no se conoce, las acciones y sus aportes o limitantes, porque la práctica tiene que ver con los otros, es dialógica, se construye junto a otros (Ghiso, 2011).

Por otro lado, al interior del espacio del profesional de enfermería, cabe fundamentar el qué y el porqué de su participación e intervención en la experiencia sobre Familiar Acompañante. La claridad viene dada por Allen, teórica docente enfermera, quien coherente con la trayectoria realizada en la Universidad McGill en Canadá, se inspiró en el Modelo de Promoción de la Salud en la familia (1980). Esta personalidad en la profesión logró este alcance desde el enfoque sistémico (Wright y Gros, 2012).

Moyra Allen, identificó seis aspectos priorizados en la cultura de formación de las futuras enfermeras, bajo el enfoque de enfermería receptiva a la situación, definiendo postulados relevantes:

El centro del cuidado se encuentra en las personas y familias y no en el sistema de atención.

Los cuidados profesionales son efectivos cuando se realiza una valoración genuina, se atiende los problemas, se respeta de modo permanente la singularidad de cada persona y familia.

Se cuida a personas que experimentan los efectos de una enfermedad, no a ésta como tal.

La enfermera aprende en su interacción, del paciente y la familia, debido a su profundo conocimiento de la condición humana e integra la teoría y la práctica, usando la reflexión.

Centra su atención en las necesidades de la persona y los familiares, en una relación abierta, sin autoritarismo, rigidez ni paternalismo, persiguiendo fortalecer capacidades de estos recursos autónomos.

La familia y los cuidadores primarios, como personas responsables de su salud, necesitan encontrar sus propias soluciones, por lo que el diálogo y aprendizaje colaborador, es

facilitado por las profesionales enfermeras, se busca optimizar los puntos fuertes de la familia, de manera metódica, con excelencia y sensibilidad (Gottlieb, L. y Gottlieb, B., 2015).

En este Modelo, la salud se construye a pesar de la existencia de alteraciones, no es un estado ni una finalidad; Enfermería es asumir que la familia es la unidad de cuidado; el entorno es el contexto en el que la persona vive y el espacio donde realiza aprendizaje de los hábitos saludables y encuentra el significado de la salud. La persona tiene el poder de transformar su realidad.

Para Araya-Cloutier y Ortiz-Salgado (2010) es un modelo correspondiente al Paradigma de la integración y puede aplicarse en variados ámbitos del ejercicio profesional. Desarrolla tres conceptos interrelacionados; la salud como recurso valioso en el desarrollo de una nación, la colaboración familiar y el aprendizaje. Desde esta visión, la profesional de enfermería asiste a la familia en el desarrollo de su potencial, acompañando y motivando a sus miembros, en un proceso continuo de aprendizaje para el manejo de situaciones que comprometen el bienestar.

Gottlieb, L. y Gottlieb, B. (2015) revela que el peso de la acción educativa en enfermería se enfoca en desarrollar las fortalezas de las personas, promoviendo y optimizando sus actitudes, habilidades y recursos. La enfermera acompaña y empodera a los familiares participantes en el cuidado, sin imponer o decidir por la familia, junto al equipo profesional de la salud, es corresponsable en el desarrollo de una experiencia favorable de aprendizaje.

Bases conceptuales

La experiencia, sentido y relevancia.

Aun siendo un término controvertido y polisémico, comprende toda actividad concreta que ocurre o sucedió durante la ejecución de un proyecto; genera saberes desde la práctica vivida persiguiendo la extracción de aprendizajes que comprenden y propician la mejora de determinada intervención. Incluye un carácter dual al relacionarse con cuanto acontece en el mundo exterior como en la interioridad de la persona, presentando fuentes de tensión epistemológica al indagar en ella la existencia del conocimiento (Martínez et al., 2021).

Tener experiencia, implica haber vivido los acontecimientos cuyo saber se busca, siendo un beneficio, permitir la disposición a situaciones nuevas por conocer, facilita la auto comprensión y comprensión del otro en un juego de intersubjetividades que favorece la búsqueda y aceptación de nuevos saberes. La experiencia puede ser de naturaleza social o académica implicando siempre formas variadas de comunicación colectiva, es diferente de la experiencia individual. Cuando en una experiencia, se demarca un periodo, el esfuerzo se concentra en recordar lo vivido, a manera de eventos, posibilitando su narración para ser conocidos (Barragán-Giraldo et al., 2020).

La experiencia a sistematizar puede tener diferentes momentos, puede ser un evento acontecido o un proyecto en desarrollo. No obstante, la experiencia colectiva es el pilar de la sistematización, conduce no solo a generar nuevos saberes y a empoderar a los actores involucrados sino permite acceder a la innovación en la formulación de las políticas públicas.

Desde la perspectiva de Jara (2018), la experiencia es el resultado de procesos sociales dinámicos que se comportan en permanente cambio, de manera compleja, contradictoria, interrelacionada y vinculada a diversos factores objetivos y subjetivos.

En el estudio de las experiencias, es indispensable valorar: el contexto en el que se desarrollan, la particularidad de las situaciones que enfrentan, los propósitos que desean lograr, la percepción de los diferentes participantes respecto a los beneficios, dificultades y resultados logrados, así como las relaciones entre los participantes de un acontecimiento de interés. El sujeto de la experiencia es la persona que vivió determinados hechos, procesos o situaciones que de diversas maneras han causado un impacto en ella y sin embargo, equivalen a la relación de esta persona con un aspecto de la realidad que no le pertenece, que es distinta a ella y también es una relación entre quien ha vivido la experiencia y los demás, cada acción que impacta al individuo como tal puede tener repercusiones en sus vínculos con los otros, pudiendo ser estas experiencias: sensibles, cognitivas, relacionales o laborales (Larrosa, 2006).

La experiencia de todo actor social se desarrolla en el tiempo, es materia de conocimiento, comprensión e interpretación y aunque se valora hacia el pasado como fenómeno vivido, la intencionalidad consiste en que una vez organizada y sistematizada, contiene valiosas lecciones para la transformación de la realidad futura en un proceso inacabado.

Para Mélich (2011) la experiencia como fuente para la interpretación crítica y reflexión de lo vivido y los roles desempeñados, tiene una triple dimensión cognitiva, afectiva e histórica, por ello se vincula a los referentes contextual, epistémico y metodológico para su cabal comprensión. Las categorías una vez dilucidadas son fuentes de saber, base de retroalimentación o referentes de las mejores prácticas en el cuidado de la salud.

Parafraseando a (Andrade et al., 2014) quien parte de la subjetividad de los actores sociales y se centra en los aspectos cognitivos de la experiencia, el valor de ésta radica en que aun estrechamente ligada al contexto y por lo tanto, con horizontes definidos de inicio y fin, también poseen la posibilidad de que al ser revisadas y reflexionadas, la posibilidad de direccionar la necesidad de cambios, afianzamiento o innovación.

Los actores sociales.

La participación en el desenvolvimiento de la vida social es antigua en algunos espacios del escenario mundial, expresa el derecho de las personas a intervenir en las decisiones que atañen a su vida, bienestar y desarrollo. En tal sentido puede llevarse a cabo por la persona, grupos de personas o entidades, que representan los intereses del actor, y que además trabajan para conseguir objetivos o cumplir roles que el contexto le impone (Miranda, 2008).

La participación o acción de actores sociales con capacidad, habilidad y oportunidad para identificar problemas, necesidades, definir prioridades, formular y negociar sus propuestas, es una realidad a la que nadie debe sustraerse. Las necesidades de atención de la salud serán cada vez mayores y los recursos para atenderlas, más escasos (López-Bolaños et al., 2017).

Actores sociales, son personas, grupos o entidades, que representan los intereses o asumen roles determinados en un esfuerzo por alcanzar metas u objetivos concretos. Actúan entre sí en procesos políticos, sociales, culturales y económicos en esferas valiosas o significativas en la Sociedad, en un contexto específico. Cumplen funciones de representatividad, ostentan diferentes cuotas de poder, disponen de recursos en diversa medida y los campos de intervención pueden abarcar sectores empresariales, gobierno nacional, regional o local, ámbitos institucionales en sectores definidos y aún en el nivel familiar (Málaga et al., 2019).

Cuidador primario, evolución en el rol.

El cuidador primario es aquel miembro de la familia dispuesto a brindar su tiempo y energía, por tiempo generalmente indefinido, para brindar cuidado básico a su ser querido. Más de una vez, requiere prepararse mientras el paciente permanece hospitalizado, con el apoyo del personal de Enfermería, de manera que las medidas de cuidado, el soporte emocional y acompañamiento que el enfermo necesita, le resultan familiares (Moral-Fernández et al., 2018).

Por otra parte, el diseño arquitectónico de las instituciones prestadoras de servicios no siempre está de acuerdo a las necesidades de comodidad, comunicación, privacidad, seguridad y descanso requeridos, motivando temor e insatisfacción del paciente y familiares, que no dudan en solicitar su permanencia junto al enfermo hospitalizado. En este aspecto, resulta central el papel de cuidador primario antes llamado cuidador familiar, en el sentido que, siendo miembro de la familia donde alguien enferma, no todos se encuentran en la capacidad de brindar cuidados y tampoco en disposición de realizarlo (Martínez et al., 2022).

Es ahora quien conoce, percibe y detecta los cambios en el bienestar del paciente para llevar a cabo las acciones de alivio o canalizar la solución.

Las funciones que desempeña, la representatividad y campo de acción, le asisten por el parentesco con el enfermo y solo se redefinen las facultades que puede

tener o no en lo referente a la administración de fármacos o la utilización de recursos que corresponde a decisiones profesionales (EsSalud, 2016).

Enseñar a cuidar al paciente en su hogar.

El cuidado históricamente presente desde el origen de la humanidad, está inmerso en muchos individuos, familiares y grupos comunales a modo de sello, por el cual las personas tienden espontáneamente en su mayoría, a prestar ayuda y protección. En el transcurso de la historia y asociada al género, es la mujer quien satisface mayormente esta necesidad (Collière, 1993).

Con la profesionalización de enfermería y su ingreso doble a las entidades hospitalarias y de formación universitaria, el cuidado se va incorporando con sentidos y en áreas diferentes, en respuestas a las exigencias de diversos contextos: hospitalario, hogar, estrategias preventivo promocionales de tipo ambulatorio, impregnando los espacios sociales, entre aciertos y contrariedades, siendo percibido en sus facetas de compasión, actitud comprensiva y empática, empeñada en controlar riesgos múltiples y en actitud de desvelo, entre otros (Boff, 2012).

De manera que, se ha esclarecido que para cuidar no basta sentir la necesidad, sobre todo, ante personas entre quienes existen nexos de parentesco y afecto natural que producen un tipo de relacionamiento de mutua pertinencia y beneficio. Es deseable también la firme voluntad de cuidar y desarrollar la competencia para realizar el cuidado de las personas (Waldow y Figueiró, 2008).

Bajo esta perspectiva, cuidar necesita conocimiento y cuando se realiza en hogar, por lo general, comprende medidas que siguen a procesos agudos, donde se brinda cuidados hospitalarios, preparando a pacientes y familiares para la transición a cuidados más sencillos, de tipo práctico, orientados a satisfacer necesidades básicas integrando en ellas, el manejo de

las emociones y relación del paciente con personas de su entorno. En otras oportunidades, se requiere también, brindar soporte mientras dura la existencia.

Esta realidad cada vez más tangible, es parte de la valoración que realiza la enfermera cuando crea espacios de confianza en la interacción con la familia; si la profesional enfermera siente orgullo y se identifica con la esencia y formas de cuidar, estará en condiciones de involucrar a integrantes de la familia deseosos de ampliar su conocimiento en acciones formales que le permitan aprender a cuidar de sus seres queridos, acopiando a tal fin, el uso de técnicas e instrumentos que poco a poco, empoderan al familiar para desarrollar cuidados destinados a evitar eventos adversos a la recuperación del paciente, acompañarlo con cariño y actitud comprensiva y dar solución a las molestias esperadas (Waldow, 2009).

La enseñanza del cuidado del paciente en el hogar, demanda planificación, motivación del familiar para su activa participación, trabajo interdisciplinar y articulación de mecanismos de monitoreo para lograr la retroalimentación oportuna de los esfuerzos iniciados; crea por ello compromiso y expresa el liderazgo en el equipo interdisciplinar (Waldow y Pereira, 2020).

Articulación de experiencias.

La etimología del término articulación desde el latín “articulatio”, conlleva su sentido de unir o enlazar, propiamente integrar varios aspectos de un todo a modo de fragmentos de una realidad o aspecto de ella, de manera que articular experiencias, conduce no solo a su conocimiento o comprensión de significados, sino que lleva la necesidad implícita de promover el funcionamiento más idóneo de las enseñanzas que las experiencias puedan mostrar (Jara, 2018).

Articular experiencias requiere que éstas existan por separado para cada actor social, que los contenidos posibles en estas, mantengan su identidad y que se procesen a través de canales mediadores que preserven en todo momento la libertad de expresión de cada actor, toda experiencia es valiosa y cada uno de los actores se involucra en la experiencia de los otros (Guzmán y Saucedo, 2015).

Entrelazar experiencias amerita considerar también que, cada experiencia entre diversos actores sociales se lleva a cabo en tres lógicas: integración, por lo que las experiencias han de describirse lo más fidedignas posibles; las estrategias, en las que se ha de considerar el papel que juegan los intereses de cada actor desde el rol que desempeña en un determinado contexto, como el contexto de atención de la salud y la subjetivación, que comprende la presencia del actor social en su rol de sujeto crítico de la realidad.

Para Ariza et al. (2022) el esfuerzo de articulación de experiencias se lleva a cabo anclado en el modelo vigente de gestión institucional. Es la búsqueda de la medida de aproximación de prácticas coherentes con el modelo vigente, el aspecto motivador que direcciona las posibilidades de articular los resultados y procesos ya logrados para dar continuidad a la mejora en un determinado servicio, como el cuidado de las personas cuya continuidad requiere mecanismos entre la atención hospitalaria y el seguimiento del cuidado en el hogar.

Estrategia Familiar Acompañante.

La Estrategia Familiar Acompañante responde a las necesidades de cuidado familiar expresado principalmente para pacientes vulnerables y/o dependientes, mientras se encuentran internados en el hospital y luego de su alta al domicilio. EsSalud delega el costo de la implementación de la estrategia en las Redes desconcentradas y hospitales nacionales, para ser aplicada en IPRESS de nivel II y III a nivel nacional.

Esto tiene el objetivo de promover el cuidado permanente del paciente vulnerable o dependiente, mediante la identificación y capacitación de un integrante de la familia, llamado cuidador primario o un representante legal (EsSalud, 2016). Enmarcadas dentro de las políticas de mejora de la calidad y la atención integral.

Persigue específicamente: captar a la persona que asumirá el cuidado del paciente en el hogar, para su capacitación como cuidador; desarrollar capacidades para ejecutar el propio cuidado y el del paciente; involucrar a otros familiares como cuidadores de modo que impida el

estrés del cuidador único; en presencia de estrés, brindar el soporte interdisciplinario que amerita el cuidador primario; incluyendo siempre la capacitación y sensibilización del personal de salud que participa en la estrategia. Se promueve con proyección a todas las IPRESS a nivel nacional (EsSalud, 2016).

La población beneficiaria son los cuidadores familiares y su familia, el personal de salud, quienes participan en la atención de gestantes, pacientes pediátricos, adultos mayores, personas en diálisis, radioterapia, quimioterapia y en etapa terminal.

Líneas de acción de la Estrategia Familiar Acompañante.

Abarca: El soporte de pares, que permite intercambio de conocimientos, experiencias y afectos que fortalecen al cuidador primario.

Prevención del estrés del cuidador, detectable mediante instrumentos interdisciplinarios y participación en la dinámica familiar para ampliar la comprensión de los riesgos del cuidado prolongado.

Entrenamiento y empoderamiento del cuidador, que posibilita el desarrollo de habilidades básicas para detectar signos de alarma, prevenir úlceras por presión, bajo los principios de la educación de adultos.

Participación en la vida familiar, propiciando la formación de más de un cuidador, de modo que se evite la sobrecarga del cuidador único; actitud de escucha activa frente al cuidador primario, respecto a sus necesidades, problemas, expectativas, reclamos y sugerencias.

Motivación y estímulo del cuidador mediante medidas de reconocimiento que motivan su interés y la oferta de mejores condiciones de comodidad y seguridad en el entorno de cuidados hospitalario, que suele ser deficitario y producir agotamiento.

Para implementar la estrategia se tomará en cuenta, la selección de profesionales idóneos respecto a saber escuchar, capacidad docente, buen observador y posibilidad de cumplir el horario según demanda.

Requiere programación anual de actividades y monitoreo de cumplimiento

Desarrollo de actividades de entrenamiento a los cuidadores primarios y personal de salud.

Formación de equipos de trabajo que aseguren el impacto; estos equipos serán oficializados mediante resolución del director de la IPRESS (EsSalud, 2016). El citado documento contempla también 3 grupos de procesos en el desarrollo de la estrategia, que comprenden grupos específicos de procesos, entre los cuales los más representativos son:

Tabla 1.

Procesos -Estrategia Familiar acompañante-cuidador primario

Procesos operativos	Procesos de soporte	Procesos estratégicos
1. Captación del Cuidador Primario y familiar responsable	1. Identificación de estrés del Cuidador.	1. Medición de la calidad y mejora continua.
2. Valoración de necesidades de entrenamiento	2. Evaluación de la dinámica familiar.	2. Acreditación de cuidadores primarios.
3. Programa de capacitación	3. Integración del C.P a redes de pares	3. Interiorización del conocimiento de aspectos de salud en los CP
4. Alta del programa	4. Contar con CP en mayor número	4. Contar con CP que pueden ayudar en los GAM
5. Seguimiento post alta.	5. Impedir el reingreso del paciente por complicaciones en el hogar	5. Disminución de los costos hospitalarios por reingresos de pacientes

Fuente: elaboración propia en base a R.GG. N° 990-Essalud-2015.

Sistematización de experiencias.

En esencia, es un proceso teórico metodológico que persigue construir conocimiento y orientar nuevas experiencias en el campo de las prácticas sociales. Surge entre las décadas 60-70 en América Latina bajo la necesidad del saber social; se elabora a partir de la recuperación e interpretación de la experiencia para darle sentido en un proceso reflexivo y hacer posible la evaluación crítica de su contenido y aportes (Mera, 2019). Comprende a su vez, la reflexión individual y colectiva que abarca el análisis de las experiencias vividas por los actores sociales, de manera que, en la reconstrucción ordenada de las actividades, se posibilite una mirada crítica, capaz de producir nuevos conocimientos (Jara, 2018).

Por una parte, y en de modo sinérgico, se enfatiza que, a partir de la sistematización se realiza la conversión de práctica a teoría, porque la reconstrucción de las experiencias y su análisis crítico con participación de los actores involucrados, organiza inmediatamente el saber generado en la materia prima de la experiencia. Adiciona a su vez que, se trata de una primera teorización sobre la práctica, porque se interpreta las experiencias para comprenderlas, transmitir las y más adelante poder confrontarlas con otras experiencias o con la teoría existente.

Del análisis de elementos comunes en los diversos enfoques, Jara (2018) sintetiza que, la sistematización de experiencias consiste en una interpretación crítica, donde al ordenar y reconstruir determinada experiencia, es posible descubrir la lógica y el sentido del proceso vivido, a fin de develar aristas de cambio útiles a las instancias involucradas. El conocimiento generado puede potenciar la práctica futura con sentido de responsabilidad y protagonismo histórico.

Se trata de ubicar dentro del discurrir de un evento histórico complejo, el modo de intervención de los actores sociales en un contexto determinado y en un momento institucional; la experiencia debe estar documentada, sin registros es imposible su reconstrucción. De la misma manera, la sistematización se relaciona con experiencia relevante entre las cuales es posible identificar patrones regulares y cumplimiento de alcances pedagógicos y sociales propuestos en un estudio. Sistematizar no es solamente narrar experiencias, describir procesos o clasificar, ordenar y disertar información obtenida, es interpretar el significado y dar cuenta del porqué se realizó de una forma específica, Ghiso (2006) afirma que representan el esfuerzo de apropiarse de los significados y consecuencias de la experiencia, identificando los saberes descubiertos.

La sistematización de experiencia conlleva una intencionalidad inherente a un contexto específico, se interrelaciona con los componentes del proyecto o estrategia a analizar y toma en cuenta la forma de valorar comportamientos inmersos en posibles soluciones a un problema

o necesidad social. También permite incluir, reconocer y dejar expresarse a los actores sociales que participan en una actividad compleja, contribuyendo a su empoderamiento (Do Prado et al., 2013). Por esta razón, su carácter es participativo.

De igual modo, es pertinente esclarecer que la sistematización de experiencia se refiere a proyectos, programas o estrategias en desarrollo, pueden ocuparse de diferentes temporalidades, al inicio, durante o después de finalizar estas actividades. Los objetivos primordiales, en impulsar transformaciones establecen propuestas concretas (Cassette y Paredes-Carbonell, 2020).

Aspectos clave en sistematización de experiencias.

Los sujetos de estudio son los actores que participan en la experiencia y con quienes se trabajará el desarrollo de la investigación durante el periodo señalado.

Cobra especial interés, el contexto, comprendido como todo escenario en el que se movilizan socialmente los actores, un lugar y tiempo, condiciones económico sociales, políticas y culturales.

Las características que corresponden al marco interpretativo de las estrategias desarrolladas en el proyecto (Jara, 2018).

La existencia de situaciones específicas como puede ser la relación entre el sistema de atención de la salud y quienes viven en el hogar del enfermo; aspecto que configura variada complejidad.

Las actividades que, aun siendo normalizadas en parte, pueden ejecutarse o no, durante la experiencia. Las percepciones, emociones e interpretaciones de los participantes.

Los resultados que comprenden los efectos o consecuencias que pueden cambiar la realidad según se alcancen o no los objetivos previstos.

Las relaciones entre personas, pueden deberse a los cambios generados durante el desarrollo del proyecto, pueden revestirse de diversas cuotas de poder, resistencia, opresión u

otras, según se desarrollen en contextos solidarios, de armonía y respeto, preservando la autonomía (Ariza et al., 2022).

Los autores con expertiz en Sistematización de experiencias, varían en la definición de pasos a seguir en el diseño, preservando puntos en común; es casi generalizada la ejecución del proceso en cinco pasos que permiten la visualización de la ruta a seguir:

El punto de partida: la experiencia vivida ¿Quiénes vivieron la experiencia? permitiendo su organización y cómo la valoran.

Finalidad de la sistematización: ¿Para qué sistematizar la experiencia de Familiar Acompañante? ¿En qué lugares específicos? ¿En qué periodo? ¿En qué aspectos centrales? Tratando de identificar el hilo común del proceso vivido.

Recuperación de la experiencia: describir cronológicamente los hechos compartidos, clasificar en motivaciones, acciones realizadas, logros y/o dificultades.

Reflexión integral: Analizar lo que la experiencia comunica, interpretar cada parte por separado en los sucesos, aprendizajes, coincidencias y controversias.

Luego tratar de abstraer y conceptualizar acerca de los factores identificados tanto a favor como en contra, tratando de responder ¿Por qué ocurrió de esta forma?

Puntos de llegada: descubriendo el sentido de los resultados para establecer conclusiones y evaluar las alternativas propuestas y posibles nuevos caminos.

Capítulo III

Materiales y métodos

Tipo de estudio

Fue una investigación según el método cualitativo, enmarcado en el paradigma socio crítico, a partir del conocimiento de las experiencias vividas por los actores sociales que participan en la Estrategia Familiar Acompañante, y el análisis del contexto en que se llevan a cabo.

Luego de explorar el sentido de las experiencias, su transparencia y/o contradicciones, es posible reconstruir la trayectoria y contenido de la experiencia, utilizando el proceso crítico reflexivo que posibilita comprender el sentido que tuvo para los participantes, las experiencias vividas y construir algunas lecciones del intercambio de responsabilidades entre el personal de enfermería que labora en el contexto hospitalario y la familia como pilar terapéutico en la transición del hospital al hogar. La socialización de los resultados y revisión de aprendizajes construidos entre los actores sociales condujo a la formulación de alternativas para las transformaciones deseadas (Ariza et al., 2022).

De esta manera se logró fortalecer el anhelo por encaminar esfuerzos en esta búsqueda natural, holística y circular del conocimiento, que posibilitó el quehacer de la familia a través del entrenamiento del cuidador primario. Esta nueva ruta, permitió el encuentro de experiencias singulares y algunas veces inéditas, convergencias y divergencias y aun, las bases profundas de la conducta humana frente a los fenómenos cotidianos relacionados con la salud y de alta demanda en la vida institucional y social; tal como es el cuidado familiar, el desempeño de los profesionales de enfermería frente al cuidador primario y el personal directivo responsable de viabilizar las políticas de integralidad y calidad del sistema prestador de servicios de salud.

Diseño

El abordaje compatible con el objeto de estudio, fue la sistematización de experiencia; este enfoque considera la experiencia como parte fundamental de procesos sociales dinámicos que se desenvuelven en permanente cambio, de modo complejo y a veces contradictorio.

Se trata de la sistematización de una experiencia en curso, integrada en tres momentos principales: iniciativa de desarrollo incipiente en etapas previas; la implementación de la Estrategia Familiar Acompañante, materia de la experiencia y la valoración crítica de logros, aprendizajes e impacto en el periodo seleccionado (2013-2018), de tipo retrospectivo.

En consecuencia, para adentrarse en la trama vivencial y potencialmente prometedora de una experiencia, fue indispensable seguir un proceso reflexivo, intentando dejar hablar a la experiencia; participativo y riguroso, que luego del ordenamiento, reconstrucción de los hitos más importantes y actividades relevantes ejecutadas, facilitó la interpretación crítica de los resultados en términos de aprendizajes, logros, identificación de facilitadores y factores limitantes, inmersos en los logros alcanzados en las áreas del conocimiento, destrezas técnicas, emocional e historia institucional (Mera, 2019).

El contexto histórico social en el que se insertó la experiencia de los actores sociales en la Estrategia familiar Acompañante, como proyecto implementado en salud, ameritó la fortaleza analítica de la hermenéutica dialéctica. Abordaje que asume de manera comprensiva y crítica, el significado del intercambio de experiencias de los participantes en el cuidado de personas vulnerables y/o dependientes, el rol jugado por el personal directivo y los profesionales de enfermería. El proceso de articulación-sistematización de experiencias re construido, requirió:

Conocer las experiencias según los actores sociales, porque cada uno vive en un contexto diferente.

Ordenar éstas según objetivos de la investigación y ejes vertebrales de la experiencia, éstos fueron definidos de manera apriorística, en consonancia con los objetivos del estudio y

con el propósito de guiar algunos componentes medulares de la experiencia. Los ejes de sistematización fueron cuatro:

El tipo de conocimiento construido en la experiencia del cuidador primario durante su entrenamiento en la Estrategia, la permanencia en la hospitalización del familiar enfermo y su desempeño en el hogar.

La valoración crítica de las áreas de cambio y elementos facilitadores o limitantes en los procesos operativos realizados durante el desarrollo de la Estrategia por parte del personal directivo, las profesionales de enfermería y el cuidador primario.

Participación institucional integrando el fortalecimiento de esfuerzos de los actores: validación, apoyo logístico y compromiso del director de las IPRESS y jefas-coordinadoras del servicio de enfermería en la experiencia.

El impacto de la experiencia para la sostenibilidad de la Estrategia Familiar Acompañante en EsSalud y las alternativas propuestas por los actores sociales.

Los ejes temáticos considerados para la sistematización, pueden abarcar objetivos vinculados al fortalecimiento institucional, retroalimentación, difusión o innovación. Todo en función a los resultados obtenidos en el desarrollo del estudio (Jara, 2018).

Escenario de estudio

La Estrategia Familiar Acompañante realizada por iniciativa y liderazgo de enfermería, extendieron su aplicación ante la valoración crítica y objetiva de las necesidades institucionales y de los familiares del paciente que posterior al alta, ameritaba continuidad de cuidados básicos en el hogar. Luego de la Oficialización de la Estrategia en el 2015, se realizaba en siete IPRESS de la Red Asistencial Almenara. No obstante, por necesidad de delimitación y factibilidad del estudio las entidades asistenciales seleccionadas fueron el Hospital III Emergencias Grau (Nivel III de atención), el Hospital Clínica Geriátrica San Isidro Labrador y el Hospital de Vitarte (Nivel II de atención), pertenecientes a la Red Desconcentrada Almenara.

En estas sedes, es donde se evidenció articulación de esfuerzos entre el director, las jefas de servicio de enfermería, el personal de Psicología, los administradores y los cuidadores primarios. En estas IPRESS, adecuaron espacio para las sesiones educativas, entrevistas y reuniones con los cuidadores y familiares, conformaron los equipos con profesionales idóneos y se desarrollaron permanentes coordinaciones a fin de contar con los recursos que permitieran articular esfuerzos asistenciales, administrativos y comunitarios por el bien de la población beneficiaria. Los pacientes atendidos y necesitados de cuidado en el hogar por el cuidador primario, se caracterizaron por comorbilidad marcada, ser adultos mayores, sufrir enfermedades crónicas o discapacitantes. IPRESS del primer nivel y otras, sin participación directa en el estudio, acompañaron los procesos de sensibilización en orden a cooperar en las coordinaciones y articulación de los esfuerzos realizados.

Caracterización de los sujetos de estudio

Estuvo conformado por personal directivo de EsSalud de la Red Desconcentrada Almenara, hoy Gerencia de Servicios Prestacionales nivel II III. Entre ellos, directores, jefas de enfermeras o coordinadoras, cuidadores familiares y enfermeras responsables de la Estrategia. Los códigos asignados a la identificación los actores sociales comprenden: directivos, que agrupa a directores y jefas de enfermería (AS1-9); enfermeras responsables de la Estrategia (AS10-18) y cuidadores primarios (AS19-27). El total de participantes fue 27.

Criterios de inclusión

Actor social que ha participado de la experiencia Familiar Acompañante entre el 2013-2018 de manera continuada.

Capacidad de comunicación verbal conservada

Criterio de exclusión

Aceptación voluntaria y firma del consentimiento informado.

Tabla 2.*Caracterización de los sujetos de estudio-estrategia familiar Acompañante*

Código	Edad	Género	Escolaridad	Ocupación	Parentesco
AS1	60	M	Superior	Director	NA
AS2	63	F	Superior	Jefa Enfermería	NA
AS3	60	F	Superior	Jefa Enfermería	NA
AS4	42	F	Superior	Jefa Enfermería	NA
AS5	44	F	Superior	Jefa Enfermería	NA
AS6	57	F	Superior	Jefa Enfermería	NA
AS7	47	F	Superior	Jefa Enfermería	NA
AS8	47	F	Superior	Past jefa Enf.	NA
AS9	60	F	Superior	Coordinadora	NA
AS10	40	F	Superior	Prof. Enfermería	NA
AS11	42	F	Superior	Prof. Enfermería	NA
AS12	38	F	Superior	Prof. Enfermería	NA
AS13	35	F	Superior	Prof. Enfermería	NA
AS14	32	F	Superior	Prof. Enfermería	NA
AS15	42	F	Superior	Prof. Enfermería	NA
AS16	33	F	Superior	Prof. Enfermería	NA
AS17	36	F	Superior	Prof. Enfermería	NA
AS18	44	F	Superior	Prof. Enfermería	NA
AS19	45	F	Téc.	Dis. Gráfico	Hija
AS20	36	F	Sec.	Ama de casa	Cuñada
AS21	22	F	Téc.	Estudiante	Nieta
AS22	40	M	Sup.	Independiente	Hijo
AS23	38	M	Sec.	Ebanista	Sobrino
AS24	26	F	Sup.	Estudiante	Hija
AS25	28	F	Téc.	Dependiente	Hija
AS26	55	F	Sup.	Cesante	Hermana
AS27	56	F	Sec.	Ama de casa	Esposa

Fuente: Elaboración propia. Archivos de Subgerencia del cuidado 2013-2018. GSPNI II-RPA.

El número de actores sociales considerados, tuvo en cuenta los criterios de identificación de similitudes, diferencias y evidenciar el punto de saturación, en aspectos a elucidar.

Entre los actores sociales predominaron los grupos de edad de 32 a 59 años con 24 participantes y solo tres, correspondieron al grupo de 60 a más; población adulta en etapa productiva. De género femenino fueron 23 y masculino, solo 4. La escolaridad en el grupo de cuidadores primarios se distribuye por igual entre secundaria, técnica y superior; respecto a la ocupación, del total de cuidadores, solo 4 participantes realizaban trabajo extramuros del hogar, 3 se dedicaban a las labores de familia y 2 fueron estudiantes; Acerca del parentesco, 6

fueron de vínculo consanguíneo muy cercano: hijo, esposa, hermano y 3, con menor proximidad.

Procesamiento de recolección de datos

En la investigación, la recolección de datos se realizó en tres momentos:

El punto de partida donde se estableció consenso con el grupo de profesionales de enfermería y personal con función directiva que lideró la Estrategia, definiendo objetivos, propósito de la sistematización, límites de tiempo y espacio y actores sociales participantes. A cuyo fin, se solicitó la autorización de los responsables de la IPRESS y socializó la conceptualización sobre experiencia, sistematización de experiencia, su teoría y método.

Se consideró los principales ejes a sistematizar, por su relevancia institucional y beneficio para las familias de los asegurados, acopiando actas de reunión, planes e informes de las actividades realizadas entre el 2013-2018; explicitando también las primeras herramientas a utilizar y obteniendo la aceptación de los cuidadores primarios.

Fue necesario nombrar un equipo de apoyo en la conducción de las actividades relacionadas con el desarrollo del proyecto, logrando la cooperación permanente de las Profesionales de enfermería.

Para llevar a cabo la etapa de re construcción de la experiencia realizada, se recopilaron, ordenaron y jerarquizaron los documentos utilizados en el desarrollo de la estrategia, teniendo en cuenta los ejes establecidos como guía. Asimismo, se llevaron a cabo reuniones y entrevistas que permitieran recuperar la experiencia fundamentada en evidencias objetivas y subjetivas, adicionando la revisión de documentos normativos, memorias institucionales y fichas de la atención educativa personalizada y su seguimiento utilizadas por las enfermeras que laboran en la Estrategia. Proceso que hizo realidad el análisis del sentido de la experiencia, las relaciones entre los resultados, la identificación de elementos facilitadores y obstructores. Todo se consignó a manera de bitácora de la experiencia.

En el punto de llegada, una vez reconstruida la experiencia y concluido el análisis, se obtuvo mediante reunión de equipo, las conclusiones sobre: los aprendizajes y/o cambios logrados en el eje familiar e institucional, la estimación final de los factores de éxito identificados, obstáculos encontrados y las acciones necesarias para la continuidad de la Estrategia, consignando en acta, los aspectos relevantes a que se llegó en la experiencia.

Las coordinaciones con cada grupo de actores sociales se realizaron con antelación de una semana y previo recordatorio un día antes a fin de garantizar la participación plena y satisfactoria de todos.

Técnicas e instrumentos de recolección de datos

De acuerdo al momento metodológico de la sistematización de experiencia, se emplearon las técnicas e instrumentos más apropiados, entre fuentes orales, escritas e iconográficas. Así, en el Punto de partida se utilizó la técnica de la observación participante con apoyo del diario de campo para fines de registro; los diálogos intersubjetivos grupales fueron registrados en Actas de reunión, y el análisis documental de aspectos normativos que oficializan la Estrategia a evaluar, como circulares e informes de diagnóstico, fue el propio documento y formularios de registro de los aspectos relevantes; obteniendo material iconográfico como fotografías.

Para la recuperación de la experiencia fue necesaria, la entrevista semiestructurada, realizada como espacio de interacción dialógica, por la cual el investigador se adentra en el mundo privado y personal del informante, a fin de que exprese su posición frente a una determinada situación con claridad, fluidez y fundamentación; se realiza mediante la guía de entrevista que permite recolectar información introduciendo preguntas adicionales, previa coordinación para que las declaraciones de los participantes fueran grabadas bajo consentimiento informado y se realizaron en un ambiente agradable, libre de interrupciones y sin distractores (Do Prado et al., 2013).

En relación al número de entrevistas se definió de acuerdo al punto de saturación, a medida que se fue avanzando con las entrevistas, hubo un momento en el que los entrevistados repetían la información, es en este punto se consideró culminadas las entrevistas, ya que la información no aportaba nada nuevo. Se procedió a grabar las entrevistas a cuyo fin fue indispensable contar con el consentimiento informado. La duración fue entre 40 a 60 minutos como máximo, coordinando su ejecución vía telefónica y virtual, cuando no era posible de manera presencial.

En esta etapa, también se realizaron grupos de discusión que de acuerdo a Piñero et al. (2020), son conversaciones abiertas, sin papel centrado en el moderador; cuidadosamente planeadas con el propósito de promover la interacción de un grupo determinado, capaz de confrontar diferentes aspectos centrados en el objeto de estudio o en los ejes de sistematización; muy útiles para el análisis y consenso de las impresiones de los actores sobre las actividades realizadas, principalmente entre las enfermeras responsables de los procesos operativos y de soporte de la estrategia, documentando el proceso y los productos en actas y consignando particularidades en el diario de campo (Ariza et al., 2022).

Para el análisis de los aspectos saltantes de la experiencia respecto a los procesos operativos, de soporte y estratégicos, se requirió de las fichas de captación y seguimiento de los cuidadores primarios usadas por las enfermeras en la Estrategia Familiar Acompañante (Ficha de Familiar Acompañante); también la documentación correspondiente a los objetivos de los planes e informes de logros alcanzados en el período 2013-2018.

Respecto al punto de llegada, las técnicas fueron las discusiones grupales a través de reuniones de consenso documentadas en acta, participando en la reunión final, miembros del equipo interdisciplinar, además de las jefas, coordinadoras de enfermería, enfermeras que laboraron en la estrategia y representantes del Nivel I; se usó igualmente el diario de campo y fotografías, de modo similar a otras etapas.

Análisis e interpretación de datos

Según Hernández-Sampieri y Mendoza (2018) señala que, el análisis de datos se centra en las personas, con el propósito de comprender sus acciones y experiencia en un contexto social determinado, hecho que comporta tareas arduas de naturaleza compleja y holística dado que la práctica humana y el conocimiento generado, abarca varias esferas de la realidad objetiva y subjetiva. El análisis cualitativo abarca actividades variadas, demandando intuición, creatividad, recursividad además de capacidad reflexiva para construir alternativas descriptivas, interpretativas o significativas teóricamente acerca de la experiencia, objeto de estudio.

Los datos vinculados a la experiencia sistematizada se analizaron mediante la técnica del análisis temático, siguiendo los ejes temáticos guía, hasta descubrir y organizar las unidades de significado, listar y relacionar su contenido en busca de las categorías emergentes en los discursos-diálogos de los actores sociales participantes, propios del enfoque de la Acción Comunicativa (De Souza, 2013; Albarracín, 2012).

El proceso de análisis se llevó a cabo, de acuerdo a lo siguiente: En primer orden, a partir de la organización y registro de datos, de modo paralelo al momento de la recolección. Luego, se realizó, la transcripción de los testimonios y diálogos, constituyendo la materia prima para el análisis de la información. Estos fueron mismos fueron objeto de lectura y re lectura, para dar sentido a los datos. Finalmente, se utilizó la primera codificación por colores y se identificó datos comunes, que una vez que se organizaron permitiendo nombrar las unidades temáticas de significación iniciales en los textos de los actores sociales participantes en la experiencia Familiar Acompañante (Hernández-Sampieri y Mendoza, 2018).

En segundo orden, la meta fue obtener la transformación de gran cantidad de datos obtenidos, por lo que se procesó con minuciosidad y de forma artesanal, originando la sistematización de unidades de significado, emergencia de categorías y subcategorías, expresadas en matrices que manifiestan la conversión de los datos originales del informante en

conceptos teorizantes, a través de las relaciones y similitudes que presentaron (Piñero et al., 2020). En esta fase, fue muy importante la codificación, proceso realizado no solo para reducir datos, sino para ampliar y re contextualizar la experiencia vivida, fortaleciendo el proceso de análisis y la identificación de las categorías o enunciados que aportan elementos para reflexionar acerca del texto en tratamiento que conduce a su interpretación.

En este momento, se realizó la segunda estrategia de uso de colorimetría, resaltando mediante el uso de colores diferentes en el texto seleccionado y código descrito, ordenando y agrupando frases vinculadas a códigos de aparición más frecuente, para construir unidades de sentido más amplias. Se continuó el tratamiento en un formato nuevo en el que se agregó una casilla para las subcategorías encontradas, momento en el que finalmente se dio paso a la actividad analítica en el proceso interpretativo (Do Prado et al., 2013).

El insumo para el análisis fueron las macro categorías o grandes temas, tomadas en cuenta a partir de los objetivos del estudio y los ejes de la sistematización, por lo que su elaboración corresponde a la modalidad “a priori”, con el propósito de direccionar de modo natural y holístico, los resultados del estudio.

Para cada macro categoría, se estructuró las categorías y subcategorías correspondientes, considerando la base para el análisis e interpretación. Estas fueron, En la macro categoría impulsor de la estrategia la categoría: 1. Aprendizaje del cuidado en la familia con sus subcategorías: transición hospital-hogar, negociación interdisciplinar. Para la macro categoría sobre elementos facilitadores la categoría: 2. Disposición de la Familia para el entrenamiento del cuidador primario, con sus subcategorías: cuidar con conocimiento, cuidado del cuidador y la categoría: 3. Compromiso institucional a todo nivel con sus subcategorías: políticas de calidad, competencia profesional, involucramiento. Respecto a la macro categoría, obstáculos, la categoría: 4. La Estrategia Familiar Acompañante como inversión, recursos y actitudes que hacen la diferencia; con sus subcategorías: infraestructura y equipamiento, potencial humano, resistencia. Sobre la macro categoría propuestas/rutas, se obtuvo la

siguiente categoría: 5) Gestión logística con sinceramiento presupuestal con sus subcategorías: Potencial humano calificado, calidad en los procesos y la categoría: 6) Celebración de alianzas estratégicas. Finalmente, en la macro categoría sobre impacto de la estrategia, se tuvo la categoría: 7) Aprendizajes construidos en la experiencia, con sus subcategorías: conocimiento práctico, escuchar al asegurado, conocimiento compartido. La categoría, 8) EsSalud empodera a la familia y al equipo interdisciplinar, con sus subcategorías: Satisfacción del paciente y familia, cultura organizacional fuerte y la categoría, 9) Continuidad de la estrategia

El conocimiento construido en la experiencia, comprende 5 macro categorías, 9 categorías y 17 subcategorías.

Consideraciones éticas y de rigor científico

Entre los criterios éticos, de acuerdo con Hernández-Sampieri y Mendoza (2018), se respetó la autonomía de los sujetos informantes y su derecho a desistir de su participación en cualquier momento del estudio, evidenciado en la obtención oportuna del Consentimiento informado, explicando previamente el balance de riesgos y beneficios que represento la participación de los actores sociales en el estudio.

Un segundo principio aplicado, fue la confidencialidad, se explicó al participante que, la información obtenida se mantuvo en reserva y solo fue utilizada con fines de investigación, de este modo, se cumplió mediante el anonimato y el uso de códigos, similar a un pseudónimo.

El tercer principio de justicia, se tuvo en cuenta, al permitir que un grupo de participantes en la Estrategia Familiar Acompañante, al azar y durante la fase de estudio, expresara su pensar, sentir y actuar en el cuidado familiar en su contexto; a su vez pudo manifestar sus impresiones respecto a la práctica de la estrategia, los logros y limitaciones identificadas y sus sugerencias.

Para salvaguardar los criterios de calidad y rigor en la investigación realizada, se procuró cumplir con los criterios de:

Credibilidad. La información obtenida durante los diferentes momentos de la sistematización de experiencias, fue veraz y coherentes con la realidad vivida por los actores sociales; los datos se transcribieron en el lenguaje émico o propio de los actores sociales, muestren sin alterar lo vertido por los participantes en la investigación y todo proceso destinado a la conversión de los datos proporcionados en conocimiento y aprendizaje. Esto fue producto de las actividades analíticas de acuerdo a las evidencias disponibles para el paradigma hermenéutico (Barragán-Giraldo et al., 2020).

Transferibilidad. El procedimiento seguido hace posible que los resultados y la metodología empleada, puedan extenderse a otros contextos sociales vinculados a servicios y estrategias sanitarias. Existe potencial de aplicabilidad a espacios donde se desempeñen los cuidadores primarios, enfermeras y personal directivo. También es extensible a líderes visionarios en proyectos de transformación de las condiciones de vida de la población especialmente vulnerable y/o dependiente (De Souza, 2013).

Auditabilidad. Constituye el acercamiento al criterio de objetividad del estudio. Se logra mediante el registro, documentación fidedigna de todo el proceso seguido y la disponibilidad de evidencias escritas, grabadas, impresas y entre otros. De manera que, ante cualquier solicitud, se presente las pruebas del rigor considerado en la investigación o los investigadores interesados puedan verificar la coherencia y fidelidad a la verdad de los fundamentos y método, mediante otras fuentes.

Confirmabilidad. Se posibilita en la medida que los informantes pueden dar fe, que los resultados parciales y finales han sido verificados en su contenido por ellos, afianzando también la interpretación llevada a cabo por el investigador (Barragán-Giraldo et al., 2020).

Capítulo IV

Resultados

La experiencia

Producto del proceso seguido, se extrae aspectos relevantes de la Sistematización de Experiencia realizada en la Implementación de la Estrategia Familiar Acompañante:

Primer momento: Punto de partida (2010-2014)

Los actores sociales responsables de la gestión institucional y el cuidado de pacientes hospitalizados en IPRESS de la Red Desconcentrada Almenara (RDA), iniciaron la iniciativa de orientar a los familiares, al detectar desconocimiento del cuidado del paciente vulnerable/dependiente al retornar a su hogar, posterior al alta hospitalaria.

Fueron las profesionales de Enfermería quienes apuntaron a crear conciencia de la necesidad del aprendizaje del cuidado y decidieron involucrar al equipo interdisciplinar, documentar la experiencia iniciada para proponer en instancias estratégicas, la formalización de la Estrategia en la Institución.

Segundo momento: Reconstrucción de la experiencia (2015-2018)

EsSalud, mediante el equipo que llevó a cabo la iniciativa precedente, formalizó el apoyo técnico requerido, hasta lograr la emisión de la directiva N°004-Gerencia General EsSalud-2015, al amparo de la Resolución N° 990-GG-EsSalud-2015. En este documento se establece, los fundamentos, procesos, método e instrumentos para la implementación de la Estrategia Familiar Acompañante, así como las pautas del monitoreo y evaluación.

Los directores de las IPRESS de la Red Desconcentrada Almenara, Subgerencia de Control del Cuidado al paciente, jefas de enfermeras, coordinadoras y enfermeras responsables de la Estrategia, desplegaron esfuerzos inmediatos para difundir, e implementar la directiva, se nombró el equipo responsable de impulsar la estrategia, involucrando, además a psicólogos, nutricionistas y médicos geriatras o Internistas.

A tal fin, se capacitó de manera intensiva al personal de las IPRESS en los tres niveles de atención: hospitales Grau, San Isidro Labrador, Vitarte, Aurelio Díaz Ufano y Ramón Castilla, personal de los policlínicos y Centros de Atención Primaria, facilitando la coordinación y mejor articulación de esfuerzos.

En el desarrollo de esta etapa, participó activamente la familia, mostrando su compromiso con la elección de un cuidador que fue sujeto de entrenamiento durante la hospitalización del paciente y continuar su cuidado en el hogar.

Tercer momento: el punto de llegada (2013-2018)

Al haber transcurrido más de 8 años desde la ejecución de la iniciativa inicial, se decide develar los principales logros, aprendizajes, elementos facilitadores, obstáculos identificados y las propuestas de los actores sociales que participaron en la experiencia de Familiar Acompañante, con énfasis en el periodo 2013-2018, en que se formó parte de la Estrategia desde la gestión de la Subgerencia de Control del cuidado de la Red Desconcentrada Almenara.

De manera global, interesó en esta etapa, responder a las preguntas de los ejes de la sistematización realizada: ¿Cuál fue el tipo de conocimiento construido durante el entrenamiento de los cuidadores primarios? ¿Qué valoración crítica de la experiencia de Implementación de la EFA realizan los actores sociales participantes? ¿Cuáles fueron los resultados de la participación institucional? Y finalmente, ¿Cuál es el impacto de la Estrategia para la posible sostenibilidad de la misma en la Institución ¿Qué propuestas formulan los participantes a futuro?

Respuestas reflejadas en las siguientes categorías:

Tabla 3

Procesos -Estrategia Familiar acompañante-cuidador primario

Macro categoría	Categoría	Subcategoría
Impulsores de la estrategia	Aprendizaje del cuidado	Transición hospital-hogar Negociación interdisciplinaria

Elementos facilitadores	Disposición de la familia: entrenamiento del cuidador primario. Compromiso institucional a todo nivel	Cuidar con conocimiento Cuidado del cuidado Políticas de calidad Competencia profesional Involucramiento
Obstáculos	Estrategia como inversión, recursos y actitudes hacen la diferencia	Infraestructura/equipamiento Potencial humano Resistencia
Propuestas/rutas	Gestión logística con énfasis en el sinceramiento presupuestal Aprendizajes construidos en la experiencia	Potencial calificado/factor del éxito Calidad en los procesos Conocimiento práctico Escuchar al paciente/familia Conocimiento compartido
Impacto	EsSalud empodera a la familia y al equipo interdisciplinario Continuidad de estrategia	Satisfacción asegurada/derechos habientes Cultura organizacional fuerte

Capítulo V

Discusión

Teniendo en cuenta los ejes de la sistematización realizada, la valoración crítica realizada por los actores sociales involucrados en la experiencia, acerca de la vulneración de obstáculos y buen uso de los facilitadores; en atención a los objetivos y naturaleza de la investigación realizada, se expone la relevancia de los resultados, incluyendo aspectos sobre la necesidad que originó la respuesta obtenida y a continuación, los procesos identificados como necesarios a partir de las alternativas propuestas por los participantes. Se aborda las categorías encontradas en su dimensión analítica.

Categoría: Aprendizaje del cuidado

Comprende el primer objetivo del estudio, correspondiente a conocer la magnitud y relevancia de la experiencia vivida por los actores sociales partícipes de la Estrategia familiar Acompañante, desde la gestión, la intervención asistencial focalizada en la enseñanza aprendizaje y los cuidadores familiares.

El impulsor más fuerte para el lanzamiento y oficialización de la Estrategia, fue la necesidad del aprendizaje del cuidado, categoría relacionada con el contexto institucional de EsSalud: cobertura ampliada en la atención a la población asegurada, políticas de solución al incremento de la demanda, mediante el alta precoz. Decisión que, por tratarse de pacientes adultos mayores vulnerables, evidenció la necesidad de cuidado continuado en el hogar (EsSalud, 2016).

La transición de la hospitalización al domicilio, comporta riesgos y complicaciones que la familia del paciente prevé. La responsabilidad hacia sus integrantes, la conduce a manifestar con apertura y de modo reiterativo, el desconocimiento del cuidado a realizar y expresar a su vez, sentimientos de temor y negativa a trasladar al paciente a su domicilio. Comportamiento que fue observado y motivó a las profesionales de enfermería a negociar problemas y

soluciones con otros miembros del equipo interdisciplinar. Ilustran esta necesidad los siguientes testimonios:

Era clara la necesidad de capacitar a la familia para que sigan dando cuidados a los pacientes en el domicilio...muchos pacientes usaban todavía, dispositivos como sondas para alimentación, urinarias y algunos presentaban heridas en el sacro, talones. Era necesario mayor conocimiento (AS1).

Una buena experiencia, no solo necesitan cuidado físico, también emocional y espiritual, devolver el respeto y amor, que alguna vez nos dieron (AS4).

Las enfermeras estaban dispuestas a persuadir a los familiares para su aprendizaje, explicaban la necesidad de saber actuar en casa para que el paciente se recupere (AS6).

En la discusión grupal, algunas profesionales de enfermería manifestaron:

Hemos avanzado bastante en esta iniciativa; la necesidad la siente también el equipo interdisciplinario en EsSalud, los pacientes y familiares. Si seguimos insistiendo, seremos escuchados, es importante seguir con entusiasmo y preparándonos (AS2).

El incremento de la esperanza de vida tiene también efectos en las posibilidades de sufrir enfermedades crónicas, comorbilidades y discapacidades que ameritan mayores cuidados. Sin embargo, es cada vez menor la cobertura de atenciones a cargo de entidades del sector sanitario; gran parte de las actividades quedan en manos de los familiares, quienes siempre se han sentido responsables de cuanto acontece con sus seres queridos y saludan con beneplácito toda oportunidad destinada a brindarles una salida decorosa, en similitud con otros planteamientos (Moral-Fernández et al., 2018).

Transición hospital-hogar

Esta subcategoría hace explícitas las demandas de aprendizaje del cuidado y el acompañamiento que necesita el paciente por parte del familiar. La enfermedad compromete todas las esferas de la existencia y por ello, las intervenciones de los profesionales y el cuidador familiar han de dirigirse a la totalidad de la persona (Waldow y Pereira, 2020). Desde una perspectiva favorable, esta situación se convierte en una oportunidad para el aprendizaje de formas sencillas, prácticas e integradoras, por parte de quien la familia elija como persona candidata a entrenamiento, que asegura una ruta segura en la transición exitosa hospital-hogar; oportunidad optimizada en algunos contextos sanitarios similares, teniendo en mente la centralidad del paciente antes y después del alta hospitalaria. Fundamenta y amplía este requerimiento, Hahn-Goldberg et al. (2018) cuando argumenta la imposibilidad que el familiar del paciente capte la orientación brindada por los profesionales durante el alta y que solo con esta información, pueda actuar logrando un cuidado seguro y eficaz.

Aprender a cuidar a quien estuvo hospitalizado y luego regresa al hogar, necesita tener conocimiento, son pacientes que necesitan mucha ayuda hasta su recuperación total AS9.

Se preocupan de que todos aprendamos a cuidar bien. Esto me dio confianza y entusiasmo para asistir a las clases cuando me tocó AS10.

Enseñaban todo lo que yo no sabía, bañar a mi papá en la cama, cambiarlo de posición, cómo alimentarlo por sonda y cómo evitar las úlceras por presión. Todo esto es necesario y me dio gusto ver que había familiares dispuestos a organizar su tiempo para asistir, nadie quería perderse las demostraciones AS12.

Negociación interdisciplinar

Con la finalidad que, la familia cumpla adecuadamente los roles que le competen en el cuidado de la salud, necesita familiarizarse con los conocimientos sobre todo lo que puede actuar en beneficio del paciente afectado, la orientación de las profesionales de enfermería por la salud familiar representa una ayuda invaluable para que las familias alcancen a desarrollar las competencias que le permiten prevenir enfermedades, facilitar los procesos recuperativos y modificar estilos de vida nocivos. Se trata de esfuerzos conjuntos en los que los procesos de negociación son verdaderos catalizadores de los cambios saludables (Cogollo-Jiménez et al., 2019).

En situaciones complejas tal como se presenta el cuidado de un paciente en su hogar, hace necesaria la participación de varias personas, comprometidas en el desempeño del rol y sobre todo, capaces de cerrar filas para asegurar la recuperación iniciada durante la etapa de hospitalización. Lograrlo es posible atendiendo de manera seria y responsable a la relación entre quien impulsa una actividad y quienes poseen potenciales capacidades para lograr un cometido que ambos desean. Para Butirica y Ordóñez, (2020) abarca mantener un vínculo constructivo en el que ambos coinciden, por lo que se trata de una estrategia colaborativa.

Se trata de desempeñarse buscando que ambos ganen o compartan determinado beneficio; satisfacer los anhelos de los dos protagonistas del acuerdo; participar activamente en la solución del problema que conduce a encontrar una solución como reto común y, ante todo, actuar con transparencia y confianza, definiendo con claridad las expectativas de todos. Enfermeras, médicos, psicólogos, nutricionistas, entre otros, por un objetivo compartido.

Categoría: Disposición familiar para el entrenamiento del cuidador primario

Este resultado, corresponde al segundo objetivo del estudio y segundo eje de la sistematización de experiencia, respecto a la valoración crítica que hacen los participantes en el estudio, sobre los elementos que coadyuvaron al logro de los procesos establecidos en la Estrategia Familiar Acompañante.

El sentido de responsabilidad y obligación moral frente al compromiso en la salud de uno de los integrantes de la familia, permitió que sus miembros reflexionaran sobre su rol, necesidades apremiantes y capacidades asegurando su participación en las oportunidades de aprendizaje ofrecidas por EsSalud, a través de las intervenciones de sus profesionales. Valoraron esta realidad como espacio para la reciprocidad y el afecto entre quienes forman la familia (Andrade et al., 2014).

La complejidad del aprendizaje varía con la situación de vulnerabilidad/dependencia del paciente, razón por la que, desde la década del 70 en otros países y la década del 80, se desarrolla estrategias de enseñanza en el Perú, dirigidas a la familia; por un cuidado y acompañamiento que responda a las necesidades del paciente. En esta medida, se requerirá también la mejor disposición para el entrenamiento en el cuidado, en términos de capacidad para comprender y adquirir habilidades básicas para cuidar. La actitud es fundamental, más es prometedor si se incorporan aspectos reales como la edad del cuidador, su estado de salud y situación personal (Vergara-Aguirre et al., 2019). Evidencian congruencia con la descripción y análisis realizado:

El familiar acompañante durante la hospitalización, puso empeño en el entrenamiento. Se logró desarrollar empatía con el personal de salud que daba sus charlas y talleres, mientras acompañaba al paciente hospitalizado. AS1

Educar de acuerdo al nivel de conocimiento previo de la familia, ayudó para que fuera comprensible, se logre disminuir las complicaciones AS4

Ayudó bastante, tener acercamiento con los familiares y responder con claridad a las constantes inquietudes que presentaban AS7.

Cuidar con conocimiento

Subcategoría que evidencia la validación que realizan los familiares sobre la decisión de preparar al cuidador familiar. Ellos identifican que nunca han vivido la experiencia de cuidar a un ser querido con diversas dolencias; no solo la enfermedad sino, recibir medicamentos y evitarle complicaciones. Perciben sin duda alguna que cuidar es una gran responsabilidad. En algunos discursos queda expresado:

Creo que es una gran oportunidad, todo lo que aprenda me servirá para manejar situaciones más difíciles que no faltan...Da gusto saber el buen criterio del personal de salud al darse cuenta de que desconocemos muchas cosas. Al tener las enfermeras, un plan de enseñanza, aprendemos a dar un cuidado más organizado, basado en el conocimiento y en la práctica, así se dan cuenta si hemos aprendido o no. AS21

De acuerdo a lo sabes o no sabes, te enseñan, por eso te entrevistan. Te entrenan en dar medicamentos que el paciente recibe; el uso de equipos para medir glucosa, cambiar la bolsa de orina y curar heridas. Todo sirve, hasta saber dar compañía y manejar el buen humor. AS22

Las implicancias del cuidado con conocimiento, redundan en la impresión de los familiares de sentirse seguros, sin incertidumbre; características que trasladan el análisis al plano de las características esenciales del cuidado: conocer acerca del ser humano, las respuestas ante los cambios en etapas vitales, el comportamiento al experimentar pérdida de su autonomía y las intervenciones posibles de realizar para responder a los problemas de salud y bienestar que manifiesta. Abarca acción y precaución (Boff, 2012).

Políticas de calidad

Subcategoría que destaca de manera óptima, la forma como se ha creado conciencia sobre el rol del cuidador, su necesidad de entrenamiento planificado y la conservación de su integridad como persona; desde que aparece el familiar dependiente, cuyo apoyo en la

conservación de la salud se visualiza de carácter permanente, hasta que se transforma en un integrante familiar entrenado y con habilidad para cuidar, éste realiza cambios considerables en su vida cotidiana (Ruiz- Fernández et al., 2019).

Por el perfil predominante en el cuidador familiar, mujeres en la mayoría de situaciones, de variable edad, a predominio del grupo adulto maduro y con estudios limitados, enfrentan diversas dificultades que resultan ser factores de estrés; el proceso de adaptación depende del grado de apoyo que ofrezca la familia y el seguimiento a cargo de profesionales de la salud. Importa mucho no solo que la familia reconozca la necesidad de contar con más de un cuidador para la debida alternancia y merecido descanso, sino también tomar en cuenta la conservación de su energía física y emocional. El conocimiento de las emociones y la capacidad de afrontamiento, se transparentan en los efectos de la experiencia de cuidar que realiza el cuidador primario en diferentes escenarios y perfiles de vulnerabilidad (Carreño-Moreno et al., 2017).

Los discursos siguientes destacan los aspectos antes señalados:

El cuidador se involucra en el aprendizaje teórico y práctico del paciente, siente que se compromete con la institución, que le facilita la enseñanza. Sin embargo, muestra sorpresa cuando percibe que enseñan también a cuidar de uno mismo para evitar el agotamiento y la ansiedad. AS 27

Las orientaciones de las enfermeras son muy claras. Motivan a los familiares para que el trabajo de cuidar sea compartido. El cuidador no puede vivir sin descansar porque enferma y esto va calando ahora más. AS5

Saber que el sicólogo te escuchará cuando te sientas cansado da esperanza que todo será superable AS 25

La familia seguirá desempeñando importantes roles en favor de sus integrantes; el cuidado es parte medular en el desarrollo de sus funciones y desde el enfoque centrado en el

cuidado estandarizado y progresivo de atención, es prioritario para los profesionales de la salud, impulsar el desarrollo del sentido solidario, comprensivo y justo para prevenir la sobrecarga del cuidador. Solo él puede apreciar la enorme diferencia entre cuidar a un paciente poco complejo y hacer lo mismo con personas cuya salud se encuentra muy deteriorada cuyas reacciones pueden llegar a la agresión hacia el cuidador (Rivas et al., 2020).

Aprender a cuidar personas significativas en el seno familiar conlleva satisfacciones profundas desde la práctica ética y sentidos del cuidado; sin embargo, no se puede ignorar el potencial de agotamiento y postergación del disfrute personal cuando otros miembros de la familia olvidan la justicia y solidaridad entre sus integrantes.

Categoría: Compromiso institucional a todo nivel

Esto constituye, otro importante elemento facilitador en el proceso de implementación de la Estrategia Familiar Acompañante, tanto en el eje institucional de más alto nivel cuanto en los puestos de mayor operatividad. Fueron las políticas institucionales, el cambio de modelo de atención, las competencias profesionales disponibles y el avance de las políticas de calidad, los aspectos que permitieron el posicionamiento de la Estrategia, en coherencia con los fundamentos y metas de la Atención Primaria de la Salud. Acompañan a esta categoría:

Políticas de calidad

En esta subcategoría, se encuentra uno de los principales facilitadores con que contaron los participantes de la experiencia, por llevarse a cabo en un contexto donde la institución persigue la máxima adherencia a los principios que impulsaron y continúan propiciando cambios efectivos por mucho tiempo cuestionados por la ciudadanía.

Entre los responsables de impulsar las políticas para asegurar la entrega de servicios de calidad, se encuentra el Ministerio de Salud y EsSalud, quienes actúan a partir de la promulgación de la Ley N° 30224 que crea el Sistema Nacional para la Calidad y el Instituto Nacional de calidad que permita el cumplimiento de las normas establecidas.

En cadena, se realiza la fundamentación y pautas para operativizar el propósito relacionado con los anhelos de la población, que busca recibir servicios dignos de la condición humana individual y familiar. Los profesionales de la salud participantes en el estudio realizado, dan fe de sus impresiones:

Cuando existen directivas, el apoyo de las autoridades es factible, permiten formar equipos responsables, establecer metas e integrar a los profesionales. Aquí hace tiempo que el director reconocía la necesidad de contar con Familiar Acompañante, la negociación de la idea a los médicos era difícil. AS2

La preocupación e insistencia de EsSalud y la inserción en las políticas de calidad y humanización de la atención, dio lugar a capacitación intensiva; la subgerencia del cuidado puso énfasis en Familiar Acompañante por el gran número de adultos mayores y pacientes dependientes, era claro el liderazgo por avanzar y tener resultados. AS3

El espíritu, la mente abierta y atenta escucha de las autoridades del nivel central y la dirección, que valoraron la iniciativa realizada entre el 2011-2014, diferenciando las complicaciones presentadas en los pacientes cuando los familiares no participaban en las enseñanzas y el modo de retirarse del hospital para no llevar a su integrante recuperado a su hogar. AS4

Por lo tanto, con la emisión de la Resolución Ministerial N°727-2009 que aprobó el documento que rige la implementación de las Políticas de Calidad en Salud, respalda principalmente en la primera política, garantiza del derecho de las personas usuarias a participar de la atención de calidad, considerando las mejores iniciativas o prácticas seguras, deseables para todos. Asimismo, en la octava política, insta a los responsables de entidades de servicios, a controlar adecuadamente los riesgos y de modo coincidente, la transición del paciente del hospital al hogar, contiene varias situaciones de riesgo a controlar como

responsabilidad de la IPRESS. En consecuencia, es importante la materia de enseñanza al cuidador primario (Minsa, 2009).

De manera explícita, la sexta política de calidad en salud, indica la obligación de implementar los aspectos normados de manera inmediata; consignando en la undécima política la consecuente asignación de recursos que permita gestionar la implementación y concede en la doceava política, el poder para llevar a cabo la vigilancia de su cumplimiento como expresión responsable de la ciudadanía. De modo convergente con lo afirmado, Becker et al. (2017) precisaron que tanto en los aspectos de buena interrelación personal de salud-cuidador familiar, cuanto, para las enseñanzas sobre administración de medicamentos y cuidados básicos, nada mejor que contar con políticas definidas como recurso facilitador.

Un aspecto trascendente dentro de los elementos facilitadores de naturaleza política, fue contar con la directiva que definió la finalidad, procesos, método, instrumentos y niveles de responsabilidad, para la estructuración definitiva de la Estrategia Familiar Acompañante (Seguro Social de Salud [EsSalud], 2016). A cuyo fin, dan fe las siguientes manifestaciones:

La directiva N° 004 de Gerencia General, que compromete a los responsables de la gestión y en cascada da pautas específicas para la completa implementación de Familiar Acompañante. Esto permitió la formalización de una iniciativa indispensable para la Familia e institución. AS23.

La Resolución N°990 que autoriza la implementación de familiar Acompañante y da carácter oficial a los esfuerzos poco comprendidos por una parte de los profesionales y fortalece la planificación y programación de actividades por parte de la Subgerencia de control del cuidado. AS25.

Competencia profesional

Subcategoría que integra los saberes múltiples propios de la formación académica y la experiencia durante el desempeño de los responsables de la conducción de la estrategia, en entidades diversas del campo de la salud. Participan en eventos de constante

perfeccionamiento y actualización, con el propósito de mejorar la capacidad de respuesta en el cuidado integral que amerita la persona.

En este componente, son diversas las expresiones de los participantes:

El equipo interprofesional tuvo desde el comienzo una visión clara de las necesidades familiares y el rol de EsSalud. Era indispensable asegurar un buen cuidado para la recuperación del paciente dado de alta; en el hogar alguien debía saber más para cuidar al paciente y había que motivarlos con entusiasmo y amabilidad; algunos familiares cuando escuchaban alta próxima, desaparecían del servicio. AS15.

La proactividad de enfermeras, médicos y otros profesionales, contar con especialidad en su campo, ayudó mucho desde el inicio. Aún sin contar con directiva, educaron, orientaron y después presentaron evidencias de los cambios, que dio lugar a contar con la directiva N°004 que presentaba los fundamentos y procedimientos para llevar a cabo la estrategia de manera completa y con participación interprofesional. AS20.

Una actividad de tanta envergadura puso en juego no solo la firme voluntad de los profesionales, se necesitaba integrar conocimiento y habilidades blandas, sobre todo tratándose de personas adultas, en su mayoría maduras y afianzadas en su forma de valorar la vida y utilidad de los hechos, incluida las enseñanzas. En similitud con los tópicos manifestados, diversos autores encuentran que, el apoyo técnico y el acompañamiento de pacientes y familiares, demanda competencia de los profesionales para percatarse del papel de las emociones y su repercusión en el contexto de vida, con posible modificación en las actitudes de los cuidadores familiares, ante las estrategias de enseñanza-aprendizaje, posibilitando o dificultando la integración de todas las esferas que forman parte del aprendizaje y ejecución del cuidado (Godoy et al., 2020).

Involucramiento

Esta forma de responder con energía, de manera positiva hasta lograr carácter permanente en términos trabajo con dedicación, enfoque claro en los medios y propósitos de una organización en la que la persona se desempeña, corresponde también al eje que caracteriza la participación institucional en la Estrategia materia de sistematización. Transluce fortalecimiento real de los esfuerzos de los diversos actores sociales.

Con gran similitud, Cuya y Hiyane (2019) precisan el aporte de los colaboradores que toman la iniciativa en una actividad valorada indispensable, se adaptan a los cambios necesarios y junto a otras estrategias de gestión tales como la motivación y capacitación, permiten que el potencial humano plasme su mejor contribución al logro perseguido por quienes lideran un objetivo compartido. Los discursos que avalan lo expresado son:

La actitud vocacional y liderazgo de las profesionales enfermeras que han empeñado sus esfuerzos desde el 2010. AS 21.

Mucho esfuerzo y dedicación del equipo directivo y profesionales de la salud, ellos transformaron las políticas de calidad desde la Presidencia Ejecutiva. La Dra. Baffigo logró cambiar el Modelo de Atención netamente recuperativo por el Modelo de atención centrado en el cuidado Progresivo y estandarizado de Salud. AS22.

Recurso humano involucrado en las líneas de humanización de la salud, la perseverancia y fortaleza de carácter de las enfermeras; hicieron que primaran las necesidades de la familia del adulto mayor. AS26.

Categoría: Estrategia Familiar Acompañante: inversión, recursos/actitudes hacen la diferencia

Esto corresponde a la macro categoría obstáculos identificados, tercer objetivo de la investigación y eje sobre valoración crítica de los limitantes para desplegar los procesos

operativos. Para Martínez et al. (2021) la sistematización de experiencia de modo convergente, no solo incrementa las competencias en la ejecución de políticas de atención de la salud como lo realiza el equipo interdisciplinar, sino que favorece el descubrimiento de brechas para llevar a cabo con éxito, los procesos inherentes a la iniciativa Familiar Acompañante en las intervenciones educativas.

Testimonios que clarifican la realidad compartida por los actores sociales son:

La Planta física en Vitarte es estrecha, hubo promesa de un nuevo centro, pero han pasado más de 7 años y no se hace realidad. Habilitamos pasillos, pero se producen interrupciones, la familia debe ser tratada con dignidad. AS16.

El único centro que tiene comodidad asegurada es el hospital San Isidro Labrador, lo que a todos nos falta es potencial humano, las enfermeras requieren dedicación a tiempo completo a la Estrategia, los pacientes a cuidar en domicilio son complejos por su comorbilidad y los familiares cuidadores necesitan aprender bien los diferentes contenidos de aprendizaje según sus prioridades. AS14.

No podemos negar que persisten algunas actitudes de médicos y algunas enfermeras, que se disgustan por la presencia de familiares en los servicios de hospitalización. A veces cuestionan el trabajo que realizan las enfermeras y la familia se da cuenta. AS12.

A su vez, la autoridad sanitaria, al considerar la Política Nacional para la Calidad, un instrumento público para guiar la implementación, desarrollar y gestionar acciones destinadas a contar con infraestructura ideal para procesos cualitativamente mejores, se propia mayor dinamismo a la coordinación, articulación y armonización de iniciativas y responsabilidades de los gestores a nivel de la dirección de las entidades prestadoras de servicios (MINSA, 2009).

Del mismo modo, la política undécima de Calidad, compromete al personal directivo a cumplir con la logística inherente a la implementación de enfoques cuyo fin, avala intervenciones basadas en los principios de la Atención Primaria de la Salud y en EsSalud, el cumplimiento de la programación adecuada de personal, acorde a las demandas reales, forma parte de las responsabilidades de la Gerencia de Seguridad del Paciente y humanización del servicio, fundamentados originalmente en disposiciones del ente rector (Málaga et al., 2019).

Resistencia al cambio

Los procesos organizacionales conllevan la presencia del fenómeno de resistencia, no solamente por la diversidad de individuos que integran la corporación sino en el plano del diseño de objetivos y articulación de las políticas, no siempre aceptadas, comprendidas y, sobre todo, compartidas. Corresponde también a los aspectos moduladores del éxito o la rémora en la implementación de procesos de cambio.

Evidencian la presencia de resistencia:

Si en lugar de oponerse se dieran cuenta de cómo disminuye la insatisfacción y temor de la familia y que ya no volverán los pacientes por emergencia si están bien cuidados, se comprometerían igual que lo hacen todos.

AS 13

Con mucha pena observé que algunos profesionales rechazan lo establecido en la directiva porque desean hacerlo en tiempo extra; esto no es fácil, porque los familiares necesitan confiar y si el personal cambia mucho, no sienten agrado.

AS 15

Snyder (2017) destaca el carácter complejo y subjetivo de la resistencia, relacionada también con el temor a mayores cuotas de aprendizaje y esfuerzo, a perder cuotas de poder ganadas, o formas de control significativas para algunos. Estiman importante el papel que desempeña la fuerza laboral en su conjunto y la tecnología necesaria; en este sentido el autor

coincide y da luces para comprender que en el estudio realizado, es notable la presencia organizada de las profesionales enfermeras, quienes no solo visualizan la necesidad de aprendizaje del cuidado familiar, sino que se han preparado en el uso de las herramientas educativas para el entrenamiento del cuidador primario, aspectos con los que, geriatras y otros profesionales del equipo interdisciplinar no están igualmente familiarizados.

Por su parte, Araya y Orellana (2018) enfatizan la necesidad de afrontar las barreras comprendiendo que el cambio es parte del comportamiento humano en toda entidad laboral, por lo que requiere asumirla de modo natural y transformarla resistencia en oportunidad de aprendizaje, de mejora y de crecimiento personal. En similitud de procesos, las enfermeras y otros profesionales, también han experimentado temor e incertidumbre para utilizar las tecnologías de la enseñanza, hasta familiarizarse con el método problematizador, participativo y de mayor horizontalidad para lograr confianza y promover preguntas entre los cuidadores en entrenamiento.

En consonancia con lo expresado hasta ahora, es pertinente valorarla relevancia del proceso de implementación de la Estrategia desde sus inicios. Los actores sociales involucrados han compartido el inicio de la experiencia, aunque en diferentes modalidades; realidad que ha generado sentimientos/emociones comunes entre ellos; avanzaron en los procesos establecidos conscientes de los facilitadores y limitantes; articularon esfuerzos juntos creando nuevos productos en acercamiento, aprendizajes, apoyo técnico, soporte emocional; y se acercan a la concreción de sus logros e impactos, suficientes móviles para vencer la resistencia (Soriano, 2016).

Categoría: Gestión logística con sinceramiento presupuestal

Inherente a la macro categoría de propuestas, frente a los principales obstáculos identificados. Alude al presupuesto por tratarse de una Estrategia que forma parte de EsSalud, entidad no solo impulsora sino responsable a todo nivel de la implementación de este enfoque,

haciendo realidad la asignación de recursos según demanda asistencial y educativa para los cuidadores familiares.

Los participantes en el estudio, fueron conscientes de las carencias en términos de infraestructura, equipamiento para los procesos educativos, potencial humano y materiales; son conocedores de la forma como el Seguro Social de salud planifica y ejecuta los procesos relevantes de su misión y al constatar las necesidades existentes frente a la normativa, manifiestan los siguientes aspectos, sobre todo en el eje institucional:

La provisión de recursos humanos, constantemente es un problema; la demanda de atención es alta, pero cuando se desea mejorar o innovar, se toma en cuenta que forme parte del Plan presupuestal, de lo contrario es caminar con las manos atadas, buenos propósitos, pero sin recursos. AS13

No se valora la oportunidad que se requiere, para contar con el recurso humano que permita a las profesionales enfermeras y otros, dedicarse de acuerdo a la naturaleza de este trabajo y también a los procesos de soporte para un cuidador potencialmente estresado o agotado. AS 11

El presupuesto como herramienta de gestión, asegura la provisión responsable de bienes y servicios a los responsables de la implementación de estrategias, siempre en el marco de las prioridades y definición de políticas (Ministerio de Economía y Finanzas, 2018); adicionalmente EsSalud como entidad responsable de actividades del Estado, está bajo el control del Fondo Nacional de Financiamiento Empresarial de Estado según Ley N° 27170 (FONAFE). Siendo pertinente esclarecer que, de acuerdo a la Ley N° 28411, Ley General del Sistema Nacional de Presupuesto, compete a toda dependencia de salud, conducir de manera responsable el presupuesto (Plataforma digital única del Estado Peruano, 2004).

La relación entre el equipo interdisciplinario integrado en la implementación de la Estrategia Familiar Acompañante y la familia amerita superación de las limitaciones logísticas,

para asegurar el control de riesgos la disminución de complicaciones prevista (Rodríguez et al., 2018).

Potencial calificado, factor de éxito

Se evalúa en esta subcategoría, el valor concedido a quienes se desempeñan en la organización sanitaria procurando diferentes formas de bienestar social y empoderando en el conocimiento del autocuidado de la salud. Los logros no son alcanzados por la diferenciación tecnológica principalmente, sino por el potencial de quien trabaja y percibe las necesidades de los usuarios, interpreta los anhelos de mejora, adapta inicialmente sus intervenciones para luego plantear y consolidar cambios en términos de servicios.

Testimonios que evidencian estas impresiones en los actores sociales, son:

Se requiere un equipo responsable, que vigile los avances, detecte dificultades y encuentre soluciones, jefas, coordinadoras, geriatras y todos pueden lograrse los objetivos de la Estrategia. AS11

Empezar con fuerza los procesos operativos: captación del cuidador primario, evaluación de las necesidades de entrenamiento, entrenar, hacer seguimiento, ahora. Luego se impulsan los procesos de soporte. Urge capacitar a todos los niveles para unir criterios respecto al beneficio y articular esfuerzos AS12

Se necesita ampliar la sensibilización, que todos conozcan hacia dónde vamos y la forma de trabajar con método: Se necesita formación en la educación de adultos y contar con material actualizado, compatible con la realidad de los familiares AS16

Apoyo la idea de adelantarnos en la actualización de la solicitud de personal, sin ellos nada hacemos (AS 18)

La Asamblea Mundial de la Salud (2004) ha identificado el papel de los recursos humanos como un verdadero desafío para la mejora de las Prestaciones sanitarias. Se reconoce las tensiones cuando frente a iniciativas laborales, no se es consecuente con los recursos necesarios; es todavía insuficiente el respeto y acción frente a las condiciones laborales y persisten las brechas no sólo en el número de personas necesarias sino en la justeza de sus retribuciones.

Valorar el potencial estratégico de las personas que trabajan, constituye un reto ético que ubica a los gestores en un espacio crítico para el diálogo y construcción de un clima armónico de la misma forma que para impulsar mejoras específicas.

Calidad en los procesos

Esta Subcategoría, direcciona la capacidad del potencial humano para asegurar las mejoras indispensables para el bienestar de pacientes y familiares, en un contexto institucional que ha sido rebasado por la demanda.

Al respecto, los participantes en el estudio expresaron:

Hace falta fortalecer competencias en la gestión de procesos relacionados con la Estrategia, cuando se comparte la misma dirección, el entusiasmo y disciplina en el método de trabajo, todo es posible. AS22

Continuar realizando los procesos de Familiar Acompañante, en mejores condiciones, gestionando las mejoras en la planta física, equipamiento, disponibilidad de material educativo actualizado, mejor dotación de personal. AS17

En el marco de los esfuerzos para ampliar la cobertura de servicios y transformarla a nivel universal, cada país diseña nuevas intervenciones para la protección de la población a través de ciertos beneficios y nuevas prestaciones que involucran el rediseño de procesos de

atención; se incentiva mayor participación y promueve la práctica de principios éticos y corporativos (Del Carmen, 2019).

En concordancia con estos lineamientos, Familiar Acompañante ha rediseñado las prestaciones de servicios a paciente y familia en el espacio hospitalización-hogar, tratando de optimizar resultados: cuidado seguro, cuidador entrenado, familia se organiza manteniendo su forma de auto sustentarse y no solo cifró sus metas en acercarse a la población superando el criterio de accesibilidad geográfica y adicionalmente descongestiona el hospital, encaminando posibilidades de interconexión con otros actores sociales.

Celebración de Alianzas estratégicas

Categoría propuesta por los actores sociales sobre la base de la valoración crítica del papel de los facilitadores y limitantes para la implementación de Familiar Acompañante en las IPRESS y corresponde al cuarto objetivo del estudio realizado.

Surgió de la confrontación entre la carencia de recursos y el bajo acompañamiento en decisiones presupuestales. Las alianzas estratégicas constituyen formas especiales de relacionamiento entre entidades que esperan compartir beneficios mutuos; se trata de relaciones voluntarias y con sentido de colaboración; participan quienes desean trabajar juntos en determinada intervención, por lo que, comparten responsabilidades, recursos y potenciales beneficios (Asamblea Mundial de la Salud, 2004).

Los participantes del estudio, manifestaron su propuesta al respecto:

Establecer Alianzas Estratégicas con la municipalidad para el otorgamiento de un ambiente para la educación, para las IPRESS que tenemos la dificultad. AS10

Estudiar la forma de realizar Alianzas Estratégicas, intercambio de prestaciones preventivo promocionales para los trabajadores de la empresa cooperante a cambio de local o financiamiento de material educativo culturalmente adecuado. AS 17

El logro de las alianzas es muy apropiado en el grupo de adultos mayores dada la multidimensionalidad del compromiso de la salud siendo pertinente que las entidades inmersas en esta proyección tomen en cuenta: enfocar los beneficios esperados en términos de optimización de recursos, desarrollo de perfiles de sus integrantes o valor agregado en sus procesos; involucrar a los profesionales en el diseño y materialización de la alianza, además de formalizar los acuerdos clarificando fines y expectativas desde el inicio (Butirica y Ordoñez, 2020).

Categoría: Aprendizajes construidos en la experiencia

Expresa uno de los resultados que trascienden los procesos vividos durante la experiencia de implementación de Familiar Acompañante. Aspecto trascendente en los momentos de ejecución de la sistematización de experiencia porque puntualiza qué se aprendió, quiénes aprendieron y por qué fue así, de modo contundente se ubica en la macro categoría impacto, la misma que incluye dos categorías adicionales.

Desde el Primer Momento de la experiencia a sistematizar, se consideró la prioridad de llevar a cabo un aprendizaje sencillo, en respuesta a los cuidados necesarios una vez que el paciente ha superado la fase aguda, retorna a su hogar y completa su recuperación. Las expresiones de los participantes fueron:

Fue experiencia de aprendizaje mutuo para personal y familiares. Las profesionales que captaron al cuidador tenían el conocimiento y el método; los familiares tenían la disposición y la capacidad para aprender; esto a su vez, abrió la comunicación y el compromiso. AS2

Como enfermera, sentí la experiencia muy gratificante. Valoré cuánto podía ayudar a otras personas, el esfuerzo para crear confianza, unión y armonía; paciente, familia y equipo de salud... vincular esos tres personajes. AS4

Aprendí que muchas familias pueden beneficiarse mediante un cuidado seguro, la calidad del cuidado familiar ha mejorado y ellos pueden con más facilidad auto sustentarse. Valoré también cuan bueno es manifestar entusiasmo, se atrae a los familiares y también a otras colegas. AS6

En resumen, los cuidadores familiares aprendieron el cuidado físico, emocional y espiritual. Las enfermeras aprendieron a aprender nuevas estrategias beneficiosas con las personas adultas. Todos aprendieron la importancia de manifestar las emociones, de comunicarse de modo asertivo. También, aprendieron a identificar su potencial de ayuda para otros, aprendizaje mutuo (Hans-Goldberg, 2018).

Conocimiento práctico

Las competencias profesionales y coherencia con los patrones educativos predominantes en la familia de los asegurados, fue la base para la planificación conjunta los lineamientos establecidos en la directiva N° 004, la misma que consideró doce sesiones educativas a desarrollar durante el entrenamiento del cuidador primario; naturalmente conservando la flexibilidad según valoración de necesidades de aprendizaje en la observación y entrevista ejecutadas durante la captación del cuidador (Ayestarán et al., 2022).

Me enseñaron el baño en cama, los cambios de posición, alimentar por sonda nasogástrica, nunca soñé con esto; aprendí a dar confort y seguridad para que mi familiar no sufra caídas. AS 7

Esta actividad exige trabajar de la mano con los familiares, el aprendizaje debe realizarse mientras ellos acompañan al pariente enfermo, durante la hospitalización. Es el espacio ideal para la satisfacción de necesidades y despertar el interés por aprender procedimientos que realizarán en el hogar AS 8

En la praxis en donde se realiza la transferencia del conocimiento; ellos requieren más de un saber hacer y saber ser; cuidar es dedicación, asistencia personalizada, dirigida a la totalidad de la persona, los procedimientos son un medio para la comprensión y ayuda específica, para tratar de cuidar a la medida de la necesidad personal (Waldow y Pereira, 2020).

Escuchar al paciente y familia

Esta subcategoría permitió, evidenciar el aprendizaje del personal directivo, participantes involucrados desde la dirección de las IPRESS, jefatura y coordinación de enfermería y la subgerencia del cuidado por aquel entonces. Se trata de la percepción activa, integral, razonada y sentida frente a las experiencias de la familia y propuestas del equipo interdisciplinar.

Expresan esta información los testimonios:

Quando los familiares hablan, uno se da cuenta que sufren porque si no consiguen alguien que aprenda los detalles para cuidar al paciente cuando vaya a casa, todo puede suceder y es estar en carreras y con el peligro de lo que puede pasar. AS 9

Si me llevan a casa dicen los pacientes...qué será de mí...nadie sabe las cosas que aquí hacen bien y tal vez mi recuperación demore más. AS13

Quiero que mi familiar enfermo no sufra, por eso creo debemos aprender y tener paciencia para acudir a las clases. AS 17

Experiencia nueva, enriquecedora porque es un reto cumplir con los principios de equidad, sentido solidario y justicia social empezando con el paciente y familia; se trataba de necesidades recuperativas y de seguridad del paciente y de mantener la capacidad de sobrevivencia por parte de la familia. Escuchar la voz del usuario es el primer paso para dar respuestas efectivas y contribuir activamente a la transformación social de la población

vulnerable. Muy en especial cuando las instituciones sociales trabajan por desarrollar una cultura del envejecimiento en condiciones saludables (Buriticá & Ordoñez, 2020).

Conocimiento compartido

Respecto a la subcategoría sobre el impacto de la experiencia. Alude al poder generado cuando los miembros de una organización comunican y comparten logros, obstáculos y aprendizajes. La experiencia sistematizada en Familiar Acompañante reúne lecciones aprendidas para la gestión, el cuidado práctico, las relaciones interpersonales, el liderazgo, la perseverancia, entre otros.

Expresan el valor identificado:

Es una visión compartida entre directivos, profesionales del equipo de salud y miembros de la familia, se ha dado a comprender que es posible introducir mejoras en favor de pacientes y familiares y que esto enseña, cómo se puede evitar que los pacientes regresen por emergencia habiendo empeorado. Si los resultados han sido favorables, podemos comprender que existe poder al compartir lo aprendido. AS9

La integración del equipo interdisciplinar no es fácil; sin embargo, cuando se valora a cada persona, nadie impone. Se respetan las diferencias, nadie divide y se puede llegar más lejos. AS 21

El conocimiento construido es indispensable para abrir y mantener las vías que permiten vulnerar los riesgos y disfrutar de salud. El conocimiento compartido es el verdadero aprendizaje organizacional, un proceso inacabado y fuente de competitividad inigualable. De este depende la vigencia de las organizaciones en su sector y su capacidad para innovar; es relevante porque una vez construido, se puede gestionar representando una fortaleza institucional (Ayestarán et al., 2022).

EsSalud empodera a la familia y al equipo interdisciplinar

Esta categoría correspondiente al impacto de la experiencia, representa un logro relevante. Después de haber transitado los momentos e hitos en los que se reconstruye la experiencia de Familiar Acompañante, se develan resultados que posicionan las intervenciones que fueron realizadas por el equipo interdisciplinario, y con la dirección de personal en puestos directivos, por su desempeño asertivo y excelente uso de los facilitadores.

Empodera a la familia, porque a partir de sus necesidades, apoya la iniciativa en proceso desde 2010-2011 hasta jerarquizar sus componentes y organizar la propuesta con el consecuente beneficio de tener estrategias para asegurar el cuidado del paciente en el hogar; le asegura conocimiento práctico, apoyo al cuidador y creación de redes a su favor.

Empodera a los profesionales porque les permite asumir la estrategia según su especialidad, decisión y compromiso con autonomía.

Expresan estos resultados:

La experiencia es gratificante y aleccionadora, de aprendizaje múltiple. A valorar que cada uno debe dar lo mejor de su esfuerzo, que todos pueden mejorar, que la misión de quienes trabajamos en EsSalud es hacer las cosas bien y lo que pacientes y familia necesitan, son resultados buenos y dan satisfacción. AS22

EsSalud al permitir que quienes tienen la visión de lo que hay que hacer, continúen hasta lograr su esfuerzo y contagiar a otros, está dando poder para mejorar los puntos débiles que tenemos con pacientes y familiares y que está en nuestras manos, lograr. AS 24.

La Estrategia utilizada ha permitido que la familia venza las dificultades y adquiera mayor control sobre la salud de sus integrantes; los profesionales han trabajado promoción de la salud a través de la enseñanza y apoyado en la recuperación; se empodera al conocer el problema ocasionado por la enfermedad y cómo afrontarlo (Málaga et al., 2019).

Satisfacción paciente/familia

Con relación al resultado que refleja los aportes y valoración de la experiencia: grata, placentera, estimulante. Términos utilizados por los participantes que sorprendidos reconocían el valor del esfuerzo y la optimización realizada en las oportunidades de aprendizaje, facilitadas por la institución a través de sus profesionales.

Dan testimonio de este logro:

Como no va estar satisfecho el paciente si su recuperación está asegurada; además está con su familia y en su casa, con privacidad y afecto AS 23

Sentimos el apoyo, la confianza y hasta el ahorro. No tenemos que acudir al hospital de manera muy seguida. No sabía que en Essalud tenemos aliados. AS25

Cuidador: Siento menos estrés porque se lo que tengo que hacer y cómo. Soy defendido por el personal de EsSalud y mi familia, para no agotarme. AS19

La satisfacción indica calidad en las intervenciones, forma de realizarlas y el trato comprensivo para con las personas; es posible darse cuenta que cuando se conocen las necesidades del paciente, se consigue centrar las enseñanzas y orientaciones, reducir la incertidumbre y aumentar la confianza (Gómez et al., 2019).

Cultura organizacional fuerte

Subcategoría que reúne las características expresadas en el apoyo directivo, aceptación de riesgos, respeto a la autonomía de quienes tomaron la iniciativa, liderazgo proactivo, preocupación por los resultados y comportamiento basado en valores.

Los rasgos descritos corresponden a la estructura de una cultura organizacional fuerte, en la medida que se ha convertido en un espacio pleno de conocimientos, experiencias, sentimientos y valores construidos y compartidos entre sus miembros, situación que les permite

comunicar su experiencia de manera única, con satisfacción y tendencia a multiplicar los logros alcanzados o continuar en los esfuerzos valorados en sentido positivo (Reyes y Moros, 2019).

Manifiestan estos rasgos los siguientes discursos:

Contribuye a los logros en la implementación del programa porque hay unión y valores compartidos en el equipo de gestión y los profesionales a nivel interdisciplinar. AS8

El apoyo de las autoridades del nivel de Presidencia Ejecutiva, dirección de las IPRESS, jefas y coordinadoras, refleja que la calidad está en su mente y dirige el compromiso y riesgos experimentados, han sobrellevado el conflicto y ha vencido la firme voluntad a la resistencia. AS25

El entusiasmo y empeño de las enfermeras, me contagio. ¿Cómo negarme a tanta oportunidad de aprendizaje? ¿Cómo no valorar su dedicación? AS1

Los integrantes de una cultura organizacional fuerte actúan de manera flexible, proactiva, están orientados hacia el cambio y tienen visión de largo plazo, el esfuerzo por compartir creencias, valores y experiencias, les permite llegar a toda la organización y persuadir sobre los beneficios de la innovación (Ayestarán et al., 2022).

Continuidad de la estrategia familiar acompañante

Categoría final correspondiente al cuarto objetivo del estudio y eje sobre el impacto de la experiencia sistematizada, es una de las propuestas de los participantes luego de valorar los aportes y sentido de la experiencia. Uno de los aspectos que proyecta la sostenibilidad a la Estrategia.

La experiencia ha demostrado lograr cuidados efectivos en los pacientes egresados del hospital y cuidados en su hogar por un cuidador entrenado, optimizando los recursos disponibles en ambos espacios y en pro del bienestar y la eficacia de los esfuerzos en el eje

familia e institucional; abarca los campos de la sostenibilidad social y económica por lo que los actores sociales proponen, debe seguir ejecutándose.

Respaldan esta propuesta los requisitos de toda iniciativa similar:

Contar con base legal: Directiva N° 004 de Gerencia General de EsSalud

Responde a necesidades sociales en salud en la familia del asegurado

Está garantizada la participación de diversos actores sociales

Se identifica con claridad, la presencia riesgos, beneficios y oportunidades

Existe una línea de base, método de intervención e indicadores de resultados

Es posible documentar su desarrollo a través de Registros, sistema informático, planes e informes. (Cabezas-Sánchez, 2018).

Los discursos que cierran el impacto de Familiar Acompañante son:

Continuar la Estrategia y extender su desarrollo a otros servicios con perfiles similares de vulnerabilidad/dependencia en los pacientes hospitalizados, que ameritan cuidados para su recuperación. Las necesidades de la familia subsisten. AS 18

Continuar desarrollando la estrategia en mejores condiciones de planta física, dotación de personal y capacidad de gestión en las IPRESS. AS22

Continuar la implementación de la estrategia, por los logros alcanzados para el paciente, la familia, los cuidadores y la propia institución. Se visualiza muy buena articulación de esfuerzos, la experiencia resultó gratificante. AS 24

Las autoridades de la Red Desconcentrada en reunión con los responsables de la implementación, valoran los resultados y retan al seguimiento con el liderazgo demostrado, sentido solidario y la capacidad innovadora.

La extensión del análisis realizado es en razón de la temporalidad de la iniciativa objeto de la sistematización y las exigencias de esta metodología. Se deja constancia que solo se ha extraído las categorías que alcanzaron mayor saturación.

En la temporalidad de la experiencia, no se alcanzó un desarrollo significativo en los procesos de soporte al cuidador para la prevención del estrés reconocido en los reportes de la ciencia. Tampoco fue posible la construcción de redes de apoyo, haciendo explícito que a pesar de haber desarrollado la implementación de Familiar Acompañante durante el periodo 2013-2018, ha requerido bastante tiempo sensibilizar, capacitar, implementar los procesos operativos e involucrar a los niveles I y II de atención.

En el desarrollo de la experiencia hubo momentos de consenso y también de contradicciones, aun reconociendo la necesidad apremiante de entrenamiento del cuidador, no se aceptaba avanzar en la iniciativa hasta bien avanzada la sensibilización sobre su operatividad.

En virtud de estas limitaciones se avizora la posible continuidad en el desarrollo de la Estrategia Familiar Acompañante, ahondando en la reflexión de aquellos puntos que pueden seguir ejerciendo el rol de facilitador y de este modo, concentrar el potencial dinamizador del éxito alcanzado, con optimismo.

Tabla 4

Línea de tiempo: Estrategia familiar acompañante (EFA) Hospitales II III Red desconcentrada Almenara

Momento 1	Periodo	Punto de partida: línea de base
	2010-2013	Hitos relevantes <u>EJE FAMILIAR</u> - Temor, desconocimiento - Rechazo de llevar a s /familiar al hogar - Eventos adversos: caídas-úlceras por presión - Necesidad del aprendizaje del cuidado - Familia expectante <u>EJE INSTITUCIONAL</u> - Negociación equipo interdisciplinar - ¿Cómo ayudar a la familia? - Reingresos a hospitalización evitables

		- Iniciativa toma liderazgo Enfermería - Documenta y propone la oficialización
Momento 2	Periodo 2013-2018	Reconstrucción de Experiencia Hitos relevantes <u>EJE INSTITUCIONAL</u> - Se consolida al equipo interdisciplinar - Apoyo institucional a todo nivel: - Cambio hacia modelo de atención centrado en el cuidado (MOCEPS) - Formalización de la estrategia (2015) directiva 004-Gerencia general-ESSALUD - Proceso de implementación: planificación - Procesos, operativos y de soporte en marcha <u>EJE FAMILIAR</u> - Familia acuerda cuidador a entrenar - Participa en el entrenamiento - Retroalimentación: visita domiciliaria
		- Sensibilización - Captación - Entrenamiento
Momento 3	Periodo 2018	<u>EJE FAMILIAR</u> - Incrementar capacidad de autocuidado - Seguridad y auto sostenimiento - Identifica presencia de ESSALUD; aliado - Participa y manifiesta la continuidad de la EFA <u>EJE INSTITUCIONAL</u> - Implementación EFA 90% - Empoderamiento de la familia y los profesionales - Aprendizajes: conocimiento práctico (C.P.) - Negociación y liderazgo (directivos/Prof. de la salud)
		- Monitoreos indicadores - Registros/ sistemas - Extensible

Punto de llegada: IMPACTO

Sostenibilidad de la estrategia

Capítulo VI

Conclusiones y recomendaciones

Conclusiones

La implementación de la Estrategia Familiar Acompañante se realizó a través de una experiencia participativa y constructiva, respecto a las relaciones interpersonales de escucha, diálogo, respeto y laboriosidad. Esto predominó los valores de solidaridad, tolerancia, cooperación y calidad, el cual facilitó los avances importantes en los procesos operativos.

Los momentos significativos de la experiencia fueron tres: el punto de partida que se caracterizó por el entusiasmo, reflexión en torno a las necesidades que dieron origen a la Estrategia familiar Acompañante, el compromiso requerido y la negociación necesaria de tipo colaborativo con los profesionales de la salud, quienes aún no mostraban convicción para involucrarse en la iniciativa. Se sentía la mirada de los familiares y sus diálogos en búsqueda de soluciones.

El segundo momento que comprende propiamente la implementación de la directiva N° 004, permitió reconstruir la experiencia vivida por el equipo directivo, los profesionales de la salud y los cuidadores primarios. Se trataba de la mixtura entre contar con pautas específicas recibidas con alegría y el reto de ejecutar con la implementación en un contexto también integrado por notable apoyo político institucional, sin excluir, la limitación de recursos humanos, materiales, equipo e infraestructura para las intervenciones educativas.

El tercer momento representa el diálogo entre los actores sociales involucrados, conscientes de la necesidad de evaluar la experiencia: describir cómo se realizó, los logros alcanzados y porqué se dio de ese modo, incluyendo a tal fin los elementos identificados por ellos, como recursos o comportamientos facilitadores. Se desarrolló en un contexto de comprensión, tolerancia y sinceridad, expresando aciertos y desaciertos tanto en el eje familiar como en el eje institucional. Prevalció la identificación de aspectos favorables en la

experiencia compartida: buena comunicación, liderazgo compartido y apoyo directivo desde el nivel de gestión institucional más alto hasta el más operativo.

Los elementos facilitadores de mayor relevancia fueron: la disposición familiar para el aprendizaje del cuidador primario, el compromiso institucional directivo y liderazgo de los profesionales; además de la disponibilidad de pautas concretas para la conducción del proceso de implementación de la directiva.

La capacitación fue el proceso de mayor presencia a lo largo de los dos primeros momentos, incluyendo fundamentos y método de Familiar Acompañante más los principios de la andragogía para la educación del cuidador primario. La participación fue muy representativa por parte del personal de las IPRESS, facilitando la efectiva articulación de esfuerzos.

Los obstáculos evidentes en su mayor parte por limitaciones logísticas lograron superarse con recursos adaptativos, a excepción del potencial humano que, en algunos momentos compartía su jornada entre cuidado de pacientes hospitalizados y los procesos de Familiar Acompañante. Asimismo, la resistencia al cambio en algunos profesionales de la salud fue asumida con prudencia y se logró el control, por la perseverancia, compromiso y entusiasmo de las enfermeras a cargo del entrenamiento del familiar cuidador.

Las propuestas emergentes en los discursos de los participantes apuntaron a mejorar la gestión logística en coherencia con el presupuesto anual, la celebración de alianzas estratégicas a fin de asegurar el intercambio de los recursos escasos a fin de realizar los servicios educativos acorde a la dignidad de las personas y sin interrupciones. Una segunda propuesta fue la celebración de alianzas estratégicas con el objetivo de asegurar los recursos críticos para la enseñanza: local, equipo de proyección multimedia, material educativo culturalmente compatible y ambiente físico.

El impacto de la experiencia se centró en tres categorías: los aprendizajes logrados por los actores sociales, el empoderamiento realizado por EsSalud a la familia y equipo interdisciplinar culminando con la categoría sobre continuidad de la Estrategia, dados los

beneficios evidenciados en la práctica. Los aprendizajes logrados por la familia manifiestan la satisfacción de tener en EsSalud un aliado, que responde a sus necesidades reales y apremiantes al contar con un cuidador primario entrenado que permite la recuperación del paciente.

Los directivos aprendieron la importancia de escuchar la voz de los usuarios: paciente, familia, personal de salud; cada uno posee saberes y aporta a la construcción del conocimiento práctico, mejora de la gestión e integración del equipo, que una vez compartido da el poder para transformarse a sí mismo con autoconfianza, equilibrio y prudencia, aprendiendo también a controlar riesgos, permitir que el personal crezca y desarrolle su potencial innovador, rasgos de una cultura institucional fuerte y productiva.

El proceso de construcción teórica y reflexión sobre la práctica, fue propicio para la aproximación al impacto de la experiencia, consolidando las bases para la sostenibilidad de la Estrategia Familiar Acompañante en contextos de altas prioridades para el control de la salud, apoyo institucional y liderazgo capaz de transformar las condiciones limitantes en bienestar.

Recomendaciones

Estudiar la posibilidad de replicar la metodología utilizada a otras experiencias de proyectos o Modelos de atención implementadas por el impacto en el mejoramiento logrado y posibles innovaciones a realizar.

Fortalecer los mecanismos que aseguren la evaluación y seguimiento de la salud del cuidador primario por el elevado riesgo de la actividad cuidadora prolongada en pacientes crónicos y altamente vulnerables.

Incluir en el plan de estudios, la enseñanza de la metodología utilizada por su carácter práctico, constructivo e integral para experiencias con relevancia social aplicables en salud.

Mantener el apoyo político institucional para la efectividad en la implementación de estrategias que se dirigen a la promoción de la seguridad y bienestar.

Referencias

- Albarracín, D. (2012). *Dialéctica, Hermenéutica y Pragmática Formal*. (1ra ed.). Biblos:
- Andrade, C., De Oliva, T., & Lago, E. (2014). Vivências de familiares no cuidado à pessoa idosa hospitalizada: do visível ao invisível. *Saúde Soc. Sao Paulo*, 26(3), 702-711. <https://doi.org/10.1590/S0104-12902017156439>
- Araya, S., & Orellana, X. (2018). Representaciones de docentes universitarios respecto de las Tics en la acción práctica: Algunas claves para el diseño de instancias formativas. *Revista de Estudios y Experiencias en educación*, 2(2), 45-58. <https://www.redalyc.org/journal/2431/243156768004/html/>
- Araya-Cloutier, J. & Ortiz-Salgado, A. (2010). Percepción del Cuidado que se brinda a la persona como reflejo de un paradigma. *Enfermería en Costa Rica*, 31(1), 21-25. Recuperado de <https://www.binasss.sa.cr/revistas/enfermeria/v31n1/art5.pdf>
- Ariza, L., Vivas, P., Castro, D., Gómez, L., & Rodríguez, J. (2022). Sistematización de Experiencias: una reflexión sobre sus potencialidades para la salud pública. *Revista Científica Salud Uninorte*, 38(1), 299-326. <https://doi.org/10.14482/sun.38.1.614.41>
- Asamblea Mundial de la Salud (2004, 08 de abril) La familia y la salud en el contexto del décimo Aniversario del Año Internacional de la Familia. Informe de la Secretaría. Organización Mundial de la Salud. <https://apps.who.int/iris/handle/10665/21232>
- Ayestarán, S., Gómez, D., Martínez-Moreno, E., Lira, E., & Da costa, S. (2022). Un Modelo de intercambio de conocimientos para las organizaciones del siglo XXI. *Revista de Psicología del Trabajo y de las Organizaciones*, 38(3), 175-187. <https://dx.doi.org/10.5093/jwop2022a21>
- Barragán-Giraldo, D., Ibarra Mogollon, M., & Pérez-Pérez, T. (2020) Itinerario formativo

- e investigativo en sistematización de experiencias (IFISE). *Revista colombiana de Educación*, 79(2), 243-272. <https://doi.org/10.17227/rce.num79-6349>
- Batthyánay, K.(2015). Las políticas y el cuidado en América Latina: una mirada a las experiencias regionales. *CEPAL*, 124, 1-48, <https://www.cepal.org/es/publicaciones/37726-politicas-cuidado-america-latina-mirada-experiencias-regionales>
- Becker, C., Oliveira, N., Laís, F., Dellamora, K., Forbes, D., & Manganelli, L. (2017). Necesidades de los cuidadores familiares en la atención domiciliaria a ancianos, . *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 25(e2870), 1-8. <https://doi.org/10.1590/1518-8345.1511.2870>
- Bernabéu-Álvarez, C., Faus-Sanoguera, M., Lima-Serrano, M., & Lima-Rodríguez, J.-S. (2020). Revisión sistemática: influencia de los Grupos de Ayuda Mutua sobre cuidadores familiares. *Enfermería Global*, 19(2), 560–575. <https://doi.org/10.6018/eglobal.392181>
- Boff, L. (2012). *El cuidado necesario*. Trotta. <http://www.trotta.es/libros/el-cuidado-necesario/9788498793017>
- Butirica,E., & Ordóñez, L. (2020). Modelo de gestión sostenible en la atención comunitaria del adulto mayor. *Revista cubana de Investigaciones Biomédicas*, 39(2), 1-14 http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0864-03002020000200005
- Carreño-Moreno, S., Chaparro-Díaz, L., & López-Rangel, R. (2017). Intervenciones en cuidadores familiares de niños con cáncer. *Index de Enfermería*, 26(1), https://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-

12962017000100010

- Casildo, D. (2016). *Percepción del familiar acompañante sobre el cuidado que brinda la enfermera en el servicio de emergencia* [Tesis Doctoral, Universidad Católica de los Ángeles Chimbote] Repositorio Campus Uladech <https://repositorio.uladech.edu.pe/handle/20.500.13032/366>
- Cassette, V., & Paredes-Carbonell, J. (2020). La teoría del cambio: una herramienta para la Planificación y la evaluación participativa en salud comunitaria. *Gaceta Sanitaria*. 34(3), 305-307. <https://dx.doi.org/10.1016/j.gaceta.2019.06.002>
- Cifuentes-Patiño, M., & Pantoja, G. (2019). Sistematización de experiencias para construir saberes y conocimientos desde las prácticas: sustentos, orientaciones, desafíos. *Prospectiva Brujas*, (28), 371-379. <http://www.scielo.org.co/pdf/prsp/n28/2389-993X-prsp-28-00371.pdf>
- Cipolleta, S., Gammino, G., Francescom, P., & Palmieri, A. (2018). Mutual support groups for family caregivers of people with amyotrophic lateral Sclerosis in Italy: A pilot study. *Ariana Palmieri*, 26(4), 556-563. *Health Soc Care Community*. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/29479773/>
- Cogollo, R., Amador, C., & Valladiego, M. (2019) El cuidado de la salud de la familia. *Revista internacional de Ciencias de la Salud*, 16(2), 345-355. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7026823>
- Collière, M. (1993). *Promover la vida*. (2da ed.). Mc Graw Hill.
- Congreso de la República del Perú (1993, 29 de diciembre). *Constitucion Política del Perú*. <https://www.congreso.gob.pe/Docs/files/documentos/constitucionparte1993-12-09-2017.pdf>

- Cuya, E., & Hiyane, Y. (2019). *Involucramiento organizacional y satisfacción laboral en una Institución Estatal, Lima 2019* [Tesis de título profesional, Universidad San Ignacio de Loyola]. Repositorio Campus USIL. <https://repositorio.usil.edu.pe/server/api/core/bitstreams/99bb7b7b-0922-4c04-b498-c2da8f3c05a8/content>.
- Dávila, E. (2019). *Percepción del familiar cuidador sobre el cuidado enfermero en pacientes con diabetes mellitus II en un hospital de Essalud – Chiclayo, 2017* [Tesis de título profesional, Universidad Católica Santo Toribio de Mogrovejo]. <https://tesis.usat.edu.pe/handle/20.500.12423/2445>
- De Souza, J. (2000). Sistematización: Un instrumento pedagógico en los proyectos de Desarrollo Sustentable. *Revista Interamericana de Educación de Adultos*, 22(1-3), 11-48. <https://cepalforja.org/sistem/bvirtual/?p=769>
- De Souza, M. (2013). *La artesanía de la investigación cualitativa*. Lugar Editorial.
- Del Carmen, J. (2019). Lineamientos y estrategias para mejorar la calidad de la atención en los servicios de salud. *Revista Peruana de Medicina Experimental y Salud Pública*, 36(2), 288-295. http://www.scielo.org.pe/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1726-46342019000200018
- Departamento de Enfermería (1980). *Informe Anual Familiar Acompañante en Pediatría*. Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen - Essalud.
- Departamento de Enfermería. (2009). *Informe anual Familiar Acompañante en Geriatría*. Hospital Nacional Guillermo Almenara Irigoyen - EsSalud.
- Do Prado, L., De Souza, I., Monticelli, M., Cometto, M., & Gómez, F. (2013).

- Investigación cualitativa en enfermería. Metodología y didáctica.* Organización Panamericana de Salud. <https://iris.paho.org/handle/10665.2/51587>
- Escobar-Castellanos, B., & Cid-Henríquez, P. (2018). El cuidado de enfermería y la ética derivados del avance tecnológico en salud. *Acta Bioethica*, 24 (1), 39-46. <http://dx.doi.org/10.4067/S1726-569X2018000100039>
- Frías-Osuna, A., Moreno-Cámara, S., Moral-Fernández, L., Palomino-Moral, P. Á., López-Martínez, C., & Del-Pino-Casado, R. (2019). Motivos y percepciones del cuidado familiar de mayores dependientes. *Atención Primaria*, 51(10), 637–644. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2018.06.010>
- Gadamer, H. (2016). *El movimiento fenomenológico.* Editorial Síntesis.
- Ghiso, A. (2011). Sistematización. Un pensar el hacer, que resiste a perder su autonomía. *Revista Decisio*, 28 (3), 3-8. <https://cepalforja.org/sistem/bvirtual/?p=686>
- Godoy, N., Ferrer, L., & Lucchini-Raies, C. (2020). Experiencia vivida por cuidadores informales de niños y niñas en etapa escolar con diagnóstico de VIH. *Revista Iberoamericana de Educación e Investigación en Enfermería*, 10(4), 7–17. <https://www.enfermeria21.com/revistas/aladefe/articulo/339/experiencia-vivida-por-cuidadores-informales-de-ninos-y-ninas-en-etapa-escolar-con-diagnostico-de-vih/>
- Gomes, I., Lacerda, M., Hermann, A., Pereira, J., Paes, D., & Torin, L. (2019). Cuidados realizados por el familiar cuidador del niño después de trasplante de células madre hematopoyéticas. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 27(e3120). <https://doi.org/10.1590/1518-8345.2298-3120>
- Gottlieb, L., & Gottlieb, B. (2015). cuidados de enfermería sobre la base de los puntos

- fuerteras. Un modelo de atención para favorecer la salud y curación de la persona y familia. *Desclee de Brower*, 14(56), 141-143.
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/libro?codigo=844580>
- Guzmán, C., & Saucedo, C. (2015). Experiencias, vivencias y sentidos en torno a la escuela y a los estudios. Abordajes desde las perspectivas de alumnos y estudiantes. *Revista Mexicana de Investigación Educativa*, 20(67), 1019–1054.
<https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5336235>
- Habermas, J. (1984). *The Theory of Communicative Action. Vol. 1. Reason and the Rationalization of Society*. Beacon Press. Recuperado de <https://teddykw2.files.wordpress.com/2012/07/jurgen-habermas-theory-of-communicative-action-volume-1.pdf>
- Hahn-Goldberg, S., Jeffs, L., Troup, A., Kubba, R. & Okrainec, K. (2018). “We are doing it together”; The integral role of caregivers in a patients’ transition home from the medicine unit. *PLoS ONE* 13(5), e0197831, 1-14.
<https://doi.org/10.1371/journal.pone.0197831>
- Hernández-Sampieri, R. & Mendoza, C. (2018). *Metodología de la investigación. Las rutas cuantitativa, cualitativa y mixta*. Recuperado de <http://repositorio.uasb.edu.bo:8080/handle/54000/1292>
- Jara, O. (2018). *La sistematización de experiencias, práctica y teoría para otros mundos posibles*. Centro Internacional de Educación y Desarrollo Humano.
<http://hdl.handle.net/20.500.11907/2121>
- Larrosa, J. (2006). Sobre la experiencia I. *Aloma: Revista de Psicología i Ciències de l'educació*, 19, 87-112. <http://hdl.handle.net/2445/96984>

- López-Bolaños, L., Campos-Rivera, M., & Villanueva-Borbolla, M. (2017). Compromiso y participación comunitaria en salud: aprendizajes desde la sistematización de experiencias sociales. *Salud Pública de México* 60(2), 192-201. <https://doi.org/10.21149/8460>
- Málaga, G., Cuba-Fuentes, M., Rojas-Mezarina, L., Romero-Albino, Z., Hamb, A., & Paz-Soldán, V. (2019). Estrategias para promover la alfabetización en salud desde la atención primaria. *Anales de la Facultad de Medicina*, 80(3), 372-378. <http://dx.doi.org/10.15381/anales.803.16864>
- Malpartida, M. (2020), Familia: enfoque y abordaje en la atención primaria. *Revista médica Sinergia*, 5(9), e543. <https://revistamedicasinergia.com/index.php/rms/article/view/543>
- Martínez, B., Montleón, M., Carretero, Y., & García-Baquero, M. (2012). *Enfermería en cuidados paliativos y al final de la vida*. - (2da ed.). ELSEVIER.
- Martínez, M., & De La Cuesta, C. (2016). La experiencia del cuidado de las mujeres cuidadoras con procesos crónicos de salud de familiares dependientes. *Atencion Primaria*, 48(2), 77–84. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2015.03.006>
- Martínez, N., Borges, Y., Sánchez, S., & Pérez, T. (2021). Sistematización de experiencia del desarrollo de capacidades en investigaciones políticas y sistemas de salud en el pregrado de enfermería. *Revista cubana de enfermería*, 37 (4), 1-16. <https://revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/4529>
- Mélich, J. (2011). Filosofía de la finitud. *Herder*, 54, 202–204. <https://doi.org/10.2307/j.ctvt7x7d8>
- Mera, K. (2019). La sistematización de experiencias como método de investigación para

- la producción del conocimiento. *Revista de Ciencias Humanísticas y Sociales*. 4(1), 99-108. <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=7047150>
- Ministerio de Salud (MINSA). (2009). Política Nacional de Calidad en Salud. *Documento técnico. Resolución Ministerial N° 727-2009-MINSA*. Recuperado de <https://www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales/246122-727-2009->
- Miranda, Y. (2008). Actores sociales, su papel en el campo de la salud. *Medisur*, 6(1), 63–70. <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=180020298010>
- Moral-Fernández, L., Frías-Osuna, A., Moreno-Cámara, S., Palomino-Moral, P., & Del-Pino, R. (2018). Primeros momentos del cuidado: el proceso de convertirse en cuidador de un familiar mayor dependiente. *Atencion Primaria*, 50(5), 282–290. <https://doi.org/10.1016/j.aprim.2017.05.008>
- Moreno-González, M., Galarza-Tejada, D., & Tejada-Tayabas, L. (2019). Experiencias del cuidado familiar durante el cáncer de mama: la perspectiva de los cuidadores. *Revista Da Escola de Enfermagem da USP*, 53(e03466), 1–9. <https://doi.org/10.1590/S1980-220X2018012203466>
- Organización Mundial de la Salud. (2019, 25 de junio). Nuevas directivas sobre autocuidado como complemento de la atención de salud. <https://news3edad.com/2019/06/25/la-oms-difunde-nuevas-directrices-sobre-autocuidados-como-complemento-de-la-atencion-de-salud/>
- Peña-Varón, J., Marín-velásquez, P., & Mosquera-Becerra, J. (2021). Papel de la Sistematización de experiencias en los procesos de evaluación de intervenciones en salud pública en la comuna saludable por La Paz, Cali-Colombia. *Prospectiva Revista de Trabajo Social e Intervención Social*,(31), 299-313

<https://revistapropectiva.univalle.edu.co/index.php/prospectiva/article/view/10572>

Pinzón-Rocha, M., Galvis-López, C., & Vacca-Casanova, A. (2019). Percepción de directivos de programas de atención domiciliaria en el departamento del Meta. *Orinoquia*, 23(1), 95–104.
http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-37092019000100095

Piñero, M., Machado, M., & Esteban, E. (2020). *Proceder del investigador cualitativo. Precisiones para el proceso de investigación* (2da ed.). UPEL

Plataforma digital única del Estado Peruano (1997, 20 de julio). *Ley General de Salud. Ley N°26482*. <https://www.gob.pe/institucion/minsa/normas-legales/256661-26842>

Plataforma digital única del Estado Peruano (1999, 09 de enero). *Ley de creación del seguro social de salud. EsSalud*.
<http://www.essalud.gob.pe/transparencia/pdf/publicacion/LEY27056ESSALUD.pdf>

Plataforma digital única del Estado Peruano (2004, 06 de diciembre) *Ley N° 28411, Ley General del Sistema de Presupuesto*. <https://www.gob.pe/institucion/congreso-de-la-republica/normas-legales/229463-28411>

Plataforma digital única del Estado Peruano (2014, 11 de julio). *Ley 30224. Ley del Sistema Nacional para la calidad y el Instituto Nacional de calidad*. <https://www.gob.pe/institucion/inacal/normas-legales/292131-30224>

Reyes, J., & Moros, H. (2019). Cultura Organizacional: principales desafíos teóricos y metodológicos para su estudio. *Estudios del Desarrollo Social*. 7(1), 201-201.
<https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=552364016011>

Rivas, M.. (2018). Calidad de Atención desde la Perspectiva del Paciente y del Familiar

- cuidador en el Hogar Clínica San Juan de Dios- Chiclayo. *Revista de Investigación Científica UNTRM: Ciencias de La Salud*, 1(1), 19–27.
<https://revistas.untrm.edu.pe/index.php/RICS/article/view/289/310>
- Rivas-Herrera, J., Gonzales-Velásquez, M., De la Peña-León, B., & Reyes-Juárez, C. (2020). Cuidador familiar: necesidades y experiencias. *Revista de Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social*; 28 (3), 170-176.
http://revistaenfermeria.imss.gob.mx/editorial/index.php/revista_enfermeria/article/view/1057
- Rodríguez, G., Córdoba-Doña, J., Escolar-Pujolar, A., Aguilar-Diosdado, M., & Goicolea, I. (2018). Familia, economía y servicios sanitarios: claves de los cuidados en pacientes con diabetes y amputación de miembros inferiores. Estudio cualitativo en Andalucía. *Atencion Primaria*, 50(10), 611–620.
<https://doi.org/10.1016/j.aprim.2017.06.011>
- Rodríguez, S., Díaz, R., Cervera, M., Banda, A., Rodríguez, L., & Tejada, S. (2020). Participación de familiares cuidadores para el confort de personas mayores hospitalizadas. *Gerokomos*, 31(2), 71–75. <https://doi.org/10.4321/s1134-928x2020000200003>
- Ruiz-Fernández, M., Ortiz, R., & Ortega-Galán, Á. (2019). Estudio cualitativo sobre las vivencias del cuidador de Alzheimer: adaptación e impacto. *Cultura de Los Cuidados*, 23(53), 16–27. <https://doi.org/10.14198/cuid.2019.53.03>
- Sánchez, C. (2016). Una propuesta epistemológica para la sistematización de experiencias generada desde la reflexión sobre la práctica. *Revista Interamericana de Educación, Pedagogía y Estudios culturales*, 9(2), 11-26.

<https://revistas.usantotomas.edu.co/index.php/riiep/article/view/3612>

Seguro Social de Salud (2014). Memoria Anual 2013.

<https://repositorio.essalud.gob.pe/handle/20.500.12959/2835>

Seguro Social de Salud (2016). *Memoria Anual*

2015. <https://repositorio.essalud.gob.pe/handle/20.500.12959/2837>

Seguro Social de Salud (2016, julio). *Nuevo modelo de prestación de salud: modelo de cuidado estandarizado y progresivo de salud.*

<https://repositorio.essalud.gob.pe/handle/20.500.12959/728>

Silva, A., Teixeira, H., Cardoso, M., & Freitas, S. (2013). The needs of informal caregivers of elderly people living at home: An integrative review. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 27(4), 792–803. <https://doi.org/10.1111/scs.12019>

Snyder, R. (2017). Resistance to change among Veterane Teachers: Providing Voice for more Effective Engagement. *International Journal of Educational Leadrship Preparation*, 12 (1), 1-14. <https://eric.ed.gov/?id=EJ1145464>

Soriano, R. (2016). Gestión del cambio: una propuesta metodológica desde el proceso estratégico. *Revista de Ciencias de la Gestión*, (1), 38-88 <https://doi.org/10.18800/360gestion.201601.002>

Vergara-Aguirre, S.N., Omar Arturo Chavarría-Santiago, O.A., Rodríguez-Medina, D.A., Domínguez-Trejo, B. & Zamudio-Silva, P. (2019). Intervención cognitivo-conductual para promover adherencia terapéutica y regulación autonómica en pacientes con diabetes mellitus tipo 2. *Revista Psicología y Salud*, 29(2), 207-217. <https://doi.org/10.25009/pys.v29i2.2587>

Waldow, V. (2009). Enseñanza de enfermería centrada en el cuidado. *Aquichan*, 9(3),

246–256.

<http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/1523/1829>

Waldow, V., & Figueiró, R. (2008). El proceso de cuidar según la perspectiva de la vulnerabilidad. *Revista Latino-Americana de Enfermagem*, 16(4).

<http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104->

[11692008000400018&script=sci_arttext&tlng=es](http://www.scielo.br/scielo.php?pid=S0104-11692008000400018&script=sci_arttext&tlng=es)

Waldow, V., & Pereira, E. (2020). *Consciência, cuidado e saúde: contribuições para o desenvolvimento humano e planetário*. CRV.

Wright, D., & Gros, C. (2012). Theory inspired practice for end-of-life cancer care: an exploration of the McGill Model of Nursing. *Canadian Oncology Nursing Journal*, 22(3), 175-181. <https://pubmed.ncbi.nlm.nih.gov/22970473/>

Apéndice A. Instrumentos recolección de datos



Guía de entrevista semiestructurada

Experiencia en la estrategia familiar acompañante

Dirigido a: directores, jefas de enfermeras, coordinadoras de enfermería y cuidadores primarios.

Presentación

Muy buenos días/tardes: Me llamo Liliana Chirinos Aponte, soy doctoranda de Ciencias de Enfermería de la Universidad Peruana Unión. Con el propósito de conocer sus experiencias acerca del desarrollo de la Estrategia Familiar Acompañante, solicito su cooperación, contestando algunas preguntas que les haré. Es muy importante escuchar las recomendaciones para hacer el mejor uso del tiempo.

Este tiempo que dedican a este esfuerzo es muy valioso para EsSalud, los pacientes, los administradores y enfermeras. Por ello agradezco de antemano su colaboración y les explicaré cómo se llevará a cabo la entrevista.

Orientación:

1. La comodidad y la confianza son básicas, siéntanse tranquilos y cómodos. La información que me brinden, será grabada y la duración de la entrevista será de aproximadamente 45 minutos, por lo que considero 5 minutos para que puedan dejar sus tareas en orden y luego poder realizar esta conversación.

Se trata de dar a conocer con la mayor sencillez y claridad lo que cada uno ha vivido en el programa, piensa y siente acerca de esta experiencia.

Si alguna pregunta no es clara, por favor no dudan en pedir la aclaración, es

importante que su respuesta sea amplia, que considere todo lo que ha vivido y sus impresiones acerca de lo que se hace en Familiar Acompañante.

I. Datos generales

a. b. Ocupación c. Tiempo de servicio

d. ¿Por cuánto tiempo Usted ha experimentado el desarrollo de la Estrategia Familiar Acompañante?

II. Información específica

1. ¿Cómo fue su experiencia en la Estrategia Familiar Acompañante? Cuénteme por favor.
2. ¿En su opinión, qué aspectos facilitaron el desarrollo de las actividades de “Familiar Acompañante”? ¿De qué manera? Explique por favor con toda confianza.
3. ¿En su experiencia, qué limitaciones encontró en el desarrollo de las actividades?
5. Hasta este momento se ha conversado sobre los puntos de vista que les ha permitido vivir la experiencia, ¿Qué proponen de acuerdo a las experiencias compartidas y resultados logrados?

Guía de discusión grupal I



Momento de la Sistematización: punto de partida

Experiencia en la estrategia familiar acompañante

Dirigida a: Profesionales de enfermería líderes en la Implementación de la Estrategia.

Presentación

Muy buenos días...Mi nombre es Liliana Chirinos Aponte, como parte de mi formación doctoral, en la Universidad Peruana Unión, pido su invaluable apoyo, con la finalidad de conocer sus experiencias en el avance y conducción del Programa Familiar Acompañante, para fines de investigación. Por tal motivo, solicito su cooperación, participando en esta reunión donde espero puedan expresar todas sus impresiones acerca del desarrollo de la Estrategia Familiar Acompañante.

Orientaciones

Solo para facilitar el diálogo, la moderadora hará algunas preguntas. Sin embargo, es deseable que Uds. se expresen en las respuestas. Cuando algunas de ustedes consideren opiniones diferentes o contrarias soliciten participar a la moderadora, cuidando siempre el respeto a cada una de las participantes y usando el tiempo necesario. Se grabará la reunión y se les hará llegar el resultado para ser revisada por Uds. y den su conformidad o formulen la necesidad de un cambio, sobre lo manifestado. Asimismo, se tomará algunas fotografías. Agradezco de antemano su gentil participación.

I. Preguntas guía

1. ¿Cómo fue su experiencia inicial en la Estrategia Familiar Acompañante que se realizaba en su Institución Prestadora de servicios antes de su Oficialización en el año 2015?
2. Profundizando en la experiencia, ¿qué elementos facilitadores encuentra usted para el desarrollo de Familiar Acompañante por iniciativa de algunos profesionales del equipo interdisciplinar?
3. ¿Qué obstáculos encontró para el desarrollo de las actividades de la estrategia, para lograr los objetivos previstos?
4. ¿Qué propone Usted de acuerdo a su experiencia para implementar en adelante?

Guía discusión grupal II



Momento de la sistematización: punto de llegada

Equipo interdisciplinar de las IPRESS con Estrategia Familiar Acompañante en implementación

Introducción

Es muy grato encontrarnos todos los participantes en la implementación de la Estrategia Familiar Acompañante, luego de varios años de formalizada a lo largo de sus principales procesos, métodos e instrumentos. Es el momento de escuchar la postura de cada uno de Ustedes de **manera dinámica y breve**, respetando los tiempos de esta Jornada de aproximadamente 5 horas de duración. Agradezco de antemano su presencia que, permite concretar algunos aspectos clave de la experiencia vivida para dar cuenta de los logros alcanzados y previsión de necesidades a futuro. La sesión será registrada en Acta respectiva y grabada para conservarla en el One drive institucional.

Orientaciones




Cada participante contará con 10 minutos para formular su apreciación general sobre dos aspectos sobre la experiencia vivida en la IPRESS donde trabaja, en la Estrategia Familiar acompañante después de agosto del 2015 en que fue oficializada su implementación. Esos aspectos centrales son:




1. ¿Cuáles son los logros que Ud. aprecia apreciados en la experiencia ¿(Comprende: el **paciente, el cuidador primario, la institución de EsSalud**)?
2. ¿**Por qué se alcanzaron esos resultados en familiar Acompañante?**
3. ¿**Qué acciones faltaría realizar para afianzar el desarrollo de la estrategia?** Mencione otros aspectos que considere importantes.

Para evitar la fatiga, a las 10am, se dará un espacio para refrigerio y descanso, reiniciando la actividad a las 10.30am, por el propósito de esta reunión, solicitamos mucha disciplina y cooperación de cada uno de Uds.

¿Alguna pregunta de los participantes? Si no hubiera dudas, damos inicio a la sesión, la moderadora de la reunión tomará nota del Acta correspondiente y antes de concluir, cada uno leerá las conclusiones para facilitar su firma.

**FORMULARIO DE REVISIÓN DOCUMENTAL
ESTRATEGIA FAMILIAR ACOMPAÑANTE**

DOCUMENTO	PROCESO A REVISAR	AVANCE		
				
<p>1. FICHA FAMILIAR ACOMPAÑANTE</p> <p>OPCIONES:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. La estrategia F.A, 2. Proceso envejecimiento. 3. Prevención de eventos adversos 4. Cuidados Específicos 5. Comodidad 6. Soporte emocional espiritual 7. Cuidados Vía Aérea 8. Alimentación Saludable 9. Eliminación 10. Procedimiento 11. Cuidados Aprendidos 12. Cuidados al acta del pac. 	<p><u>PROCESO OPERATIVO</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Identifica al Paciente 2. Identifica al Cuidador Primario 3. Valoración Física – emocional – social 4. Identifica las necesidades de aprendizaje 5. Desarrollo de Sesiones educativas según necesidad (más frecuentes) <ol style="list-style-type: none"> a. _____ b. _____ c. _____ d. _____ e. _____ f. _____ 6. Registra los datos obtenidos 7. Registra Participación / asistencia del C.P. / Familiar. 8. ¿Realiza retroalimentación? Por visita domiciliaria () Por tele asistencia () <p><u>PROCESO DE SOPORTE</u></p> <ol style="list-style-type: none"> 9. Aplica test de Zarit 10. Coordina con Psicología 11. Articulación apoyo interdisciplinario <ul style="list-style-type: none"> - Médico geriatra / internista () - Nutricionista () - Terapia física / rehabilitación () 12. Monitores pacientes en riesgos por estrés del cuidador 			
Rojo = En inicio		Amarillo = Proceso		Verde = Logrado

DOCUMENTOS	ASPECTOS RELEVANTES	AVANCE		
				
INFORMES TRIMESTRAL ANUAL	<u>REGISTRA</u> <ul style="list-style-type: none"> - Porcentaje de Cuidadores primarios entrenados () - Porcentaje de C.P. acreditados para el cuidado intrahospitalario/ hogar () - Porcentaje de visitas domiciliarias realizadas () - NTI de redes de C.P. de apoyo organizadas () - NTI de redes de apoyo funcionando - Porcentaje de familiares satisfechos () 			
CAPACITACIÓN	<ul style="list-style-type: none"> ➤ Resistencia Registrada () ➤ Lugar () ➤ IPRESS participantes () ➤ Logro de objetivos () ➤ Evaluación de Proceso () ➤ Sugerencias () 			
ACTAS DE REUNION	<ol style="list-style-type: none"> 1. Registro de fechas () 2. Registro de Participantes () 3. Acuerdos Concretos () 4. Avances () 5. Dificultades () 			

Apéndice B. Consentimiento Informado



UNIVERSIDAD PERUANA UNIÓN

ESCUELA DE POS GRADO - UPG CIENCIAS DE LA SALUD

Doctorado en Enfermería

CONSENTIMIENTO INFORMADO

I. INTRODUCCIÓN:

Soy ...

II. INFORMACIÓN DEL PROYECTO:

El estudio se realiza, para conocer los principales aportes del trabajo de los profesionales en beneficio de los pacientes y familiares atendidos en la estrategia Familiar Acompañante. De esta forma es posible mejorar y ofrecerles a Uds. servicios que respondan a sus necesidades reales.

Su participación en esta investigación se dará por medio de la entrevista y participación en grupos de discusión que serán programados con anticipación. El local para la realización de la entrevista o reunión de grupo será mantenido en reserva y se garantizará la privacidad de los participantes. Las informaciones serán grabadas en medio electrónico (grabadora digital) y guardados por cinco años, después serán destruidas; cumpla además con presentarle información sobre beneficios y riesgos de su participación en el estudio, antes que nos dé su consentimiento firmado.

Riesgos:

El estudio no presenta riesgos para Usted, únicamente la información puede hacer que Usted sea identificado, por lo que me comprometo a proteger su identidad, usando seudónimos o códigos AS 15 que impide que sea reconocido como autor del testimonio expresado en la Experiencia de Familiar Acompañante.

Beneficios:

Usted va a mantener el apoyo institucional con el que contaba desde antes del estudio y para resolver cualquier necesidad relacionada con el trabajo que realiza, contará con la ayuda del personal responsable de la Estrategia Familiar Acompañante.

III. AUTORIZACIÓN:

Yo..... Hago constar que acepto participar voluntariamente como sujeto de la investigación de tesis de doctorado titulada "Sistematización de experiencia en la Estrategia Familiar Acompañante en Instituciones Prestadoras de Servicios de nivel II". Lima, EsSalud.

Después de haber sido debidamente informado (a) de los aspectos de mi participación, así como la finalidad que persigue la misma. Doy consentimiento de mi participación, para lo cual firmo la presente como prueba de mi aceptación.

Ciudad y fecha:

.....

Firma del Investigador

.....

Firma del Participante

Apéndice C. Matriz de categorización

Apéndice C: Matriz de Categorización		OBJETIVO	Núcleos Sentido	Categoría	Subcategoría	Fuente	Técnica
EJE DE SISTEMATIZACIÓN							
1. Describir la experiencia vivenciada - Actores Sociales en la Estrategia Familiar acompañante (EFA)	Valoración de la experiencia	- Motivadora	Necesidad de aprendizaje del cuidado	Transición hospital - hogar	Cuidador Familiar (C.P) Profesionales del equipo interdisciplinario (E.I) Enfermeras del programa inicial	Entrevista	
		- Aleccionadora					
		- Gratificante					
		- Compromiso					
		- Convergencia		Negociación interdisciplinaria			
		- Seguridad					
		- Comunicación					
		- Aprendizaje					
		- Necesidad Familiar					
2. Analizar las áreas de cambio en el desarrollo EFA y los elementos facilitadores	Valoración crítica de los elementos facilitadores	- Interdisciplinarietàad	Disposición familiar para el entrenamiento del cuidador primario	Cuidar con conocimiento Cuidado del cuidador	Cuidador Primario	Entrevista Discusión grupal	
		- Involucramiento					
		- Liderazgo compartido					
		- Políticas en acción					
		- Apoyo institucional	Compromiso institucional a todo nivel	Políticas de Calidad	Enfermeras EFA		
		- Competencia		Competencia profesional	Personal directivo		
		- Valores profesionales		Involucramiento			
		- Capacitación					
3. Analizar las áreas con limitaciones en el desarrollo de la EFA	Valoración crítica de los elementos limitantes	- Cambios en la gestión	Estrategia Familiar	Infraestructura y equipamiento	Jefas de enfermeras Enfermeras EFA	Discusión grupal	
		- Personal					
		- Infraestructura	Acompañante: inversión, los recursos y actitudes hacen la diferencia	Potencial humano			
		- Recursos tecnológicos					
		- Material educativo					
		- Resistencia		Resistencia			
		- Integración del equipo					
		- Presupuesto					

EJE DE SISTEMATIZACIÓN	OBJETIVO	Núcleos Sentido	Categoría	Subcategoría	Fuente	Técnica
4. Construir propuestas emergentes en la experiencia de los actores sociales EFA Alternativas emergentes de los AS según el impacto de la experiencia		<ul style="list-style-type: none"> - Monitoreo - Continuidad - Equipo integrado - Condiciones - Extender experiencia - Resultados - Participación - Alianzas estratégicas - Logística - Fortalecimiento - Cultura fuerte 	Gestión logística con sinceramiento presupuestal Celebración de alianzas estratégicas	<ul style="list-style-type: none"> - Potencial humano calificado / factor de éxito - Calidad en los procesos 	Cuidador Primario Enfermeras Programa Enfermeras y otros Profesionales Jefes y Coordinadoras.	Entrevista Discusión grupal I Análisis documental: Ficha Familiar Acompañante Informes Actas
Síntesis: Aproximación Final Comunicar el impacto de la experiencia de los actores sociales en la EFA • Conocimiento construido por los A. S • Participación y alcance institucional • Sostenibilidad de la EFA		<ul style="list-style-type: none"> - Articulación esfuerzos - Sentido práctico - Empoderamiento - Conocimiento - Poder - Familia Segura - Aliados - Satisfacción de prioridades - Coherencia política - Continuidad - Éxito 	Aprendizajes construidos en la experiencia EsSalud empodera a la familia y al equipo interdisciplinar Continuidad de la estrategia	Satisfacción Paciente / Familia Cultura institucional fuerte	Cuidadores primarios Jefas Coordinado Responsables de la Estrategia Directores Equipo interdisciplinario	Entrevista Discusión grupal II

FICHA N°

FICHA FAMILIAR ACOMPAÑANTE

Establecimiento de salud Servicio.....

 Fecha de ingreso al establecimiento:
 Fecha de ingreso al PFA:.....

DATOS DE FILIACION

 Apellidos y Nombres:..... Estado Civil:.....
 Sexo:.....
 N° de Seguro:..... Edad:..... Religión:.....
 Domicilio: Teléfonos:
 Distrito: Referencia domicilio:
 Condición: Nuevo () Reingreso () Hospital de procedencia:

VALORACIÓN SOCIO FAMILIAR

 Redes sociales:
 ()
 Formal: () Espos/a () Hijos/as Hermanos/as () Sobrinos/as Otros:
 N° de Hijos ¿Con quién vive el paciente?
 No () Casa de
 Formal: () Amigos () Vecinos () Clubes () Centros A.M. reposo Otros

Datos del familiar acompañante/cuidador

Apellidos y nombres	Edad	Grado de instrucción	Parentesco

Datos del familiar responsable

Apellidos y nombres	Edad	Grado de instrucción	Parentesco

 Vivienda: () propia () alquilada () alojado ¿En qué piso vive el paciente?.....
 Barreras arquitectónicas: Escaleras con barandas SI () NO () Baño con barandas SI () NO ()
 Existencia de desniveles en el domicilio: SI () NO () Presencia de niños en domicilio: SI () NO ()
 Iluminación de la vivienda: () Adecuado () Inadecuado Ubicación de muebles () Adecuados () Inadecuados
 Actividad: () Pensionista () Derechohabiente () Pensión de Viudez () Trabajador activo
 Ingreso Económico: () Menos de 600 () Entre 600 - 1000 () Más de 1000
 Soporte Familiar: () SI () NO Al alta dónde vivirá el paciente:

		PROGRAMA FAMILIAR ACOMPAÑANTE				
		PLANIFICACION		EJECUCION		
SESIONES		INTERVENCIONES PROGRAMADAS		FECHA	OBSERVACION	FIRMA DEL FAMILIAR
SESION 1	ASPECTOS GENERALES DEL PFA	I- 11	Apertura de la ficha: Importancia del Programa Familiar Acompañar			
			Deberes y Derechos del Asegurado/Familia: actividades de la CGSIL, horario de visitas, traslado de pacientes, DNI, preparación para el alta, tiempo de estancia, informa medico, etc			
		I- 12				
		I- 13	Medida de Bioseguridad : cuidados			
		I- 14	Higiene de manos y lavado de manos			
			PASE: 12 HR () 24 HR (), CITA :			
SESION 2	PROCESO DE ENVEJECIMIENTO	I- 21	Educación: Proceso de envejecimiento			
		I- 22	Estilo de la vida saludable			
		I- 23	Uso del tiempo libre			
		I- 24	Proyecto de vida del adulto mayor			
SESION 3	PREVENCION DE SINDROMES GERIATRICOS	I- 31	Dismovilidad: Definición, causas, consecuencias, medidad de prevención			
		I- 32	Dismovilidad: Definición, causas, consecuencias, medidad de prevención, cuidados a tener en cuenta			
		I- 33	Úlceras por presión (UPP): Definición, causas, consecuencias, medidas de prevención, cuidados a tener en cuenta			
		I- 34	Incontinencia urinaria: Definición, causas, consecuencias, cuidados a tener en cuenta			
		I- 35	consecuencias, medidas de prevención, cuidados a tener en cuenta			
		I- 36	Síndrome confusional: Definición causas, consecuencias y cuidados a tener en cuenta			
SESION 4	EDUCACION RESPECTO A LA ENFERMEDAD	I- 41	Naturaleza de la enfermedad, causas, complicaciones, tratamiento, cuidados a tener en cuenta			
		I- 42	Identificación de signos de alarma			
SESION 5	COMODIDAD Y CONFORT	I- 51	Higiene de la piel, baño en cama			
		I- 52	Higiene perineal			
		I- 53	Hidratación de la piel			
		I- 54	Cambios de posturas			
		I- 55	Baño en ducha, cuidados			
		I- 56	Curación de úlceras por presión			
		I- 57	Curación de otro tipos de herida			
SESION 6	CUIDADOS PALIATIVOS, EMOCIONAL Y ESPIRITUAL	I- 61	Cuidados ante el dolor: Cateter subcutaneo, Hidratación			
		I- 62	Cuidados y preparación para el duelo			
		I- 63	Apoyo Emocional			
		I- 64	Apoyo Espiritual			
SESION 7	MANEJO DE LA VIA AEREA	I- 71	Manejo de aspirador de secreción			
		I- 72	Aspiración de secreciones por boca y TQT			
		I- 73	Curación de traqueostomia			
		I- 74	Uso de aerocámara			
		I- 75	Nebulización			
		I- 76	Oxigenoterapia			
SESION 8	CUIDADOS DE ALIMENTACION SALUDABLE	I- 81	Alimentación via oral			
		I- 82	Alimentación por sonda nasogástrico (SNG)			
		I- 83	Alimentación por sonda nasoyeyunal (SNY)			
		I- 84	Alimentación por Gastrostomia			
SESION 9	CUIDADOS DE LA ELIMINACION	I- 91	Cuidado de sonda vesical			
		I- 92	Cuidados en el cambio del pañal: Prevención del eritema de pañal			
		I- 93	Cuidados en el cambio de bolsa de Colostomia			
SESION 10	PROCEDIMIENTOS ESPECIALES	I- 101	Control de Funciones Vitales: T (), P (), R (), PA ()			
		I- 102	Control de glucosa por medio de Hemoglutest			
		I- 103	Administración de insulina			
SESION 11	SUPERVISION DE LOS CUIDADOS Y PROCEDIMIENTOS APRENDIDOS	I- 111	En comodidad y confort			
		I- 112	En cuidados de la alimentación			
		I- 113	En manejo de la via aérea			
		I- 114	En procedimientos especiales			
SESION 12	CUIDADOS AL ALTA DEL PACIENTE Y DEL CUIDADOR	I- 121	Aplicación del test de Zarit			
		I- 122	Cuidado del cuidador: Prevención de carga del cuidador			
		I- 123	Educación al momento del alta de pcte: Cuidados y Medicación			
		I- 124	Aplicación de la Encuesta de Satisfacción del Usuario			

REUNION MULTICLIPLINARIA : SI () NO ()

INTERCONSULTAS : Psicología () Servicio Social () Terapia física y Rehabilitación () Nutrición ()

EVALUACION: OA () OPA () ONA () Katz del Alta: A () B () C () D () E () F () G () H ()

FAMILIAR CAPACITADO SI () NO () CAUSAS: Fallecido () Deserción () Referido () Caso Social () Otros ()

Fecha de Alta de Paciente: Fecha de alta de Familiar

Pasa a Teleasistencia : SI () NO ()

Pasa a Visita Domiciliaria: SI () NO () CITA

Observaciones y Recomendaciones