



INSTITUTO DE
FORMACIÓN
SUPERIOR

APUNTES DE CATEDRA

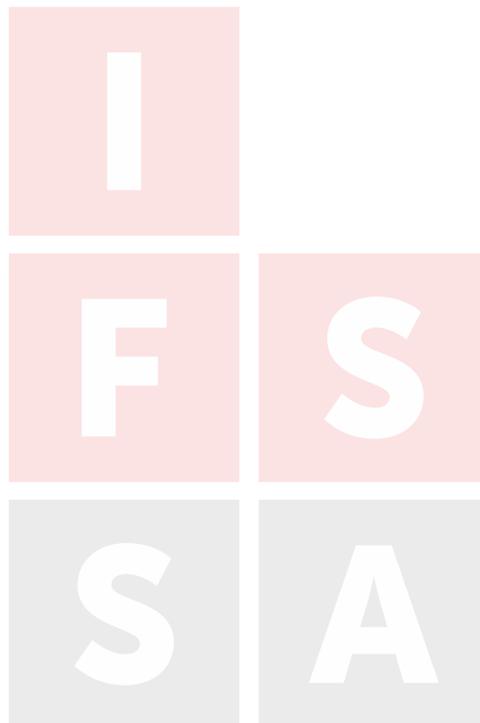
ENFERMERIA COMUNITARIA

Prof.: Enfermera Lic. M. Cristina Riffo V. | Tecnicatura en Enfermería | 2020

Contenido

UNIDADES A DESARROLLAR	3
DESARROLLO DE LAS UNIDADES	5
UNIDAD I: “Bases Teóricas de la Enfermería Comunitaria”	5
DEFINICIÓN ABC	7
Gestión del Cuidado de Enfermería	9
Diversos Modelos para mejorar la Gestión del Cuidado	14
Actividades individuales a desarrollar	16
Resignificación del PAE	16
Diagnósticos de Enfermería	17
Diagnósticos de Enfermería Familiares	18
Diagnósticos de Bienestar	22
Consulta de Enfermería	23
La guía para la confección del ASIS consta de los componentes siguientes:.....	30
DISCUSIÓN	30
APS- Atención Primaria de la Salud	37
Las prácticas y las distintas concepciones de APS.....	37
APS y La promoción de la salud	38
UNIDAD II	39
Niveles de atención y complejidad. Referencia y Contrarreferencia	39
REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA	40
LA REGIONALIZACIÓN COMO PROCESO DE REORGANIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD	41
La descentralización de los servicios de salud	43
Descentralización del Sector Salud	44
Las necesidades de la familia	44
LAS FUNCIONES FAMILIARES	46
Las NBI (Necesidades Básicas Insatisfechas).....	47
Necesidades de Salud	47
Estilo de vida saludable	48
Prácticas, pensamiento y cultura: Aproximaciones en el campo de la salud	50
Modelos de atención y cuidados de Enfermería Comunitaria.....	51
Postulados del Modelo de Enfermería Comunitaria	53
Proceso de Enfermería Comunitario	54
Medicina Popular. Prácticas complementarias de salud.....	59
Equipos de Salud en el Ámbito Comunitario	60
UNIDAD III	64
“SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA.”	64
COMUNIDAD Y SALUD DE LA COMUNIDAD.....	64
Participación comunitaria. Modalidades.....	65
Modelos de participación de la comunidad en salud:.....	66
Proceso salud-enfermedad.....	68
Modelos de Madeleine Leininger y Dorothea Orem.....	77
“SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA”	85
TEMA: FAMILIA	85
CONFORMACION FAMILIAR TRADICIONAL.....	94
“NUEVAS CONFORMACIONES FAMILIARES”	97
La familia y la cultura: una conexión innovadora para el cuidado de la salud*	99
Las Configuraciones Familiares	103

Promoción del cuidado familiar en las distintas etapas del ciclo vital-Promoción del cuidado en casa	
Distintos tipos de crisis	112
Promoción del cuidado en casa	113



INSTITUTO DE
FORMACIÓN
SUPERIOR

UNIDADES A DESARROLLAR

UNIDAD I: “Bases Teóricas de la Enfermería Comunitaria”

- Enfermería comunitaria: Definiciones. Modelos y Teorías. Conceptos básicos.
- Características de enfermería comunitaria: Conocimiento, Comunicación, Equipo.
- Rol: cuidado enfermero
- Resignificación del PAE: Valoración, Diagnostico comunitario, Planificación, Ejecución y Evaluación
- Examen preliminar de la situación de Salud de la comunidad (valoración) ASIS
- Funciones de la enfermería comunitaria: Gestión del cuidado: promoción, prevención, rehabilitación, recuperación, docencia- servicio
- Investigación, gestión y administración de insumos y recursos
- Consulta de enfermería.
- APS, Indicadores de Salud. Casos prácticos.

UNIDAD II: “la Salud Pública y su importancia para enfermería”

- Niveles de Atención y complejidad-Regionalización.Descentralización.
- Referencia Contrarreferencia.
- Necesidades de salud en las comunidades. NBI • Necesidades prioritarias en salud familiar y comunitaria.
- Promoción de estilos de vida saludables.
- Enfermería y cultura. Modelos de atención y cuidados. Modelo de Lenninger y Orem.
- Medicina Popular. Prácticas complementarias de salud
- Trabajo en equipo.

UNIDAD III: “SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA.”

- Salud familiar, formas de familia alternativas.
- Nuevas configuraciones familiares.
- Comunidad: Conceptos, características - Salud comunitaria.
- Visión de salud dentro de la comunidad. Proceso Salud-Enfermedad: Concepto salud enfermedad desde la perspectiva social.
- Diagnostico comunitario-determinación de necesidades.
- Abordaje intersectorial e interdisciplinar, en la identificación de necesidades de salud
- Familiograma: concepto-casos prácticos.
- Promoción del cuidado familiar en sus distintas etapas del ciclo vital-promoción del cuidado en casa.
- Violencia familiar. Violencia de género. Violencias.
- Salud en la mujer: enfoque integral-promoción y prevención.

UNIDAD IV: “GENEROS -SALUD Y EMBARAZO”

- Géneros, sexualidad, transgéneros
- Salud de géneros, sexual y reproductiva: concepto, situación poblacional en Argentina.
- Planificación familiar-Aspectos éticos-legales.
- Promoción-prevención en embarazo según distintas etapas (adolescencia-adultez),
- Dinámica familiar durante el embarazo
- Aborto- ILE: conceptos y su percepción en la sociedad. Fallos, protocolos y guías •

UNIDAD V: “SALUD INTEGRAL EN LAS DISTINTAS ETAPAS EVOLUTIVAS”

- Fundamentos psicosociales, culturales del desarrollo humano.
- Guía de atención y cuidados de niños y niñas de 0-6 años de la provincia de Neuquén
- Factores intervinientes y condicionantes en el crecimiento, indicadores de desarrollo.

- Enfermedades de mayor prevalencia en la distintas etapas evolutivas- promoción y prevención.
- Factores de riesgo, que predisponen a los distintos grupos etarios-identificación de los mismos, promoción de salud.
- Cobertura y servicios en salud. Inmunizaciones. Calendario anual.
- Derechos de la comunidad en las distintas etapas. (23002,etc.)
- Trabajos con casos prácticos, teniendo en cuentas las diferentes etapas de desarrollo evolutivo, en la promoción-prevención de salud-enfermedad.

UNIDAD VI: SITUACION DE SALUD POBLACIONAL- EJE CENTRAL: EL TRABAJO-ESTRESS

- Trabajo: concepto- identificación de los distintos factores de riesgo y protectores.
- Los Diferentes trabajos, en las distintas etapas evolutiva-promoción y prevención.
- Condiciones de vida: factores que determinan los distintos procesos de salud-enfermedad. Desempleo.
- Afecciones y consultas más prevalente en la zona, determinadas por distintas tareas laborales en la región.
- Análisis de siniestros laborales- como afecta en la familia y en la comunidad. Prevención promoción.
- Stress y su impacto en la salud.

UNIDAD VII: "EDUCAR, PARA LA SALUD EN LA COMUNIDAD"

- La salud en relación con la educación- perspectiva cultural.
- Educación continua en salud. El proceso de enseñanza-aprendizaje. Modelos educativos alternativos. Estrategias para identificar las necesidades de aprendizaje de la comunidad
- Educación popular.
- La educación permanente del equipo de salud
- Distintas estrategias y herramientas, para la educación de la población.
- Identificación de situaciones de riesgo, y de protección en la comunidad, educar para prevenir y promocionar.
- Trabajo intersectorial, como estrategia para la acción en la comunidad.
- Uso de tecnología, para la difusión de información en problemáticas prevalentes, como herramienta para la promoción de la salud.

DESARROLLO DE LAS UNIDADES

UNIDAD I: "Bases Teóricas de la Enfermería Comunitaria"

Concepto de Enfermería

Es una relación interpersonal de ayuda con la persona, familia y comunidad, que implica experiencias de aprendizajes contribuyentes al crecimiento personal, a la madurez, creatividad y productividad a fin de mejorar la calidad de vida.

Examina los factores que originan la situación de salud-enfermedad y brinda cuidados que posibiliten que sean las personas, la familia y la comunidad los/las promotores/as de su propio bienestar y desarrollo personal y comunitario

Está basada en una concepción totalizadora de la persona como ser biológico, psicológico, social, cultural. Procura desarrollar al máximo sus potencialidades interpretando los determinantes históricos-sociales del proceso de salud-enfermedad.

Promueve estrategias de interacción para las actividades de fomento, prevención, curación y/o rehabilitación en todas las etapas del ciclo vital, estableciendo prioridades y estimulando la capacidad de independencia para el cuidado de la salud.

Desarrolla sus actividades en equipos intra e interdisciplinarios manteniendo y fortaleciendo su autonomía e identidad profesional.

Fomenta la investigación científica para consolidar un cuerpo de teoría y tecnología propio y participa en investigaciones del área de salud. Aplica el método científico en la atención de enfermería.

Asume la formación técnica, científica y humana de recursos humanos en Enfermería, adecuados a las necesidades nacionales y regionales. Fomenta la educación continua y el desarrollo de profesionales con habilidad en la coordinación de grupos y responsabilidad en la toma de decisiones.

Aplica los principios de administración científica en acciones de organización y reorganización de servicios de salud en todos los niveles de complejidad y promueve la integración, docencia-asistencial.

Concepto de Enfermería. Marco Conceptual Plan de estudios 1992. Escuela de Enfermería UNR, conceptos propios de la docente de Cátedra, Lic. Araceli Cárdenas.

¿Qué es la Enfermería Comunitaria?

La Enfermería Comunitaria es la disciplina que sintetiza los conocimientos teóricos y las habilidades prácticas de la enfermería y la salud pública y los aplica como alternativas (estrategias) de trabajo en la comunidad con el fin de promover, mantener y restaurar la salud de la población, contando con la participación (comunitaria) de esta, mediante cuidados directos e indirectos, a individuos, familias, otros grupos y a la propia comunidad en su conjunto, como miembro de un equipo multidisciplinario.

Principios de la enfermería comunitaria

- ✚ La Enfermería Comunitaria se apoya en una base sólida de la enfermería integrando a su práctica conocimientos de salud pública.
- ✚ Es responsabilidad de la Enfermería Comunitaria la población como un todo.
- ✚ La naturaleza de la práctica de la Enfermería Comunitaria se fundamenta en las necesidades y problemas de salud prioritarios de la población desde los procesos participantes.
- ✚ La acción de la Enfermería Comunitaria tendrá caracteres integrales e integrados.
- ✚ La evaluación continuada y sistemática de la situación en salud, es la clave para el proceso y mejoramiento de los servicios de salud.
- ✚ La educación sanitaria es un instrumento de trabajo fundamental.
- ✚ La Enfermería Comunitaria debe trabajar con y para la comunidad promoviendo la participación comunitaria.
- ✚ La familia es considerada por la Enfermería Comunitaria como su principal unidad de servicio.
- ✚ Los problemas y necesidades de salud deben abordarse desde la interdisciplinariedad.
- ✚ La Enfermería comunitaria debe ser defensora de los valores que contribuyan a mantener una mayor solidaridad y justicia social, e igualdad de oportunidades.

Objetivo de la Enfermería Comunitaria

- ✚ Satisfacer las necesidades de salud de la población con la participación de la persona y la colaboración de otros profesionales y sectores de la comunidad.

Roles funcionales de Enfermería Comunitaria

-  Promover y gestionar cuidados.
-  Educación.
-  Administración.
-  Investigadora.

Roles de actitud

-  Defender.
-  Asesorar.
-  Promover.
-  Coordinar.
-  Impulsar.
-  Facilitar.
-  Colaborar.



Fuente: Tomado de

<http://es.slideshare.net/ceciliasp/enfermeria-comunitaria-funciones-e-intervenciones>

Título: Enfermería Comunitaria. Sitio: Definición ABC. Fecha: 26/06/2011. Autor: Cecilia Bembibre. URL: <https://www.definicionabc.com/salud/enfermeria-comunitaria.php>.

DEFINICIÓN ABC

Funciones de enfermería en el primer nivel de atención de salud (técnicos/as, licenciados/as)

Asistenciales

- Formar parte del equipo interdisciplinario e intersectorial que participa en el cuidado integral de las personas, las familias y las comunidades.
- Cuidar la salud del individuo en forma personalizada, integral y continua, respetando sus valores, costumbres y creencias.
- Participar en la confección, análisis y discusión de la situación de salud de su población, detectando grupos vulnerables, factores de riesgo e implementando acciones tendentes a su disminución y/o eliminación.
- Ejecutar acciones que den solución a los problemas de salud, identificados en el Análisis de la Situación de Salud.
- Participar en los programas de vigilancia epidemiológica establecidos por el SNS.
- Ejecutar acciones comprendidas en los programas de salud que den solución a los problemas de su comunidad.
- Realizar y controlar el proceso de *Atención de Enfermería*, como método científico de la profesión.
- Registrar en la historia clínica toda la información disponible sobre los problemas identificados en los individuos, la familia y la comunidad.
- Valorar la información recogida para realizar acciones de enfermería, registrándolas en la HC.
- Evaluar las respuestas del individuo, la familia o la comunidad al tratamiento y los cuidados de enfermería, registrarlos en la HC.
- Ejecutar actividades de promoción y fomento de la salud a los individuos, la familia y la comunidad.
- Capacitar al individuo y la familia para que asuma conductas responsables en el cuidado de su salud.
- Actuar como asesor y consultor en materia de salud de los individuos, las familias y las comunidades.
- Ejecutar actividades de prevención y protección de las enfermedades a individuos, familias y comunidad.

Ejecutar actividades de curación y cuidados paliativos al individuo.

- Ejecutar actividades de rehabilitación y reinserción social a individuos y familias.
- Ejecutar técnicas y procedimientos de enfermería en el ámbito de su competencia.
- Aplicar técnicas y procedimientos de la medicina alternativa en el ámbito de su competencia.
- Realizar acciones encaminadas a mantener la vigilancia en salud y control de enfermedades infecciosas a la población.
- Ejecutar acciones encaminadas al control del medio ambiente y al logro de un entorno saludable.
- Planificar y ejecutar acciones de enfermería en situaciones de emergencias y catástrofes.
- Fomentar la colaboración intersectorial y multidisciplinaria en la gestión de los cuidados de salud a la población.
- Detectar las necesidades educacionales y elaborar programas de educación para la salud, en la búsqueda del mejoramiento de la calidad de la vida.
- Capacitar a brigadistas sanitarias y grupos voluntarios para su participación en la promoción de salud.

Administrativas

- Planificar y controlar los cuidados de enfermería.
- Participar en el planeamiento de acciones interdisciplinarias e intersectoriales en los diferentes niveles de atención de salud.
- Asesorar en materia de planificación sanitaria en los ámbitos institucional, de servicio, municipal, provincial y nacional.
- Asesorar en materia de enfermería en los ámbitos institucional, de servicio, municipal, provincial y nacional.
- Administrar unidades y/o servicios de salud en los distintos niveles de atención.
- Dirigir el equipo de enfermería en unidades de atención comunitaria.
- Diseñar, implementar y participar en programas de evaluación de la calidad de la actividad de enfermería y establecer estándares para su medición.
- Establecer políticas de atención, educación e investigación en enfermería.
- Velar por la organización de la estación de trabajo del personal de enfermería.
- Controlar y cumplir los principios de asepsia y antisepsia.
- Ejecutar y controlar el cumplimiento de los principios éticos y bioéticos.
- Desarrollar actividades administrativas en dependencia de la composición del Equipo de Trabajo de Enfermería.
- Participar y/o dirigir las reuniones del servicio de enfermería que sean programadas según la pirámide del Equipo de Trabajo de Enfermería.
- Participar en las técnicas administrativas y científicas de enfermería.
- Supervisar el área de desempeño de enfermería para mantener y mejorar los servicios.

Docentes

- Diseñar, planificar y participar en programas de educación permanente para el personal de enfermería y otros profesionales de la salud y de la comunidad.
- Planificar, ejecutar y controlar el proceso de enseñanza-aprendizaje en la formación del personal de enfermería.
- Asesorar en materia de planificación educacional en el ámbito municipal, provincial, nacional e internacional.
- Desempeñar funciones directivas y docentes en carreras y escuelas universitarias y no universitarias nacionales e internacionales.
- Integrar los tribunales de otorgamiento y ratificación de categoría docente.
- Desempeñar funciones metodológicas en instituciones docentes nacionales e internacionales.

- Coordinar cursos, estancias, pasantías, diplomados y maestrías, tanto nacionales, como internacionales.
- Impartir docencia incidental en el puesto de trabajo.

Investigativas

- Realizar y/o participar en investigaciones en enfermería y otras áreas con el objetivo de contribuir al desarrollo profesional y al mejoramiento de la salud de la población.
- Divulgar y aplicar los resultados de las investigaciones, a fin de contribuir a mejorar la atención de salud, la atención de enfermería y el desarrollo profesional.
- Coordinar, controlar y participar en la ejecución de ensayos clínicos en centros de investigación.
- Integrar los consejos científicos en los diferentes niveles.



Leer el siguiente texto y resumir en pocas palabras a qué se refiere con gestión del cuidado.

Gestión del Cuidado de Enfermería

Rosa A. Zarate Grajales

Introducción

“A partir de los años 70 en México se han desarrollado los servicios de salud de manera extraordinaria. El conocimiento científico y las técnicas para el diagnóstico, tratamiento y rehabilitación han experimentado un progreso considerable. Sin embargo la crisis económica por la que atravesamos en los últimos años ha puesto de manifiesto la necesidad de reorientar los sistemas y los servicios de salud con nuevos modelos y estrategias de acción a partir de las siguientes preguntas: ¿cuál será la política de salud en los próximos años?, ¿cómo afectarán los costos elevados de la atención al servicio de salud?, ¿cuáles serán las prioridades de atención a la salud?, ¿qué lugar ocupará el cuidado de enfermería en el nuevo modelo de salud?. Las enfermeras constituimos el recurso humano y de profesionales de salud más numeroso, las competencias están diversificadas y se encuentran en todos los escenarios relacionados con el cuidado de la salud; desde el instituto de alta especialidad, los hospitales generales, los centros de salud más alejados en las zonas rurales o urbanas, en el domicilio de las personas, las escuelas y los centros de trabajo; las enfermeras educamos, dirigimos, asesoramos, investigamos, pero ante todo cuidamos la salud y el bienestar de los seres humanos.

Las acciones de enfermería se caracterizan por ser polivalentes, altamente flexibles, con un gran contenido multidisciplinario, pero también lleno de paradojas; se nos pide que desarrollemos el pensamiento crítico, la capacidad de análisis, que consideremos los elementos de la globalización que afectan los sistemas de salud. Se exige además competencias técnicas de muy alto nivel manteniendo una gran sensibilidad para el trato humano de los individuos que se encuentran en situaciones de salud-enfermedad. En este escenario las condiciones de la práctica profesional tienden a transformarse diariamente por los efectos del desarrollo tecnológico, de los sistemas de comunicación computarizados, pero también por el impacto que los cambios en el panorama epidemiológico de fenómenos como el envejecimiento de la población, la aparición de nuevas enfermedades como el SIDA y la reaparición de otras como la tuberculosis, así como de las

enfermedades relacionadas con la pobreza extrema. Sin embargo y más allá de la diversidad y del cambio que enfrentamos las enfermeras en la atención a la salud y en la práctica profesional de la enfermería, los cuidados son la razón de ser de la profesión y constituyen el motor de nuestro quehacer y por lo tanto nuestro foco de atención y objeto de estudio de la enfermería como disciplina profesional.

El estudio de los núcleos disciplinarios básicos (persona, entorno, salud, cuidado), los elementos conceptuales, filosóficos, y los principios que han orientado a la profesión desde las épocas de Florence Nigthingale son hoy esenciales para la comprensión de la naturaleza de los cuidados enfermeros, con el propósito de descubrir la riqueza de un pensamiento no reconocido aun en los servicios de salud y por las mismas enfermeras (Kérouac, 1996)."

En los últimos años en México y particularmente en las escuelas universitarias de enfermería y en algunas instituciones de salud tanto públicas como privadas se ha insistido de manera importante en destacar los cuidados como el eje de los servicios de enfermería. Es decir, se ha venido ampliando la información en relación al cuidado, su importancia, su contenido, el alcance de los cuidados y la toma de conciencia sobre su significado, pero también divulgar y hacerlo accesible a todas las enfermeras de servicio, a los responsables de la organización del cuidado, los investigadores, a los estudiantes y al público en general; los elementos básicos que hoy nos ocupan sobre el cuidado.

Es mi propósito en este documento introducir al lector en la importancia y el valor que tiene la gestión exitosa de los cuidados para el sistema de salud y la sociedad en general. En particular resaltar la necesidad de transformar la administración tradicional de recursos que hemos venido realizando por una actividad estratégica denominada gestión del cuidado. Este trabajo está organizado en dos momentos, en el primero se presentan los elementos conceptuales básicos para la Gestión del Cuidado, y su importancia. Posteriormente daré algunos ejemplos de modelos de gestión que pueden ser aplicados en las instituciones de salud.

La práctica de Enfermería orientada al cuidado

Hoy en día un gran número de enfermeras están comprometidas con una práctica profesional al lado de personas, familias o comunidades, y son responsables de ofrecer cuidados específicos basados en las necesidades que viven las personas ante diversas experiencias de salud. De manera general podemos decir, el centro de interés de la disciplina de enfermería indica aquello que se orienta a la práctica de la enfermera, sobre lo que dirige su juicio clínico y sus decisiones profesionales. "La práctica se centra en el *cuidado a la persona* (individuo, familia, grupo, comunidad) que, en continua interacción con su *entorno*, vive experiencias de *salud*" (Kérouac, 1996). Por lo tanto, " la práctica de enfermería va más allá del cumplimiento de múltiples tareas rutinarias, requiere de recursos intelectuales, de intuición para tomar decisiones y realizar acciones pensadas y reflexionadas, que respondan a las necesidades particulares de la persona" (Diers, 1986). La práctica profesional de enfermería incluye otorgar un cuidado individualizado, la intervención de una enfermera como recurso terapéutico y la integración de habilidades específicas.

El cuidado comprende aspectos afectivos, relativos a la actitud y compromiso, así como elementos técnicos, los cuales no pueden ser separados para otorgar cuidados, así también la identificación del significado del cuidado para quien lo otorga y para quien lo recibe, la intención y la meta que se persigue (Morse, Solberg et al., 1990; Pepin, 1992; Benner, 1989; citados por Kerouac, et. al, 1996). Por lo tanto la práctica de enfermería se ocupa más allá del acto de cuidar que une el "qué" del cuidado y el "cómo" de la interacción persona-enfermera, implica crear un cuidado que recurra a diversos procesos: la reflexión, la integración de creencias y valores, el análisis crítico, la aplicación de conocimientos, el juicio clínico, la intuición, la organización de los recursos y la evaluación de la calidad de las intervenciones. Desde esta

perspectiva se trata de un cuidado innovador que une la ciencia y el arte de enfermería y que se centra en la persona, la cual, en continua interacción con su entorno, vive experiencias de salud.

En relación con lo anterior, en un estudio realizado por Wolf (1989) y citado por Susan Kérouac (1996) se comparó la práctica de enfermería con la práctica médica con el propósito de delimitar la identidad profesional de cada una. Los resultados de dicho estudio muestran que el médico brinda cierta forma de cuidado cuando realiza una operación quirúrgica y tratamientos medicamentosos, la enfermera, por su parte, crea una serie de intervenciones que marcan una diferencia en la vida de las personas, mostrando así el cuidado, es decir, permite a las personas dar sentido a sus experiencias de salud y a su vida. A veces es menos visible contribuir a la salud de una persona mediante una intervención centrada en los recursos interiores de las personas (cuidado integral), que una intervención que utiliza los recursos exteriores (la etiología, la enfermedad y el tratamiento).

Con frecuencia el cuidado es invisible, como expresa Collière (1986), cuidar o preocuparse de alguien, creer en alguien, reforzar sus capacidades, permitirle recobrar la esperanza, acompañarle en su experiencia de salud enfermedad estando presente, son acciones invisibles. Para cuidar en el sentido más amplio, es decir, conocer a la persona, su entorno y apoyarla hacia mejorar su salud, la enfermera necesita algo que es limitado: "tiempo". Un tiempo muy corto significa un cuidado de enfermería incompleto, ya que se cumplirá sólo con las actividades rutinarias, pero entonces se sacrifica una parte esencial del cuidado, el que exige reflexión, apoyo, confort y educación.

Por otro lado, también es necesario que la enfermera trabaje en estrecha colaboración con los médicos y otros profesionales a fin de asegurar el cumplimiento de las terapéuticas. Sin embargo, es necesario valorar aquellas actividades que le son delegadas a las enfermeras, tareas nuevas o emergentes y de todas aquellas actividades que nos alejen del centro de interés: el cuidado. Adam (1991) dice que "las enfermeras asistenciales cada vez aceptan menos ser secretarias, recepcionistas, ayudantes de laboratorio, o de farmacia", ya sea que realicen funciones administrativas, o si se encuentran en el área asistencial como enfermera general, especialista o jefe, cumple una función social contribuyendo a la mejora de la salud y el bienestar tanto en el medio hospitalario como en el comunitario (Kérouac, 1996: 54). La práctica de enfermería en este contexto sugiere la creación de un cuidado basado en una concepción de la disciplina enfermera y orientado hacia lo que se realiza con la persona o en nombre de ella, más que lo que se hace a la persona (técnicas) o para ella (dar un medicamento). Ello plantea la necesidad de nuevos estilos de gestión dirigidos a un cuidado personalizado, basado en la experiencia particular de salud. Entonces el cuidado enfermero se convierte en específico, individual y contextual (Benner, 1984). Así, los planes de cuidado estandarizados elaborados para ciertas experiencias de salud que existen en la literatura, pueden servir de guía, pero los planes de cuidados individualizados son imprescindibles, es decir, utilizar el método de atención de enfermería en la práctica diaria será indudablemente necesario para hacer la diferencia.

La gestión del cuidado incluye también la creación de instrumentos para la recolección de datos de manera sistemática, sobre su experiencia en salud y su entorno (individual, familiar, comunitario). Incluye el análisis reflexivo de los datos y su elaboración junto con el paciente y la familia de los objetivos de salud. La enfermera debe realizar el diagnóstico de enfermería que resuma la respuesta de la persona a su experiencia en salud y la causa de esta respuesta. La planificación de las intervenciones requiere de la ciencia y el arte de enfermería, que pueden variar según la concepción de la disciplina, pero que son generalmente guiadas por los principios inherentes al cuidado. Por ejemplo, el cuidado ofrecido a una persona en un entorno donde la tecnología es cada vez más sofisticada, como en las unidades de cuidado intensivo, necesita que la enfermera centre ante todo su atención en la persona para la que se han indicado las medidas especializadas. La enfermera debe asegurar que la persona esté cómoda, se sienta segura, sea bien atendida y además está atenta a que los equipos de monitoreo funcionen

correctamente. A pesar de un entorno complejo, la enfermera debe ofrecer un cuidado humanizado. Dar prioridad a la persona antes que, a las rutinas de la organización del trabajo, si es necesario modifica el entorno para asegurar un cuidado de calidad y libre de riesgos. Una enfermera que conoce bien a la persona y su contexto de vida puede facilitar las interacciones y decisiones conjuntas con los otros profesionales de la salud y de los servicios con que se cuenta (Le May, 1991; Prescott y Bowen, 1985).

Otro aspecto de la Gestión del cuidado inherente a la práctica de enfermería y que merece ser señalado, se trata de la colaboración interdisciplinaria que comprende la consulta entre colegas enfermeras, igual que la participación de enfermeras clínicas en el desarrollo de conocimientos y en la formación de futuras enfermeras. La colaboración interdisciplinaria puede tener un impacto importante en la continuidad y la calidad de los cuidados y es algo que poco realizamos las enfermeras. La identificación de enfermeras expertas y las consultas entre colegas enfermeras, los conocimientos compartidos, refuerzan el potencial y la competencia del grupo profesional, mientras que los conocimientos celosamente guardados en un escritorio o en la mente de alguna enfermera experta no contribuyen a una práctica colaborativa de calidad. El punto de inicio de esta colaboración es reconocernos nosotras mismas como expertas y enriquecer de manera constante nuestros conocimientos y habilidades. A veces nos enfrentamos a situaciones complejas del cuidado y no encontremos respuesta a un problema, entonces es necesario que las enfermeras de servicio compartamos estos problemas y trabajemos en colaboración con las educadoras y las investigadoras de la disciplina, a fin de que en conjunto demos solución a las situaciones de cuidado individual o familiar que se presenten.

La enfermera clínica ocupa un lugar privilegiado para preguntar, poner en práctica los resultados de las investigaciones, recolectar nuevos datos y desarrollar sus habilidades en este terreno. Otra forma de enriquecer la gestión y la práctica es la participación en la formación de futuras enfermeras. Explicar ante un novato el qué y el cómo del cuidado y compartir con él el progreso en la creación de un cuidado o en el acto de cuidar, favorecen la reflexión y el cuestionamiento y dan testimonio de una práctica profesional constantemente renovada.

La Gestión del Cuidado

Con frecuencia se reconoce que el papel principal de una jefe o Gerente o Gestora en enfermería consiste en planificar, organizar, dirigir y controlar los recursos financieros, humanos y materiales con la intención de cumplir eficazmente los objetivos de la institución. La enfermera que realiza el papel de gestora debe guiar sus actividades a partir de los conocimientos que brindan las ciencias administrativas, la economía y la política. Las teorías y los principios relativos a estas disciplinas son necesarias para la práctica administrativa del cuidado de enfermería. Pero también la enfermera responsable de la gestión debe considerar los valores, actitudes y conocimientos de la disciplina que le brindan una visión distinta y específica de la gestión de los cuidados. Así deberá ejercer un liderazgo comprensivo que motive a los usuarios internos (personal de enfermería) hacia la mejora del cuidado. Meleis (1989) dice que la gestión de los cuidados se ejerce no solamente con los recursos que dan las teorías de la administración, sino también con las relaciones y concepciones propias de la disciplina de enfermería; es el cuidado de la persona, el centro del servicio de enfermería. A partir de lo anterior Susan Kérouac (1996) define la gestión del cuidado enfermero como "un proceso heurístico, dirigido a movilizar los recursos humanos y los del entorno con la intención de mantener y favorecer el cuidado de la persona que, en interacción con su entorno, vive experiencias de salud".

El rol de la enfermera responsable de la gestión de los cuidados consiste en apoyar al personal que otorga cuidados. La gestión de los cuidados va dirigida a alcanzar el objetivo que busca la práctica de enfermería, esta gestión como proceso recurre a la creatividad, la indagación y la transformación en este sentido se considera heurístico. La contribución de la enfermera jefe responsable de la gestión en enfermería es única, representa una acción necesaria para asegurar servicios de salud humanizados y de

calidad en un contexto de utilización óptima de los recursos disponibles. De esta manera las enfermeras responsables de la gestión del cuidado se enfrentan a grandes retos, ejercer su actividad en un entorno caracterizado por múltiples problemas y obstáculos y dentro de éste buscar alternativas con un enfoque de gestión dirigido a garantizar la calidad del cuidado a la persona que vive experiencias de salud.

La Gestión del Cuidado y el Entorno

Como ya hemos mencionado, la administración de cuidados de enfermería requiere el conocimiento de los múltiples factores del entorno en el que se sitúa la acción de gestión y de las personas que otorgan cuidados. Es indudable que con los cambios en la organización de la salud y recientemente con los procesos de reforma en el sector, las instituciones de salud se han vuelto más complejas. Las restricciones financieras, el déficit de enfermeras, de insumos para la atención en salud, los altos costos, las condiciones de la práctica, la normatividad excesiva, la legislación, las exigencias de los usuarios con mayor educación e información, así como los cambios demográficos y epidemiológicos en salud, caracterizan hoy el entorno en el que se otorgan los cuidados. Todos estos aspectos constituyen un gran desafío para la práctica y la gestión del cuidado de enfermería.

La gran parte de las enfermeras trabajamos en centros hospitalarios o comunitarios, que se encuentran administrados con una mecánica muy compleja, con principios de alta burocracia, de gran centralización, y excesiva división de tareas. Con frecuencia la organización, los servicios, y el trabajo se establecen con el enfoque médico del diagnóstico y del tratamiento (medicina, cirugía, obstetricia, pediatría). Por otro lado existen múltiples grupos de poder, los jefes, los médicos, los sindicatos y diversos grupos profesionales, lo cual genera algunos problemas en relación al reconocimiento, estatus, comunicación, autonomía y responsabilidad, que pueden complicar las actividades para una gestión del cuidado exitosa.

Así también al interior de los propios departamentos de enfermería, existen elementos que obstaculizan el entorno para una gestión efectiva tales como: personal escaso, con predominio femenino enfrentado a múltiples roles sociales (esposa, madre, profesionista), alta rotación de personal, ausentismo, equipos de trabajo muy heterogéneos en su formación, escasa educación continua, con una cultura profesional débil de ayuda, servicio y altruismo; que además debe hacer frente a situaciones de estrés, angustia y dolor de los pacientes. En fin, un personal responsable del cuidado que trabaja en un medio ambiente altamente complejo y donde surgen en algunas ocasiones dilemas éticos. Desde esta perspectiva del entorno la gestión del cuidado requiere de la enfermera jefe, el ejercicio del liderazgo y la motivación, dos procesos esenciales para garantizar un cuidado de calidad. El liderazgo permite influir en la acción de las personas responsables del cuidado en relación a su compromiso personal y de respeto a las personas, así, la enfermera gestora puede transmitir los valores del cuidado y asumir actitudes de apoyo para con el personal responsable del mismo y reducir los factores que obstaculizan un cuidado de calidad.

Así también es responsable de realizar acciones que motiven al personal, la motivación se puede medir por el grado de autonomía que las enfermeras adquieren y su nivel de responsabilidad en el cuidado. La enfermera gestora tiene entonces el compromiso de generar un clima de trabajo favorable y participativo, debe hacer participar al personal en las decisiones, pedir la opinión del grupo, ser receptiva ante las demandas del personal, reconocer el trabajo, compartir la información, favorecer la creatividad, promover el espíritu de equipo, fomentar la autonomía y la capacitación de todos los miembros del grupo de cuidados. La motivación del personal responsable del cuidado es esencial a fin de lograr un entorno propicio para el cuidado. Una enfermera satisfecha y estimulada por su trabajo será capaz de comprometerse en mejorar la calidad de los procesos de cuidado dirigidos a favorecer el confort, la comunicación, la curación y a promover la salud de las personas que cuida.

La gestión de los cuidados está entonces orientada hacia la *persona*, el cliente, su familia, el personal de enfermería, los equipos interdisciplinarios. La gestión se identifica como un proceso humano y social que se apoya en la influencia interpersonal, del liderazgo, de la motivación y la participación, la comunicación y la colaboración. Utilizando el pensamiento enfermero, la enfermera gestora favorece una cultura organizacional centrada en el cuidado de la persona.

Meleis (1988) sostiene que la dirección de los cuidados de enfermería debe tener una visión clara y explícita de la disciplina de enfermería con el fin de contribuir de manera distinta a la solución de los problemas relativos a los cuidados, a los pacientes, su familia y al personal. La dirección de los cuidados tiene la responsabilidad de crear una cultura de organización que favorezca la práctica de los cuidados, seleccionar prioridades, elaboración de políticas, selección del personal con excelente formación en cuidados enfermeros, desarrollar la capacitación y la implementación de un modelo para guiar la práctica de enfermería. En este contexto es necesario diseñar algunas estrategias que pueden ser consideradas por los responsables de la gestión del cuidado, a manera de ejemplo: -Discutir con el personal los valores, los paradigmas, los conceptos y los objetivos de los cuidados.

-Ayudar a otros profesionales, a los pacientes y familiares a comprender la contribución de la disciplina de enfermería para mejorar la salud individual y colectiva (a través de la investigación y la aplicación en la práctica).

-Apoyar los principios inherentes al cuidado de las personas.

-Explicar que la intervención terapéutica de enfermería requiere utilizar más tiempo que una intervención médica. Porque la enfermera utiliza la interacción, la relación de ayuda y sus recursos personales, evalúa integralmente al paciente ya que no se restringe sólo al análisis de problemas inmediatos.

-Centrar la gestión del cuidado en la salud más que en la enfermedad.

-Modificar los sistemas de prestación de cuidado: número y tipo de personal, descripción de puestos, normas y reglamentos, criterios para evaluar los cuidados, programas de educación continua, sistemas de evaluación del desempeño y su impacto en los costos del sistema de salud, sistemas de registro del cuidado y auditoría de calidad.

La gestión de los cuidados debe estimular la creación de modelos de cuidado basados en la concepción de la disciplina de enfermería, el uso de un lenguaje común, de símbolos, de conceptos comunes en la práctica clínica que refuercen el potencial, el compromiso y la identidad profesional de la enfermería, pero sobre todo la calidad del cuidado que se otorga a los usuarios y su familia.

Diversos Modelos para mejorar la Gestión del Cuidado

Es imposible hablar de nuevos modelos de gestión del cuidado en el vacío contextual. Como profesionales de la salud las enfermeras debemos proponer estrategias a fin de dar respuesta a las demandas sociales de mejora de la calidad del sistema de salud. Hasta ahora la experiencia y la actividad de enfermería en las instituciones de salud han demostrado que es una acción reactiva, que responde a la definición de políticas del propio sistema, lo que ha delineado su comportamiento laboral. Pero ahora pensamos en un ejercicio profesional independiente y renovado que requiere de una acción proactiva, es decir acciones de gestión que atiendan las necesidades de salud y de cuidado de los usuarios reales y potenciales de los servicios de salud. Existen modelos organizacionales en los que prevalece la orientación hacia la práctica del cuidado, que pueden probarse y si son adecuados convertirse en modelos para la gestión del cuidado. Pero así también deben proponerse modelos acordes a cada medio, sin perder de vista la necesidad de evaluarlos en relación al impacto que éstos tienen en el cuidado y la satisfacción de los usuarios internos y externos de los servicios de enfermería. Es necesario dar evidencias de que mejorar la calidad del cuidado no es incompatible con las metas económicas del sistema de salud. En este orden de ideas podemos decir que el contexto ha transformado las prácticas y que la enfermería tiene en sus manos plantear estrategias para el cuidado individual y colectivo que difieren de las tradicionales, por ejemplo en el trabajo comunitario, en donde los modelos de gestión

deben tener una alta resolución que aseguren la promoción a la salud individual y colectiva. De igual forma analizar el significado del cuidado en el hospital y la posibilidad de crear en este contexto nuevos escenarios de cuidado en el hogar, redefinir los estándares del cuidado para los enfermos agudos no hospitalizados, cuidados a grupos de enfermos crónicos, en fin, toda la diversidad de intervenciones que será necesario gestionar a fin de asegurar al usuario diversas formas de cuidado integral, humano y libre de riesgos.

Es natural entonces que esto requiere de promover transformaciones en la organización de enfermería, en su manera de planear y ofertar servicios y particularmente de brindar cuidado de calidad que satisfaga las expectativas del usuario y que además para las instituciones sea costo efectivo. Al respecto no existen fórmulas mágicas, ni modelos perfectos para mejorar la gestión del cuidado, a manera de ejemplo existen algunos que han probado su efectividad como los siguientes:

- a) Grupos Relacionados por el Diagnóstico (GRD). Se basa en planes de cuidado, para casos, prevención de riesgos, estándares de cuidado, se utiliza en el hospital o la comunidad (Gardner y Blagen, 1991).
- b) Enfermería Modular. Se establece una delimitación de un área física que facilita el entorno, la enfermera permanece cerca del paciente, se le asigna un margen amplio de responsabilidad y permite la participación interdisciplinaria alrededor de los pacientes que pertenecen a un módulo, este está integrado por enfermeras, médicos, técnicos, trabajadores sociales. La enfermera actúa como líder del equipo y coordina las acciones de todos los integrantes basados en las necesidades de los pacientes, así como organiza los recursos del entorno para asegurar el cuidado (Magargal, 1987).
- c) Gestión basada en las necesidades de cuidado de las personas, en este modelo se requiere conocer las características de los usuarios, edad, necesidades de cuidado, basado en la dependencia hacia el cuidado lo que determina la cantidad y calidad de personal para brindar cuidado.

Se establecen tres categorías de necesidades de cuidado que van de la categoría I, en donde la persona es capaz de cuidarse a sí mismo y demanda en promedio de 1 a 2 horas de cuidado directo más 15 minutos para educación; la categoría II, en donde la persona requiere ayuda para su cuidado, apoyo en alimentación, oxigenación, etc., exige en promedio entre 3 y 5 horas de cuidado directo y 30 minutos para educación; y la categoría III, en la cual la persona requiere de atención intensiva o total que exige observación continuada y requiere de 6 a 8 horas de atención directa y 30 minutos adicionales por persona (Zander, 1991).

CATEGORÍA	NECESIDAD DE CUIDADOS
CLASE I	Despertar rutinario después de anestesia sin complicaciones
CLASE II	Observación estrecha por alteración potencial en un paciente estabilizado
CLASE III	Cuidado intensivo y monitoreo en paciente estable
CLASE IV	Cuidado intensivo y monitoreo en paciente inestable

Conclusiones

En numerosos eventos de carácter nacional e internacional es frecuente escuchar que sin las enfermeras los sistemas de salud no operarían. Sin embargo y pese a las evidencias de la importante labor de la enfermería en beneficio de la salud, las instituciones no perciben el cuidado de enfermería como útil, lo consideran una nómina muy grande, una carga financiera, un problema sindical, una administración altamente burocratizada y por lo tanto mejorarla implica para los políticos y economistas en salud reducir los costos contratando el menor número de enfermeras profesionales. Por lo que es imprescindible realizar investigaciones sobre el cuidado y la gestión del cuidado a fin de asegurar propuestas basadas en evidencia científica que mejoren la prestación de los cuidados de enfermería en los diversos escenarios de práctica. Elaborar estudios en donde se pueda mostrar como servicios de enfermería profesionales pueden incidir en indicadores de morbilidad y mortalidad, tiempo de estancia hospitalaria, egresos, infecciones intrahospitalarias, satisfacción de usuarios entre algunos otros indicadores existentes.

Es importante que la Enfermería identifique la necesidad de volver la vista hacia el cuidado y su responsabilidad en la calidad de vida de las personas. Queremos dejar en el pasado los espacios tradicionales de la práctica (hospital), transformarla y también hacer a un lado las actividades rutinarias de cuidado médico delegado y la excesiva carga administrativa.

Si deseamos realmente una nueva concepción dirigida hacia la gestión del cuidado requerimos un proceso de integración profesional, investigación basada en evidencias científicas, una nueva estructura del sistema de salud que favorezca la práctica de enfermería hacia el cuidado y que la enfermería se transforme y de muestras con un quehacer profesional y humanizado del importante papel que desempeña en el ámbito de la salud.

Actividades individuales a desarrollar

1. Guía de lectura

- ¿Qué diferencias sustanciales se dan con la historia de los cuidados de Enfermería? ¿Qué requiere la “nueva mirada de la disciplina enfermera”?
- ¿Cuáles son las diferencias entre la práctica médica y la de Enfermería?
- ¿Qué es el cuidado?

Resignificación del PAE

El **proceso de enfermería** o **proceso de atención de enfermería (PAE)** es un conjunto de acciones intencionadas que el profesional de enfermería, apoyándose en modelos y teorías, realiza en un orden específico, con el fin de asegurar que la persona que necesita de cuidados de salud reciba los mejores posibles por parte de enfermería. Es un método sistemático y organizado para administrar cuidados individualizados, de acuerdo con el enfoque básico de que cada persona o grupo de personas responde de forma distinta ante una alteración real o potencial de la salud. Originalmente fue una forma adaptada de resolución de problemas, y está clasificado como una teoría deductiva en sí mismo. El uso del proceso de enfermería permite crear un plan de cuidados centrado en las respuestas humanas. El proceso de enfermería trata a la persona como un todo; el paciente es un individuo único, que necesita atenciones de enfermería enfocadas específicamente a él y no sólo a su enfermedad. El proceso de enfermería es la aplicación del método científico en la práctica asistencial de la disciplina, de modo que se pueda ofrecer, desde una perspectiva enfermera, unos cuidados sistematizados, lógicos y racionales. El proceso de enfermería le da a la enfermería la categoría de ciencia.

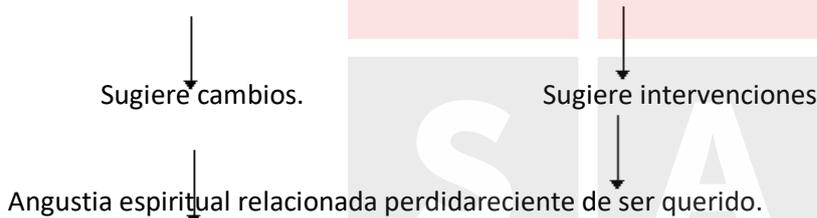
Introducción.

El Proceso de Atención de Enfermería (P.A.E.), constituye el Método Científico de nuestra profesión y en el mismo se encuentra implícito el modo de actuación profesional del personal de enfermería. Nuestros educandos lo aprenden desde el primer año de la carrera y lo ejercitan mediante su aplicación en el segundo nivel de atención en los años. Es en el 2do año que se enfrentan al P.A.E. en el nivel primario de atención con sus particularidades, pues si hasta el momento lo aplicaban a personas generalmente enfermas y/o que por su estado demandaban atención de salud, ahora lo aplican no solo a personas, sino también a familias y comunidades supuestamente sanas, con riesgos de enfermar, enfermas y deficientes o discapacitadas. Es por ello que me sentí motivado a la elaboración de este Manual, en el cual se pretende reflejar los Diagnósticos de Enfermería Familiares con sus correspondientes definiciones, así como los posibles factores relacionados en cada caso, esperando sirva el mismo como Material de Apoyo o Consulta tanto al personal de enfermería en formación, como al ya graduado que labora en la Atención Primaria de Salud.

Diagnósticos de Enfermería.

Definición.

- Son las necesidades o problemas de salud del paciente, familia o comunidad, cuyo potencial de resolución depende de los conocimientos y actividades de enfermería.
- El Diagnostico de Enfermería consta de 2 partes unidas por la frase: relacionado con (r/c). El diagnostico empieza con una determinación de la respuesta humana de interés en el paciente, y una segunda parte que identifica los factores relacionados, así:
- Respuesta Humana, + relacionado con + factor relacionado.
- Patrón Funcional.



A) Primera parte. (Respuesta Humana y/o Patrón Funcional).

Identifica el modo en que el paciente, familia o comunidad responde ante un problema de salud determinado, respuesta que no siempre es la misma ante la misma situación o problema de salud.

B) Relacionado con.

Refleja la relación entre la primera y la segunda parte del diagnóstico.

C) Segunda parte. (Factor relacionado).

También llamados etiológicos o concurrentes. Identifican los factores fisiológicos, psicológicos, socioculturales, ambientales o espirituales, que se cree son los causantes o que contribuyen a la respuesta manifestada por el paciente la familia o la comunidad.

Ej. Alteración del bienestar relacionado con efectos colaterales de la medicación.

(Sugiere cambios)

(Sugiere intervenciones)

Disminuya alteración del bienestar. . . (Que acciones o intervenciones de Enfermería debo realizar para lograr

que en el paciente se minimicen o desaparezcan los indeseables efectos colaterales de la medicación)

Diagnósticos de Enfermería Familiares.

Son aquellos que son aplicables a una familia. Deben cumplir el requisito de ser aplicables a todos los miembros de la familia de que se trate.

Alteración en el mantenimiento de la salud.

Definición:

Existe incapacidad para identificar, manejar y/o buscar ayuda para mantener la salud.

Factores relacionados:

Déficit de conocimientos, estilos de vida poco sanos (especificar), presencia de vectores, presencia de animales domésticos, presencia de animales de corral, presencia de hábitos tóxicos, etc.

Alteración de los procesos familiares.

Definición:

Estado en que una familia que normalmente funciona de manera efectiva experimenta una disfunción.

Factores relacionados:

Deterioro de las relaciones entre sus integrantes, discusiones entre los miembros de la familia, mala comunicación entre los integrantes de la familia, falta de sistema de apoyo, divorcio, muerte de un cónyuge o figura significativa en la familia, miembro de la familia enfermo u hospitalizado, conflicto familiar, rigidez

En las funciones y roles, no respeto por la individualidad y autonomía de sus miembros, abuso físico a un miembro de la familia, incapacidad mental o física de un miembro de la familia, separación temporal de un cónyuge, problemas jurídicos, infertilidad de la pareja, promiscuidad de un miembro de la pareja o de la familia, alcoholismo en un miembro de la pareja o familia, dificultades laborales, insolvencia económica, etc.

Alteración de los patrones sexuales.

Definición:

Existe manifestación de dificultades, limitaciones o cambios en las conductas o actividades sexuales.

Factores relacionados:

Falta de intimidad, falta de una persona significativa, conflicto en la orientación sexual o variación en las preferencias en un miembro de la pareja, miedo al embarazo o a contraer una Infección de Transmisión Sexual (I.T.S.) por un miembro de la pareja, deterioro de las relaciones con la persona significativa, déficit de conocimientos acerca de la sexualidad, alteración de la estructura o función corporal de un miembro de la pareja, enfermedad o tratamiento médico de un miembro de la pareja, etc.

Alto riesgo de violencia.

Definición:

Estado psicológico en que un miembro de la familia experimenta conductas que pueden ser físicamente lesivas para sí o para otros integrantes de la familia.

Factores relacionados:

Carácter antisocial en uno o más miembros de la familia, reacciones de rabia, deterioro de las relaciones interpersonales, alcoholismo de un miembro de la familia, ambiente de alto riesgo, conflicto familiar, etc.

Alteración parenteral.

Definición:

Estado en que la figura o las figuras responsables de la crianza del niño, experimentan una incapacidad para crear un entorno que promueva el crecimiento y el desarrollo óptimo de otro ser humano.

Factores relacionados:

Falta de un modelo de rol disponible, modelo de rol inefectivo, abuso físico psíquico por parte de la figura responsable de la crianza del niño, falta de apoyo de la persona o las personas significativas o entre ellas, enfermedad mental o física, presencia de estrés económico, legal, crisis, cambios culturales, falta de conocimientos acerca de la crianza del niño, limitación de las funciones cognitivas, etc.

Afrontamiento familiar inefectivo.(Incapacitante).

Definición:

Comportamiento de una persona significativa, miembro de la familia u otra persona importante, que inhabilita sus propias capacidades y las del paciente para abordar de manera efectiva tareas esenciales para la adaptación de la persona al reto de salud.

Factores relacionados:

Persona significativa con sentimientos crónicamente inexpresados de culpa, ansiedad, hostilidad, desesperación, etc., o discrepancia disonante de estilos de afrontamiento para hacer frente a las tareas adaptativas entre la persona significativa y el paciente o entre las personas significativas, relaciones familiares altamente ambivalentes, manejo arbitrario de la resistencia de la familia al tratamiento que tiende a consolidar las posiciones defensivas a medias que falla en afrontar adecuadamente la ansiedad subyacente, etc.

Afrontamiento familiar inefectivo. (Comprometido).

Definición:

La persona que habitualmente proporciona el soporte principal, un miembro de la familia o amigo íntimo, brinda apoyo, bienestar o estímulo insuficiente, inefectivo o comprometido que el paciente puede necesitar para manejar o dominar las tareas adaptativas relacionadas con su reto de salud.

Factores relacionados:

Formación o comprensión inadecuada o incorrecta por parte de la persona significativa para el paciente, preocupación temporal de la persona significativa que intenta manejar conflictos emocionales y sufrimiento personal y es incapaz de percibir o actuar efectivamente respecto a las necesidades del paciente, cambio de roles y desorganización familiar temporales, otras crisis situacionales que la persona significativa puede estar afrontando, poco apoyo por parte del paciente a la persona significativa, enfermedad prolongada o progresión de la incapacidad que agota la capacidad de soporte de las personas significativas, etc.

Afrontamiento familiar inefectivo. (Potencial de desarrollo).

Definición:

Manejo inefectivo de las tareas adaptativas por parte de los miembros de la familia implicados en el problema de salud del paciente, que muestran deseos y disponibilidad para reforzar su propia salud y desarrollo, y la del paciente.

Factores relacionados:

Insuficiente gratificación de las necesidades y abordaje de las tareas efectivas para permitir aflorar objetivos de autorrealización, etc.

Alteración de la protección.

Definición:

Estado en que se experimenta una disminución de la capacidad para protegerse de amenazas externas o internas, como enfermedad o lesión.

Factores relacionados:

Riesgo potencial de accidentes, estilos de vida insanos (especificar), hacinamiento, vectores, insalubridad, bajo nivel cultural de la familia, ambiente de alto riesgo, etc.

Alteración en el desempeño de roles.

Definición:

Alteración en la forma en que una persona en la familia percibe el desempeño de su responsabilidad.

Factores relacionados:

Conflicto de roles, miembro (s) de la familia que no cumple (n) con sus deberes, cambios en los patrones habituales de responsabilidad, etc.

Alteración del bienestar.

Definición:

Estado en que la familia experimenta una sensación incómoda como respuesta a una situación determinada.

Factores relacionados:

Miembro de la familia enferma u hospitalizada, miembro de la familia recluso, miembro de la familia con su imagen social deteriorada, etc.

Alteración de la maternidad – paternidad.

Definición:

Estado en que las personas experimentan una incapacidad real o, potencial de asumir el rol de padre / madre que proporcione un ambiente constructivo para el crecimiento y desarrollo de sus hijos.

Factores relacionados:

Padres solteros, padres adolescentes, abusivos, trastornados emocionalmente, alcohólicos, adictos a las drogas, enfermos terminales, incapacitados de formas aguda, hijo de embarazo no deseado, de sexo no deseado, con características no deseadas, con un trastorno físico, con un trastorno mental, hiperactivo, enfermo terminal, rebelde, separación del núcleo familiar, familia numerosa, falta de conocimientos, problemas económicos, problemas de relación, discordia marital, divorcio, separación, cambio en la unidad familiar, nuevo hijo, desempleo, padrastros, muerte de un cónyuge, separación transitoria de los cónyuges, cambio en el estado marital, etc.

Alteración de la adaptabilidad.

Definición:

Estado en que la familia demuestra un comportamiento dado, como respuesta a una incapacidad para manejar los factores de estrés internos o externos debido a la carencia de recursos adecuados, físicos, psicológicos, cognitivos y de conducta.

Factores relacionados:

Nuevo miembro en el hogar, cambio de hogar, hospitalización de un miembro de la familia, rebeldía adolescente, miembro familiar que regresa al hogar, enfermo terminal, separación del núcleo familiar, falta de conocimientos (especificar), problemas económicos, problemas de relación, desavenencia matrimonial, cambio en el estado marital, muerte de un miembro familiar, hijo de sexo no deseado, hijo con características no deseadas, cambios en las actividades sociales y recreativas, deterioro de la memoria en adultos mayores, etc.

Angustia espiritual.

Definición:

Estado en que se experimenta o se está en riesgo de experimentar un trastorno en las creencias o sistema de valores que constituyen la fuente de fuerza y esperanza.

Factores relacionados:

Enfermedad terminal o grave de un miembro de la familia, pareja infértil, pérdida de un miembro de la familia, sentimiento de desesperanza, etc.

Alto riesgo de traumatismo.

Definición:

Acentuación del riesgo de lesión tisular accidental, heridas, fracturas, quemaduras.

Factores relacionados:

Recursos financieros insuficientes para efectuar reparaciones, suelos resbaladizos, uso de escaleras inseguras, ausencia de barandas en las escaleras, cables eléctricos sueltos o expuestos, enchufes eléctricos defectuosos, cables pelados o aparatos eléctricos en mal estado, hábito de fumar en la cama, etc.

Conflicto en la toma de decisiones.

Definición:

Estado en el cual se experimenta incertidumbre sobre el curso de la acción a tomar cuando la elección entre acciones distintas implica riesgo, pérdida o pone a prueba los valores personales.

Factores relacionados:

Valores y creencias poco claras, percepción de una amenaza al sistema de valores, conflicto de valores entre las personas implicadas en la decisión, falta de experiencia o interferencia en la toma de decisiones, falta de información relevante, sistema de soporte deficitario, fuentes de información múltiples o divergentes, barreras sociales o culturales, poca comunicación familiar, etc.

Conducta generadora de salud.

Definición:

Estado en el cual, con una salud estable, se busca activamente formas de alterar los hábitos y el entorno a fin de obtener un nivel más alto de salud. Ejemplos; (hervir el agua de beber, mayor concientización de los riesgos asociados a los estilos de vida inadecuados, etc.

Factores relacionados:

Este tipo de diagnóstico no lleva factor relacionado. (Ver Diagnósticos de Bienestar).

Déficit de actividades recreativas.

Definición:

Estado en que la familia experimenta una disminución de la estimulación o del interés o compromiso en actividades recreativas o de ocio.

Factores relacionados:

Bajos ingresos económicos, falta de actividades u ofertas recreativas en el entorno, etc.

Déficit para el mantenimiento del hogar.

Definición:

Incapacidad para mantener independientemente un entorno inmediato seguro, promotor de desarrollo.

Factores relacionados:

Enfermedad o lesión de un miembro de la familia, organización o planificación familiar insuficiente, recursos económicos insuficientes, deterioro de la función cognitiva o emocional, falta de conocimientos (especificar), falta de modelo de rol, sistemas de soporte inadecuado, niños pequeños o ancianos en la casa, etc.

Duelo.

Definición:

Estado en que una persona o familia experimenta una pérdida real o percibida de una persona, objeto, función, status, relaciones, o estado en que una persona o familia responden al convencimiento de una futura pérdida (duelo anticipado).

Factores relacionados:

Enfermedad grave o terminal de un miembro de la familia o amistad, falta de sistema de apoyo social, pérdida de profesión, del vínculo laboral, de un objeto significativo para la familia, pérdida asociada con el envejecimiento, estatus socioeconómico, etc.

Diagnósticos de Bienestar.

Son aquellos los que, a partir de una situación favorable al estado de salud, se incentiva y/o significa esta, con el fin de mantener y promover niveles superiores de salud y bienestar. Estos diagnósticos no llevan segunda parte (factor etiológico, relacionado o concurrente). Debiéndose especificar en la primera parte cual es la acción o actividad realizada que constituye en sí una conducta generadora de salud. De los diagnósticos de bienestar conocidos, el más aplicable como familiar es: Conducta generadora de salud (especificar).

Ej. Conducta generadora de salud. (Hervir el agua de beber).

En este caso nos encontramos ante una familia que realiza una acción beneficiosa para todos sus integrantes el hervir el agua de beber, en tal caso enunció el diagnóstico para incentivarla a que continúe haciéndolo, pues si deja de hacerlo sus integrantes corren el riesgo de adquirir una infección digestiva. La expectativa u objetivo por supuesto estará dada por: Mantenga conducta generadora de salud, y en las acciones de enfermería significaremos la importancia de continuar hirviendo el agua de beber.

Conclusiones:

Recuerda que:

Para enunciar un diagnóstico de enfermería, este tiene que ser atribuible o aplicable a todos los integrantes de la familia en cuestión.

Ej. Si en una familia de 8 miembros, 6 de sus integrantes beben el agua hervida y 2 no lo hacen porque no les gusta el sabor de esta, no podemos enunciar el diagnóstico: Conducta generadora de salud :(ingestión de agua hervida), ya que este no compete a todos los integrantes de la misma.

No debes de manera mecánica enunciar un diagnóstico de enfermería, pues ten presente que, ante un mismo problema de salud, la respuesta no suele ser la misma tanto en las personas como en las familias.

Ej. Si tienes una familia en la cual hay un miembro que es alcohólico, no debes enunciar de inmediato como diagnóstico: Alto riesgo de violencia, debes analizar bien el caso pues no todos los alcohólicos reaccionan de manera violenta, algunos son cierto que agraden a los miembros de la familia, incluidos esposa e hijos, pero no es menos cierto que a otros les da por reírse o acostarse a dormir, o ser agradables a los demás, entre otras manifestaciones.

Consulta de Enfermería

ORGANIZACIÓN Y CONTENIDOS

Se trata de un servicio específico que abarca un conjunto de actividades de enfermería en las que a través de la definición de necesidades concretas de la población, se ofrecen cuidados y asesoramiento e información sobre autocuidados, bien de forma espontánea o con cita previa, o por derivación de otro profesional, en un marco físico: La consulta.

La enfermera realizará la valoración de las necesidades básicas con la finalidad de identificar problemas de salud, lo que llevará a la elaboración de un plan de cuidados, que soluciones o ayude a resolver dichos problemas.

Organización

Las modalidades de atención del personal de enfermería en los centros de salud son:

- Consulta de enfermería
- Visita domiciliaria
- Atención domiciliaria
- Trabajo con la comunidad, Educación
- Servicios comunes, que incluyen administración de inyectables y curas, métodos diagnósticos o toma de muestras, tanto en el centro como a domicilio.

Contenido

Al cubrir todas las etapas vitales de la persona, desde el nacimiento hasta la muerte, y posterior trabajo con la familia todas ellas van a necesitar diferentes cuidados específicos.

En particular la misión de la enfermera de atención primaria es resolver problemas relacionados con la salud de las personas. Estos problemas se entienden como necesidades de cuidados. La aplicación de protocolos y guías de práctica clínica por enfermeras de atención primaria con el objetivo de mejorar la salud, minimizar las complicaciones y resolver problemas específicos puede redundar en mejores resultados clínicos, ganancias de calidad de vida, mejoras en la satisfacción de las personas y una mejor salud social.

En definitiva, el objetivo de la consulta de enfermería es hacer responsable a la persona de su propia salud ofreciendo mecanismos y recursos que le permitan manejarla con eficacia.

Programas

Se pueden elaborar programas individualizados en patologías concretas además de los programas habituales que una enfermera realiza en su consulta como pueden ser:

- Programas de niñez sana
- Programa de vacunaciones, inmunizaciones
- Programa de diabetes
- Programa de atención a la mujer
- Protocolo de visita domiciliaria/ atención domiciliaria - Protocolo de curaciones y úlceras.

Así como trata otros problemas actuales de nuestra sociedad, como la problemática sexual del joven adicciones, suicidios, violencias, etc....Así también se pueden abordar los recursos positivos y/o factores protectores de la comunidad, en su propia promoción de la salud y obtención de la misma.

SISTEMA DE ACCESO:

Consulta a demanda

Se realiza sin necesidad de cita previa de modo que el usuario acuda a la consulta de la enfermera por la existencia de algún problema o en el momento que desee, para ser visto. Hay una personalización de la atención enfermera, poniendo en práctica el derecho del ciudadano a la libre elección de enfermería. Ella será la responsable de toda la atención enfermera que su población asignada requiera.

La consulta a demanda de enfermería englobará actividades que antes estaban dispensarizadas como control de crónicos, inyectables, curas, anticoagulados, metadona, etc.

Ventajas: Personalización de los servicios. Acceso rápido. Un solo criterio profesional. Adoptar un modelo enfermero profesional.

Inconvenientes: Falta de dotación de recursos (instrumental). Falta de espacio físico. Más tiempo para lo mismo. En domicilios cercanos pueden coincidir varios profesionales.

Mediante la **entrevista clínica**, que es una herramienta de trabajo esencial para la enfermería, realizaremos:

- La identificación de la persona
- Sabremos la causa por la que acude a nuestra consulta
- Determinamos los factores de riesgo que pueden influir en su situación de demanda. -
Redes de contención - Factores protectores
- Criterios para su derivación o no

Consultas programadas

Se tratan las consultas establecidas con citas previas. Se aborda la aplicación de protocolos de cuidados en personas con diabetes, con HTA o otras patologías que también requieren seguimiento o controles, visitas de salud, de promoción o prevención de la misma, ejemplo, visita de niñez sana, PAP, anticoncepción.

Se distinguen dos tipos:

- **Consulta programada después de haber realizado una consulta a demanda:** En estas consultas se realizan actividades como repaso de los datos recopilados hasta el momento, determinar la aparición de nuevos problemas y diseño de nuevas pautas.
- **Consulta programada primera:** Donde no ha existido cita a demanda ni programada antes.

Es fundamental conseguir que la persona vea en enfermería a la persona adecuada para ayudarlo al desarrollo y consecución de los objetivos establecidos.

Visita domiciliaria/ atención domiciliaria

La atención domiciliaria debe ser personalizada y aplicada en especial en personas inmovilizados, terminales y en tratamiento que requieran especial supervisión (TBC, Anticoagulación), Inmunizaciones, visitas de diagnóstico familiar, violencias, etc.

La consulta de enfermería también se puede definir como:

"Un proceso que engloba una serie de actividades para ayudar al cliente a percibir, comprender y actuar ante los eventos que ocurren en el medio ambiente del cliente" (Egan 1975)

"Una vía de interacción en el proceso de buscar, facilitar y recibir ayuda" (Lippit/Lippit 1978).

Según una encuesta realizada por la Red Española de Atención Primaria [2,3] la consulta de enfermería se define con cuatro características:

- Se realiza por un profesional de enfermería - Atiende a población sana o enferma.
- Existe consulta directa (entrevista cara a cara).
- Utiliza algún sistema de registro en su actividad.

"La consulta de enfermería es por tanto una interacción profesional entre el usuario y la enfermera. La labor de la enfermera se centra en la ayuda al individuo, al grupo familiar y a la comunidad; a realizar autocuidados de salud, del nacimiento a la muerte y mediante un proceso de interacción específico y terapéutico".

El denominador común de todas las definiciones es que se da un proceso de relación entre la persona y el /la profesional con el fin de resolver el problema actual de la persona y este hecho se produce mediante una entrevista cara a cara entre la persona y enfermería.

López García y colaboradores consideran que esta entrevista se puede dar en el consultorio del profesional o en el domicilio de las personas o familias y que debiera utilizarse la palabra consultorio u hogar para describir el espacio físico donde se produce la entrevista, mientras que la palabra "consulta" se debería reservar para el proceso de entrevista y relación con el usuario, es decir a la atención directa que presta la enfermera a la persona. Creo que esta apreciación es muy acertada y que tendríamos que interiorizarla.

La primera referencia que he encontrado a propósito de las consultas de enfermería se halla en 1973 en el Johns Hopkins Hospital de Baltimore, "donde se utilizaba la teoría del Autocuidado de Orem en consultas con pacientes ambulatorios. Las enfermeras especialistas llevaban dos consultas de cardiología y una de diabetes. Estas consultas funcionaban separadamente de las consultas médicas. Aunque había un mecanismo para la remisión a un médico, las enfermeras especialistas controlaban sus consultas y utilizaban la teoría del autocuidado de Orem en su práctica diaria"[5]

En España: "Las enfermeras/os de Atención Primaria prestarán con carácter regular sus servicios a la población en derecho a la asistencia sanitaria de la Seguridad Social en régimen ambulatorio y/o domiciliario, así como a toda la población en colaboración con los programas que se establezcan por otros organismos y servicios que cumplan funciones afines de Sanidad Pública, Educación Nacional y Beneficencia o Asistencia Social. Conforme a su nivel de titulación, centrarán sus actividades en el fomento de la salud, la prevención de enfermedades y accidentes de la población a su cargo, actuando fundamentalmente en la comunidad, sin descuidar las necesidades existentes en cuanto a rehabilitación y recuperación de la salud."

El respaldo legislativo que origina la implantación de las consultas de enfermería supone un cambio de rol de las enfermeras, pasando de ser auxiliares del médico a centrar su atención en la población. Aunque la forma en cómo se implantó y las estrategias que se llevaron a cabo para reducir los conflictos con otros profesionales determinan los retos y condicionantes que tenemos en la actualidad.

En atención primaria los problemas que se atienden cubren todas las situaciones de salud que se dan en el ser humano, desde las situaciones de salud óptima hasta situaciones como enfermedades agudas, crónicas, degenerativas o terminales. Cubre todas las etapas vitales de la persona desde el nacimiento hasta la muerte; todas ellas con unos diferentes requerimientos de cuidados.

El objetivo fundamental de la consulta de enfermería es el cuidado de la población. Cuidados que se ofrecen en sus facetas de fomento, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud. Los cuidados se prestan en la mayoría de los casos en un sistema de apoyo-educativo, donde como dice Orem "el usuario es capaz de realizar o puede o debería aprender a realizar las medidas requeridas de autocuidado". En cualquier caso, el objetivo de la consulta de enfermería es hacer responsable al individuo de su propia salud ofreciéndole mecanismos y recursos que le permitan manejarla con eficacia.

Cuando las consultas de enfermería se comenzaron a implantar en España se utilizó como estrategia para poder instaurarlas el plantearlas como una consulta de ayuda al médico, donde mediante la atención al usuario se conseguía disminuir y descargar la consulta médica de tareas consideradas burocráticas como la cumplimentación y entrega de los partes de baja y las recetas de medicamentos de larga duración. Esta estrategia permitió que se implantasen las consultas enfermeras y que estas tuviesen clientes que acudieran, pero también ha condicionado su futuro desarrollo.

Con la implantación de la consulta de enfermería se posibilita la detección de riesgos, y diagnósticos enfermeros que serán la base de prestación de los servicios enfermeros, y poco a poco, aunque de forma desigual se comienza a ofertar a la población.

Sistema de acceso

El sistema de acceso de los ciudadanos a la consulta de enfermería que se definieron cuando se implantó la consulta enfermera fue fundamentalmente la:

Derivación por parte del médico para su atención:

Este sistema de acceso la consulta consistió y de hecho es el principal modo de acceso a la consulta enfermera. La persona es derivada por medicina para que sea atendido/a en la consulta de enfermería, habitualmente para la inclusión en algún subprograma de salud. Usualmente para ser atendido en la consulta de enfermería es necesaria la existencia de algún documento o formulario de derivación para el acceso a los servicios enfermeros.

Otro sistema de acceso no extendido es el de la Preconsulta médica:

Es este sistema de acceso a la consulta, la situación que se da es una preconsulta a la consulta con medicina u otra disciplina, es decir la persona al entrar al sistema es recibido por enfermería que analiza la demanda del usuario y determina la necesidad de cuidados enfermeros, control o educación en proceso crónico, o necesidad de atención médica. Con este sistema de acceso el primer contacto que tiene el usuario con el sistema de salud es enfermería. Este sistema ha sido experimentado en algunos casos 7] aunque no existen informes de práctica habitual de este sistema de acceso al Sistema.

Con posterioridad a la creación de la consulta enfermera aparece un nuevo sistema de acceso directo a la consulta enfermera. En este sistema las personas no necesitan ningún tipo de formulario o documento de acceso a la consulta de enfermería. Acceden de forma automática cuando necesitan de los servicios de enfermería. Una limitación que tiene en la actualidad este sistema es que la población desconoce los servicios que le puede ofrecer enfermería y normalmente identifica como servicios de enfermería la administración de tratamientos, las curas o la entrega y en algunos casos la cumplimentación de recetas de tratamientos médicos de larga duración. Sin duda este sistema de acceso parece el ideal para conseguir cubrir todo el espectro de la población susceptible de requerir una consulta enfermera, pero requiere la definición, promoción e información de los servicios que le puede ofrecer enfermería.

Actualmente este sistema de acceso se utiliza en las consultas enfermeras donde las mujeres gestantes acceden directamente a los servicios de la enfermera/matrona o a los talleres prenatales o de puericultura.

Este sistema de acceso funcionará mejor y será más rentable si se llega a un consenso con los profesionales del equipo para determinar qué servicios no requieren la concurrencia de médico.

Con estos condicionantes anteriores si analizamos el perfil de las personas, y el tipo de actividades que se realizan en la consulta de enfermería obtendremos lo siguiente:

En el perfil demográfico [8,9] de los usuarios de la consulta de enfermería predominan las mujeres sobre los hombres. Por segmentos de edad los que más acuden a la consulta de enfermería son los menores de seis años y los mayores de cincuenta o adolescentes. Este hecho no hace sino confirmar que la población atendida en la consulta de enfermería se ve condicionada por los programas de salud que con mayor frecuencia están en funcionamiento en los centros asistenciales: los programas de enfermos crónicos y el programa de niñez sana o anticoncepción.

El tipo de actividades realizadas se orienta hacia una concepción medicalizada. En un estudio de 1992 se llega a la conclusión de que enfermería trabaja en la consulta de enfermería con poca autonomía, muy ligada a sus funciones tradicionales. En dicho estudio se plasma como más de la mitad, las visitas tienen relación con la aplicación de tratamientos que no requieren diagnóstico médico o tienen como finalidad la realización de pruebas diagnósticas médicas, hecho que los autores de dicho comunicado atribuyen al peso que todavía ejercen en su actividad las tareas que han desarrollado tradicionalmente.[10] En ese mismo estudio otra de las actividades con gran peso en la consulta de enfermería son las actividades preventivas; la educación para la salud es el procedimiento que se realiza con más frecuencia pero están muy condicionados fundamentalmente por la morbilidad que presentan.

Organizativamente las consultas comenzaron como consultas por programas de forma que existían consultas de diabetes, de hipertensos, de obesos. "Estas consultas de enfermería especializadas en pacientes de una determinada patología tienen el inconveniente de fraccionar a los enfermos y romper la integralidad de la atención. Una característica de la atención primaria es la integralidad; cuando fragmentamos a un paciente por sus problemas de salud (diabetes, obesidad, e hipertensión, por ejemplo) disgregamos el conjunto del padecer en componentes de más fácil manejo... pero muy artificiales. Si, además, la persona es citado un día como obeso, otro como diabético o hipertenso (además de las consultas espontáneas por gripes, catarros...) se corría el riesgo de alterar una de las características de la atención primaria, viendo a la persona desde muchos ángulos, pero nunca desde una perspectiva íntegra."[3]

Esta situación condujo a que la organización de las consultas se hiciese por áreas de atención. Así en la actualidad existe la consulta de enfermería del área infantil; la consulta de enfermería de la mujer o la consulta de enfermería del área del adulto. La organización de esta consulta también está en función del modelo asistencial que con el que se estructure el equipo de atención primaria.

Así la estructura del equipo puede ser:

• **Organización por equipos básicos de atención primaria:**

Estos equipos están formados por una enfermera y un médico/pediatra que tienen asignada la misma población.

• **Organización por unidades de atención familiar:**

Se caracteriza por que la familia cuenta con un mismo médico/pediatra /enfermera. En estos casos la familia suele contar con dos enfermeras una del área de atención infantil y una del área de atención del adulto. A pesar de denominarse de unidades de atención familiar, para las enfermeras el sujeto de atención no es la familia porque existe una disgregación entre población adulta y población infantil.

• **Organización por sectores geográficos de población:**

En los que la enfermera tiene asignada la población de un sector geográfico de la zona básica de salud. En este caso el sujeto de atención son la persona, la familia y la comunidad. Una de las características de este sistema -- la necesidad de tener que trabajar con varios pediatras y médicos del equipo-- puede ser vista como un inconveniente o una ventaja. El inconveniente es que este sistema presenta una mayor dificultad organizativa. La ventaja es que la relación se establece con diversos profesionales refuerza la

autonomía profesional, y establece como base de las relaciones profesionales los protocolos y programas.

Con todos estos antecedentes se dan una serie de factores que son necesarios abordar:

Limitación de la población atendida y servicios ofertados. La población que se beneficia de los servicios enfermeros es todavía muy baja. Está influida por los programas puestos en funcionamiento, y por la forma que tiene de acceder el ciudadano a los servicios enfermeros: acceso derivado. Con esta situación la posibilidad de ofrecer servicios enfermeros a la población es baja y el número de actividades independientes originadas por diagnósticos enfermeros es todavía bajo en relación con el número de actividades que se hacen por delegación.

- Ocupación de parte del tiempo de consulta con tareas no propias, como las cartillas de largo tratamiento, recetas, partes de baja...Tareas que en algunos casos son ilegales. Cuando se realizan estas tareas son tareas no reconocidas por la empresa y es tiempo detráido de actividades más cualificadas para las que las enfermeras están capacitadas.
- Aun cuando las enfermeras están ofreciendo nuevos servicios enfermeros. A cualquier personal de enfermería que preguntemos estará de acuerdo en que los registros de actividad con los que se miden las tareas que ejercen las enfermeras no reflejan todas las acciones que realizan.
- Existe un problema de cronificación de los usuarios en las consultas enfermeras.
- Introducción de la informática como instrumento.

Creo que es necesaria la implantación generalizada de la consulta de enfermería a demanda o programadas. Pero no solamente con implantarla será suficiente, es necesario atraer personas a la misma y a ser posibles ciudadanos que ahora acuden a la única puerta que conocen del sistema sanitario: la consulta médica o de otras disciplinas.

En estos momentos parte de la demanda de la consulta médica es demanda de servicios de enfermería. Si no difundimos nuestros servicios en la población, si no conseguimos atraer esa demanda hacia nuestra disciplina, no seremos atractivos para el sistema.

Y señores tenemos unos activos que tenemos que hacer valer:

Somos más costo efectivo. Nuestra oferta pertenece a las tecnologías blandas y requiere inversión adecuada.

El gasto farmacéutico que generamos es ínfimo.

Una parte importante de los problemas de salud de los ciudadanos tienen que ver con la adaptación de las personas a su situación vital.

En Enfermería lo que debemos hacer es sumar. Sumar cada vez más servicios a nuestra cartera y no deshacernos de ninguno de los que prestaron ahora. En una propuesta: la consulta enfermera previa a la consulta médica. De ese modo se dispondría de acceso a toda la población y podríamos captar la "demanda real de Enfermería".

Personalmente se cree que esta opción tiene un peligro que ya se presenta y es una mayor medicalización de la consulta enfermera. Quizá antes de llegar a esto deberíamos de disponer de un "recursero/acción de enfermeros". Ese recursero, es algo que tenemos pendiente, que deberíamos crear y en el que se tendrían que integrar los recursos con los que la comunidad cuenta.

Los recursos de este recursero/acción podrían ser:

- Talleres de relajación.
- Talleres de control de control del estrés
- Talleres de autoestima.

- Grupos de autoayuda para diferentes problemas.
- Talleres de formación de cuidadores...

Si nosotros/as contamos con este tipo de recursos podremos derivar de nuestra consulta hacia esos recursos parte de nuestra demanda con lo que evitaremos por ejemplo la cronificación en la consulta. Si no tenemos esos recursos hay que crearlos.

Quizá otra estrategia sea aumentar el número de consultas enfermeras fuera del centro de salud o consultorio.

En cualquier caso, para abordar esas estrategias es para lo que estamos aquí, veamos cómo está la situación, veamos qué podemos hacer para mejorar las consultas enfermeras a los ciudadanos que son al fin y al cabo por los que y para los que estamos.

RESUMEN

El análisis de la situación de salud es una práctica necesaria en la Atención Primaria de Salud, cuyo propósito es la identificación y el grado de prioridad de los problemas de salud de la comunidad para desarrollar acciones que contribuyan a su solución. El objetivo de este trabajo es presentar una guía para realizar ese análisis en la comunidad. Para su diseño se realiza una revisión de las guías existentes, se consulta a expertos sobre el tema, y sobre esta base se elabora una guía de evaluación de los informes del análisis de la situación de salud. A partir de los resultados obtenidos en la evaluación que se realiza, se propone la presente guía para la elaboración de este análisis en la comunidad. Esta contribuye a organizar el proceso de búsqueda de información, a orientar el análisis, la síntesis y a la creación, toda vez que se espera que el equipo de salud elabore, indague, profundice, integre y cree una propuesta de transformación de la situación de salud de su comunidad.

Palabras clave: Análisis de la situación de salud, atención primaria de salud, comunidad.

El análisis de la situación de salud (ASIS) es una actividad necesaria en la APS, que tiene como propósito identificar las características socio psicológicas, económicas, históricas, geográficas, culturales y ambientales que inciden en la salud de la población, así como los problemas de salud que presentan los individuos, las familias, los grupos y la comunidad en su conjunto, para desarrollar acciones que contribuyan a su solución. La elaboración del ASIS en cada uno de los consultorios del Médico y Enfermera de la Comunidad con sus representantes de la población, constituye el elemento base para la planificación estratégica a ese nivel, y establece las prioridades, pues dispone de los recursos locales en función de ellos.

El ASIS es una práctica habitual en la APS, que tiene como propósito básico entender las causas y consecuencias de los diferentes problemas de salud en la comunidad, y se concibe como un tratamiento interdisciplinario y flexible en su aplicación.¹

Existe conocimiento de su poca utilización por parte de los equipos de salud en la APS, así como de cierto rechazo a su realización como consecuencia quizás de la poca utilidad que se le atribuye y de la complejidad de su elaboración. Se percibe como una tarea impuesta que consume mucho tiempo, y que no resulta imprescindible para la práctica cotidiana en el consultorio.

El basamento teórico de la guía lo constituye la concepción holística y social de la salud, en la cual se considera la salud como una totalidad de componentes de orden biológico, psicológico, ambiental, cultural y socioeconómico que interactúan entre sí como una red de múltiples influencias internas y externas, y no como compartimentos que influyen en forma lineal en la totalidad, ni como la sumatoria de factores.

La guía se organiza para fines prácticos en 10 componentes y 60 aspectos, que se aproximan a la situación de salud de la comunidad y a la confección del plan de acción. En el anexo se describen los componentes y los aspectos contenidos en cada uno de ellos.

La guía para la confección del ASIS consta de los componentes siguientes:

1. Descripción de la situación sociohistórica y cultural del territorio.
2. Caracterización sociodemográfica de la población.
3. Identificación de los riesgos a nivel comunitario, familiar e individual.
4. Descripción de los servicios de salud existentes y análisis de las acciones de salud realizadas.
5. Descripción y análisis de los daños y problemas de salud de la población.
6. Análisis de la participación de la población en la identificación y solución de los problemas de salud.
7. Análisis de la intersectorialidad en la gestión de salud en la comunidad.
8. Tratamiento metodológico de la información.
9. Situación de salud de la comunidad.
10. Elaboración del plan de acción.

Cada componente puede ser desarrollado de forma cuantitativa y cualitativa, según su contenido lo requiera y de acuerdo con el modo en que se exprese en la población y en el territorio.

Es válido destacar que, si se realiza el ASIS por primera vez en una comunidad, requiere de una indagación profunda de los aspectos geográficos, históricos y culturales que la caracterizan, no así cuando el equipo de salud ha realizado varios ASIS en la comunidad.

DISCUSIÓN

Entre los aspectos novedosos a considerar en el ASIS es importante utilizar el enfoque familiar en el ASIS, de forma tal que se considere también a la familia como unidad de análisis, y que permita el cálculo de indicadores familiares para identificar las familias sanas, las de riesgos específicos o aquellas con enfermedades, que ya sea por su componente biológico o de comportamientos y estilos de vida, sean de interés para facilitar las acciones de prevención en sus miembros jóvenes, el control de las personas enfermas para evitar complicaciones y discapacidades, para así tratar de alargar la vida de sus miembros. Este enfoque optimiza las acciones realizadas al ser la familia el primer y más importante lugar donde se educa, se transmiten hábitos y estilos de vida a los individuos, que en este caso tienen también una misma base genética

El análisis de casos es una técnica que debe emplearse cuando se trabaja con áreas pequeñas, pues permite acceder a toda la información requerida para hacer un análisis integral de cada caso, de forma que se podrían relacionar los riesgos con las enfermedades, las discapacidades y las causas de muerte.

El diagnóstico de la situación de salud se obtiene al describir y realizar un análisis crítico de los componentes sociohistóricos, culturales y sociodemográficos de la población; de los riesgos personales, familiares y comunitarios, para identificar sus interrelaciones y poder explicar los daños a la salud como resultado de este proceso mediante la utilización del método clínico, epidemiológico y social. Debe también identificarse la participación de la población y la intersectorialidad como actores en el proceso (figura) (Sanabria Ramos G. Estrategias de intervención, análisis de la situación de salud, participación social y programa educativo. Escuela Nacional de Salud Pública. Cuba; 2004).⁴



FIG. Componente 9. Situación de salud de la comunidad.

En la elaboración del Plan de Acción los problemas identificados deben ser priorizados con la participación de los diferentes actores sociales. Se plantean propósitos de cambio sobre los problemas prioritarios de forma que se produzcan las motivaciones para el esbozo del cambio. Las actividades y tareas se diseñan de forma tal que contribuyan al cambio con la participación de la población y de otros sectores en la comunidad. Tanto las actividades y tareas, como el propio cambio, deben ser medibles, por lo que deben proponerse indicadores que permitan evaluar el plan de acción, en el que debe establecerse el cronograma con límites temporales y estar determinados los participantes y responsables de la ejecución de cada tarea.

El plan de acción debe ser factible, flexible, evaluable, cumplir con el principio de nominación, contar con los recursos humanos, materiales y financieros disponibles a ese nivel, y deberá contar con el conocimiento, la participación y la aprobación de los responsables de su ejecución.

El ASIS tiene también un carácter ético, dado por su condición de ser una investigación clínica, epidemiológica y social que se realiza en el primer nivel de atención. Debe alertarse en ella sobre el posible surgimiento de aspectos, como la no confidencialidad de la información que afecta la intimidad de personas y familias, así como el falseamiento consciente de la información, lo que constituye una flagrante violación ética, ante la que no deberá claudicar nunca un profesional de salud que se respete a sí mismo y respete a los demás. Aceptar un dato falso sin tomar medidas, constituye, por su parte, una de las peores violaciones de la ética gerencial.

CONCLUSIONES

El equipo de salud debe considerar la ética de la investigación, y requiere del uso de los métodos de la investigación en salud, del método clínico, epidemiológico y social, el cálculo e interpretación adecuado

de indicadores de salud, el dominio de técnicas de trabajo comunitario para la indagación de los criterios de la población, y de elementos de planificación estratégica para la confección del plan de acción.

Anexo. Descripción de componentes y aspectos de la guía de confección del ASIS.

Componente 1. Descripción de la situación sociohistórica y cultural del territorio	
Aspectos	Descripción
1.1. Caracterización geográfica	Comprende la delimitación territorial y extensión por km ² , accidentes geográficos y características climáticas.
1.2. Recursos naturales	Descripción de los recursos naturales existentes en la comunidad, y si esta se beneficia de ellos, si les da empleo a sus moradores o si incide en la salud.
1.3. Aspectos históricos	Se describirán aquellos hechos históricos relacionados con el origen y desarrollo de la comunidad.
1.4. Organización política administrativa	Descripción de cómo está organizada la comunidad, el número de circunscripciones que tiene, de CDR, de delegaciones de la FMC, de núcleos zonales, la asociación de combatientes y el sector de la PNR.
1.5. Recursos y servicios de la comunidad	Centros de producción y servicios, instituciones educacionales, culturales, religiosas, centros de recreación, organizaciones no gubernamentales, centros de expendio de alimentos, medios de transporte, vías de comunicación, electrificación, existencia de parques y áreas verdes.
Componente 2. Caracterización sociodemográfica de la población	
2.1. Estructura por edad y sexo de la población	Caracterización sociodemográfica de la población (principales grupos de edad según sexo y población económicamente activa). Confección de la pirámide poblacional.
2.2. Nivel de escolaridad de la población	Nivel de escolaridad de la población adulta.
2.3. Dedicación ocupacional	Ocupación de la población, trabajos más frecuentes y per cápita familiar.

2.4. Razón de dependencia	Personas menores de 18 y mayores de 60 años dependientes de la población económicamente activa.
2.5. Número de núcleos familiares	Cantidad de núcleos familiares sujetos de atención de salud.
2.6. Tamaño promedio de la familia	Número de miembros de las familias.
2.7. Fecundidad	Mujeres en edad fértil e hijos por mujer en edad fértil.
2.8. Migraciones	Características migratorias en la comunidad.
Componente 3. Identificación de los riesgos a nivel comunitario, familiar e individual	
3.1. Riesgos ambientales	Calidad y cobertura del agua. Disposición de los residuales líquidos (fosas, alcantarillas, desbordamientos de albañales). Residuales sólidos (tipo de recogida y frecuencia). Microvertederos, focos de mosquitos, contaminación del aire, ruido, presencia de animales afectivos, presencia de animales de corral y cría, tipo de combustible con el que se cocina en los hogares, viviendas inseguras y viviendas insalubres.
3.2. Riesgos sociales	Desocupación, deserción escolar, barrios marginales, conductas antisociales (riñas, alteración del orden y potencial delictivo).
3.3. Riesgos laborales	Exposición a sustancias nocivas, radiaciones, ruidos y alturas.
3.4. Riesgos genéticos	Principales problemas genéticos (sickleimia, enfermedad de Wilson, síndrome de Down). Enfermedades congénitas e inmunológicas. Exámenes de prevención de malformaciones congénitas a embarazadas (alfetoproteína, ultrasonidos, electroforesis de hemoglobina).
3.5. Comportamientos de riesgos a la salud	Conductas adictivas, tabaquismo sedentarismo, hábitos dietéticos inadecuados, higiene bucal deficitaria, desorganización y disfuncionalidad familiar, violencia.
Componente 4. Descripción de los servicios de salud existentes y análisis de las acciones de salud realizadas	

4.1. Recursos de salud disponibles para los habitantes	Policlínico y tipos de servicios disponibles: rehabilitación, urgencia, estomatología, transporte sanitario, hogar materno,
	farmacia, óptica y hospitales en la región.
4.2. Recursos humanos	Existencia de equipo básico de salud y especialistas en el grupo básico y en el policlínico.
4.3. Nivel inmunitario de la población	Vacunación analizada, tipo de vacuna y grupos específicos.
4.4. Dispensarización	Sanos, con riesgos, enfermos, secuelas.
4.5. Acciones de vigilancia y control	Sobre enfermedades con vías de transmisión respiratoria, digestiva vectorial y sexual, analizados según tipo de transmisión.
4.6. Captación de recién nacidos	Precoz o tardía.
4.7. Lactancia materna	Exclusiva, mixta o artificial.
4.8. Identificación de lactantes de riesgo	Según tipo de riesgo.
4.9. Identificación del riesgo preconcepcional	Analizadas según tipo de riesgo.
4.10. Identificación de embarazadas de riesgo	Analizadas según tipo de riesgo.
4.11. Ingresos en el hogar	Según causa y edad.
4.12. Pesquisaje de cáncer evitable	Cérvico uterino por citodiagnóstico, mama por diagnóstico clínico y mamografía, bucal, próstata, rectal y de piel.
4.13. Atención estomatológica	Acciones de prevención: aplicación de flúor a niños, higiene bucal adecuada, visita anual al estomatólogo, identificación de problemas de salud bucal, malformaciones congénitas, mal oclusiones, hipercariogénicos y edentes.
4.14. Saneamiento ambiental	Focos de mosquitos y locales saneados.
4.15. Grupos de trabajo comunitario	Existencia de círculos de abuelos, de adolescentes u otros.
4.16. Intervenciones familiares	Dinámicas familiares.
Componente 5. Descripción y análisis de los daños y problemas de salud de la población	

5.1. Morbilidad	Morbilidad por enfermedades transmisibles y no trasmisibles, malnutrición, accidentes, intentos suicidas y otras causas. Identificar la incidencia y prevalencia, los casos controlados y realizar el análisis según sexo y edad.
5.2. Deficiencia y discapacidad	Identificar la incidencia y prevalencia según tipo, etiología y pronóstico. Realizar el análisis según sexo y edad.
5.3. Mortalidad	Cualquier defunción ocurrida debe ser analizada según sexo, edad y criterio de evitabilidad, considerando si la causa es evitable y si la muerte es prematura. Especificar si en el período no se produjo ninguna defunción.
Componente 6. Análisis de la participación de la población en la identificación y solución de problemas de salud	
6.1. Necesidades sentidas	Si existen evidencias de las necesidades sentidas de la población en cuanto a servicios y recursos de salud.
6.2. Problemas percibidos por la población	Indagación de los problemas de salud prioritarios desde la perspectiva de la población.
6.3 Criterios sobre los servicios de salud	Estudio de satisfacción de la población con los servicios de salud.
Componente 7. Análisis de la intersectorialidad en la gestión de salud en la comunidad	
7.1. Acciones conjuntas con organizaciones de barrio	Analizar si hubo colaboración de las organizaciones del barrio en la promoción de salud, prevención de riesgos y en la solución de los problemas de salud de la comunidad.
7.2. Acciones conjuntas con otros sectores sociales	Analizar si se llamó a los diferentes actores sociales y si hubo colaboración intersectorial en la identificación o solución de los problemas de salud de la comunidad.
7.3. Acciones de redes de apoyo social	Si hay evidencia de la existencia de la influencia de las redes de apoyo en la comunidad.
Componente 8. Tratamiento metodológico de la información	
8.1. Utilizar el enfoque familiar	La información analizada no solo debe caracterizar los individuos sino a las familias de la comunidad.

8.2. Utilizar indicadores adecuados al tamaño pequeño de la población de los consultorios. En muchos casos debe realizarse un análisis casuístico	Uso de los indicadores demográficos y sanitarios para el análisis cuando sea pertinente, utilizar números absolutos haciendo referencia a los totales.
8.3. Calcular e interpretar correctamente los indicadores	Cálculo adecuado, multiplicación por constantes lógicas y su interpretación adecuada.
8.4. Establecer comparaciones con indicadores de períodos anteriores	El análisis debe establecer una comparación con el período anterior.
8.5. Explicitar la utilización de técnicas y procedimientos empleados en el ASIS	Un conjunto de técnicas contribuyen a la generación de información: entrevistas, grupos focales y aplicación de cuestionarios.
Componente 9. Situación de salud de la comunidad	
9.1. Análisis de la situación socio histórica y cultural del territorio	Describir cada uno de los aspectos tratados, para posteriormente realizar un análisis crítico de cada uno de ellos, identificando las interrelaciones que expliquen los daños a la salud como resultado de este proceso mediante la utilización del método clínico, epidemiológico y social. Identificar la participación de la población y la intersectorialidad como actores de este proceso.
9.2. Análisis de la composición sociodemográfica de la población	
9.3. Análisis de los riesgos personales, familiares y comunitarios	
9.4. Análisis de los servicios y la atención a la población	
9.5. Análisis de los daños a la salud de la población	
9.6. Análisis de la participación de la población	
9.7. Análisis de la intersectorialidad	
9.8. Diagnóstico de la situación de salud	
	Deben sintetizarse los resultados obtenidos del análisis e interrelación de los componentes 9.1 al 9.4, en función de los resultados obtenidos en 9.5, sobre la base de 9.6 y 9.7, de forma que se identifiquen los principales problemas de salud.
Componente 10. Elaboración del plan de acción	
10.1. Dar prioridad a los problemas identificados	Los problemas identificados deben ser priorizados con la participación de los diferentes actores sociales.
10.2. Planteamiento de los propósitos de cambio sobre los problemas prioritarios	Los problemas prioritarios producen motivación para el esbozo del cambio.

10.3. Planteamiento de tareas o actividades concretas con participación intersectorial y de la población	Las actividades y tareas se diseñan de forma tal que contribuyan al cambio, con la participación activa de la población y de otros sectores en la comunidad.
10.4. Establecimiento de los indicadores de evaluación del plan	Tanto las actividades y tareas como el propio cambio deben ser medibles.
10.5. Diseño del plan de acción con fechas de cumplimiento y determinación de personas participantes y de los responsables de la ejecución de las tareas	El plan tiene un cronograma y unos límites temporales. Deben determinarse los participantes y responsables de la ejecución de cada tarea.

APS- Atención Primaria de la Salud

La atención primaria de salud es la asistencia sanitaria esencial accesible a todos los individuos y familias de la comunidad a través de medios aceptables para ellos, con su plena participación y a un costo asequible para la comunidad y el país.

Es el núcleo del sistema de salud del país y forma parte integral del desarrollo socioeconómico general de la comunidad.

“...es una estrategia que concibe integralmente los problemas de salud-enfermedad-atención de las personas y del conjunto social, a través de la asistencia, la prevención de las enfermedades, la promoción de la salud y la rehabilitación. Tiene como misión extender el sistema sanitario a la intimidad de los hogares permitiendo conocer la realidad social y sanitaria de las poblaciones mejorando la comunicación del individuo (y su familia, sus saberes, y culturas, con la medicina científica”. Texto del Plan Federal de Salud, págs. 22 -23.

“Existe una Política de Salud definida y aceptada por casi todos los países del mundo en la Asamblea de la OMS, en 1977, denominada “Salud para todos en el año 2000”. En 1978, en la reunión de Alma Ata, quedó establecido que para llevar a cabo dicha política era necesaria una estrategia específica, distinta a las utilizadas hasta entonces. Esta estrategia se definió como atención primaria de la salud (APS) la que no se debe confundir con el primer nivel de atención o con los servicios básicos de salud”. Kroeger y Luna: (Comp). “Aspectos programáticos de la atención primaria de la salud a nivel nacional e internacional. Cap. 1, en Atención Primaria de la salud, 2da edición, OPS, México 1992.

Actividad individual a desarrollar

Buscar y leer la conferencia de ALMA ATA, su declaración y analizarla en forma grupal La estrategia incluye como principios básicos:

- Accesibilidad de la población a la atención de salud
- Cobertura Universal en función de las necesidades de salud de la población
- Organización y participación de la comunidad para asegurar el derecho a la salud y las estrategias de cuidado
- Atención intersectorial, entre las organizaciones de salud y otras agencias sociales y líderes comunitarios
- Desarrollo de tecnologías apropiadas en función de los recursos disponibles.

Las prácticas y las distintas concepciones de APS

Atención primaria: promoción de salud y participación

APS, propone dar una “respuesta integral” a los problemas de salud. Esta integralidad implica que se tome a cargo a la vez el alivio del sufrimiento cotidiano de las personas (Su “demanda de atención” y los aspectos de prevención y promoción de la salud.

Algunos autores proponen: “Esta estrategia (APS) tiene un componente muy fuerte de participación comunitaria en un doble sentido; por un lado, buscando más consenso y democratización del poder y por otra más legitimación del sistema de salud que en muchos casos no es suficiente. De allí surge la necesidad de buscar algunos cambios instrumentales que mejoren la performance de los sistemas, la legitimación con los ciudadanos y niveles más activos de participación de estos últimos. Es indiscutible que se incrementa, la responsabilidad individual en todo lo que podrá ser la estrategia de promoción y prevención de la salud, tales como los estilos de vida, cambio de hábitos y cuidado de la salud, que tradicionalmente la salud pública ha señalado como las más efectivas para mejorar la calidad de vida de la población.

En este sentido, las estrategias de la APS y la participación comunitaria mejoran la responsabilidad individual y activan muchas fuerzas comunitarias en esto de producir salud en términos colectivos y no sólo consumir atención médica”

González García; Ginés, “Apertura” En: Torres Rubén (org) Atención Primaria de la Salud, Buenos Aires, Ediciones. I Salud N° 3 pág. 5 (2001).

La APS debe analizarse desde tres perspectivas:

- Como estrategia
- Como nivel de asistencia
- Como programa de actividades



Actividad individual a desarrollar.

Leer del Módulo 1 del Posgrado de Salud Social y Comunitaria lés págs. 149-151

<http://iah.salud.gob.ar/doc/Documento195.pdf>

Busque en su provincia los indicadores de salud que pueden afectar o mantener la salud de sus ciudadanos. Para esto vaya a la página del ministerio de salud de la provincia del Neuquén e intente encontrarlos allí. Si no les mostraremos la versión 2013 de los mismos.

¿Qué ES UN INDICADOR DE SALUD? Defínalo con sus palabras.

¿Cuál es uno de los más llamativos?

¿Compárelos si puede con otro indicador del país o provincia?

Resuma la unidad.

APS y La promoción de la salud

La promoción de la salud es el proceso mediante el cual los individuos y las comunidades están en condiciones de ejercer un mayor control sobre los determinantes de la salud y, de ese modo, mejorar su estado de salud.

Se ha constituido en un marco de referencia ideológico y conceptual para todos aquellos que aceptan que el fomento de una mejor salud colectica se apoya en cambios sobre las condiciones y sobre los estilos de vida, conjugando la autonomía personal y la responsabilidad social.

El fomento de ambientes y comportamientos saludables es una responsabilidad primordial del Estado, pero su acción debe plantearse concertadamente con los grupos más representativos de la sociedad.

Involucra, por lo tanto, a los actores institucionales y comunitarios que pueden influir positivamente, en un determinado espacio geográfico sobre la salud de la población.

De acuerdo con la OMS (1996)

“la promoción de la salud puede sintetizarse a través de los siguientes principios generales: implica trabajar con la gente, no sobre la gente, empieza y acaba en la comunidad local, está encaminada hacia las causas de la salud, valora tanto el interés por el individuo como por el medio ambiente y subraya las dimensiones positivas de la salud y afecta a todos los sectores de la sociedad”

Organización Panamericana de la Salud. Promoción de la salud: una antología. Washinton D.C. 1996.

Las características que definen esta estrategia son:

- Se orienta hacia las causas fundamentales que originan la pérdida de la salud
- Combina enfoques muy diferentes para mejorar la salud: información, educación, desarrollo y organización comunitaria, defensa de la salud, legislación.
- Se apoya de manera decisiva en la participación de la comunidad

Los profesionales de salud tienen un rol destacado en su difusión y desarrollo.



Actividad individual para desarrollar.

Buscar la Carta de Ottawa y su declaración y hacer una síntesis gráfica de los conceptos fundamentales a tener en cuenta para la promoción de la salud.

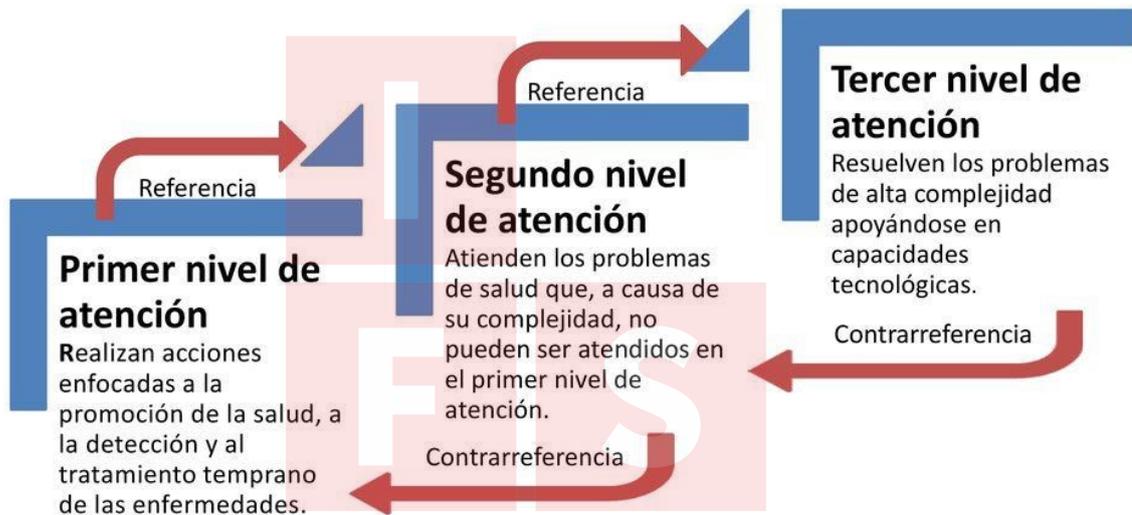
UNIDAD II

“La Salud Pública y su importancia para enfermería”

Niveles de atención y complejidad. Referencia y Contrarreferencia

Organización de atención a población abierta (viejo modelo Pero funcionamiento real)

SISTEMA DE REFERENCIA Y CONTRAREFERENCIA: El rol de cada nivel de atención



Fuente: NORMA Oficial Mexicana NOM-004-SSA3-2012, Del expediente clínico.

REFERENCIA Y CONTRARREFERENCIA

El sistema de Referencia y Contrarreferencia se define como el conjunto de procesos, procedimientos y actividades técnicas y administrativas que permiten prestar adecuadamente los servicios de salud a las personas, garantizando la calidad, accesibilidad, oportunidad, continuidad e integralidad de los servicios.

La Referencia es el envío de las personas elementos de ayuda diagnóstica por parte de un prestador/efector de servicios de salud, a otro efector para atención o complementación diagnóstica que, de acuerdo con el nivel de resolución, dé respuesta a las necesidades de salud.

La Contrarreferencia es la respuesta que el prestador de servicios de salud receptor de la referencia da al prestador que remitió.

- Es una herramienta clave para la articulación de un sistema de salud descentralizado y basado en la Atención Primaria de la Salud.
- Para su logro, es necesario acordar criterios y coordinar procedimientos de derivación entre al menos dos niveles de atención de complejidad diferentes (Centro de Salud – Hospital base).

¿Por qué es importante el sistema de Referencia y Contrarreferencia

- Enfoque de Derechos Humanos
- Garantiza la continuidad de cuidados y atención
- Fortalece el sistema de salud
- Articula los servicios de salud (Enfoque de red)
- Favorece el uso eficiente de los recursos
- Crea responsabilidad institucionalmente

LA REGIONALIZACIÓN COMO PROCESO DE REORGANIZACIÓN DE LOS SERVICIOS DE SALUD

La *regionalización de los servicios de salud*¹⁴ es un proceso de organización de la red de servicios de salud a nivel territorial o local mediante la descentralización de las áreas geográficas determinadas, así como la concentración de las acciones de salud bajo un mando único y un mismo programa, con el fin de alcanzar condiciones superiores de salud al brindar la completa accesibilidad y total cobertura a la comunidad recabando de ella su imprescindible participación. Por medio de este proceso se decide la división político-administrativa a implementar, se establecen las nuevas fronteras internas para facilitar el ejercicio del poder y se adopta una administración pública descentralizada.

Desarrollar una correcta regionalización de los servicios de salud conlleva a dar cumplimiento a una serie de pasos o requisitos básicos: reglamentar la responsabilidad para cada nivel y sus unidades, hacer corresponder la oferta con la demanda/necesidades de la población, establecer una puerta de entrada al sistema de salud regionalizado, establecer un sistema de referencia de pacientes (de menor nivel a mayor nivel), establecer un flujo continuo de información cruzada, establecer mecanismos de apoyo científico y técnico (de mayor a menor), y establecer una participación cruzada de profesionales y técnicos.¹⁴

Uno de los objetivos fundamentales de todo ejercicio de regionalización es mejorar la accesibilidad a los servicios de salud, entendida esta como la posibilidad de acceder a los servicios de salud sin que existan barreras geográficas, culturales, mediática, legales o financieras que contempla aspectos como la ubicación de los servicios de salud en la territorialidad, la distancia entre los servicios de salud y los grupos poblacionales, así como a las vías y medios de comunicación. Mientras que la cobertura se refiere a la capacidad del sistema político y de salud de hacer corresponder la oferta de servicios con las demandas y expectativas existentes a nivel gubernamental y poblacional, o sea, a la correspondencia entre la demanda, el cuadro de salud y los grupos de riesgos con la oferta de servicios de salud.

Regionalizar los servicios de salud siempre conlleva una *contradicción* entre las administraciones centrales y territoriales o locales, entre la necesidad central de dirigir con más facilidad y flexibilidad y la necesidad local de mayor autonomía y nivel de decisión; el problema está en determinar qué, cuánto y a quién delegar atribuciones que se encuentran centralizadas. El exceso de centralización engendra burocratización y esta entorpece y obstaculiza el funcionamiento y desarrollo de los sistemas organizacionales.

El *espacio de la regionalización* ha sido definido como el espacio político-administrativo y sanitario, a nivel nacional, provincial o municipal, en el cual se ha producido un ejercicio de reorganización de los servicios con vistas a adecuar la oferta de servicios a la demanda/necesidad definida en la población para mejorar su estado de salud actuando sobre todos sus factores determinantes. Se entiende como *área de cobertura de salud*, al área geográfica de responsabilidad de una unidad de salud, dictada ya no por la lógica de la asistencia o de la búsqueda de asistencia, sino por la lógica de la vigilancia en salud y que no por definida o delimitada se impide el acceso a la unidad o se transforma en una barrera más, por el contrario, permite perfeccionar la integración de esta en la comunidad al conocer sus características, las de sus habitantes y sus problemas de salud, permitiendo adecuar la oferta asistencial a la realidad detectada.^{29,30}

El análisis de los distintos componentes o dimensiones de un proceso de regionalización de los servicios de salud abarca los siguientes elementos:¹⁴

- El *análisis de la territorialidad* deberá recoger una caracterización del territorio y de la organización del sistema de salud, de su estructura por niveles, de las características de su entorno, una descripción de la división político-administrativa y de la delimitación sanitaria, así como de la correspondencia de ambas, la existencia de barreras geográficas, el respeto a la organización espontánea de la sociedad y al flujo

espontáneo de la población a los servicios, pero sobre todo buscando que su establecimiento no afecte la accesibilidad. La territorialización en salud no es otra cosa que un proceso de apropiación del espacio por diferentes actores sociales, espacio que no representa solo una superficie geográfica, sino que tiene un perfil demográfico, epidemiológico, administrativo, tecnológico, político y social propio y que se expresa en un territorio en permanente construcción.

- El *análisis demográfico* deberá incluir una descripción de las necesidades de servicios (demanda) por grupos de edades, de las necesidades de servicios (demanda) por sexo y de las necesidades de servicios (demanda) por grupos poblacionales de riesgos.
- El *análisis del acceso a los servicios* deberá incluir una descripción de la capacidad real de acceso geográfico, funcional, cultural, legal y económico que tiene la población a los servicios de salud que oferta el territorio en función de sus demandas/necesidades. Se deberá analizar la *accesibilidad geográfica* en términos de posibles distancias y barreras físicas y/o geográficas que obstaculice la utilización del servicio. Se deberá analizar la *accesibilidad funcional* en términos de existencia real de servicios de salud oportunos, permanentes, en horarios adecuados a las necesidades de la población y apropiados para satisfacer el volumen de la demanda y necesidades de la población. Se deberá analizar la *accesibilidad cultural* en términos de posibles conflictos entre las normas técnicas y administrativas de los servicios, así como los hábitos y costumbres de las comunidades donde ellos se sitúan. Se deberá analizar la *accesibilidad legal* en términos de documentar todo el cuerpo legal, técnico y administrativo que existe en el territorio para amparar legalmente la utilización de los servicios de salud por parte de las poblaciones donde se ubican. Se deberá analizar la *accesibilidad económica* en términos de ausencia de barreras financieras que impiden el acceso a los servicios de salud por parte de la población que reside en el lugar donde se ubican estos. Se hace referencia a barreras derivadas del sistema de pago o contribución del/a usuario/a de los servicios. Algunos autores incluyen en sus estudios de accesibilidad aspectos de calidad, otros como *Vieira de Sousa*^{29,30} señalan que la accesibilidad funcional se refiere a la calidad y eficiencia de los servicios de salud, quizás por eso es de las dimensiones del acceso, la menos estudiada. En otros estudios se señala que la accesibilidad legal determina la económica cuando por medio de la primera se define la gratuidad de los servicios. En el caso de *Frenk*³¹ propone la utilización de un conjunto de curvas de isoaccesibilidad, construidas a partir de la relación funcional entre la resistencia del sistema, entendida como el conjunto de barreras que impiden el acceso a este y el poder de utilización, entendida como la capacidad real de la población de superar esos obstáculos. Esas curvas definen distintos niveles de accesibilidad:

- El *análisis de la cobertura de los servicios* deberá incluir una descripción de la capacidad de respuesta de los servicios de salud a la demanda/necesidades sentidas de la población, para esto deberá caracterizar primeramente la oferta y la demanda/necesidad, para luego relacionar entre estas dimensiones y ver qué por ciento de cobertura existe.
- El *análisis de la capacidad de autogestión* deberá incluir una descripción de la capacidad de formación y especialización de los propios recursos humanos que tiene el territorio para brindar los servicios de salud que requiere su población y de la capacidad de autoabastecimiento de los suministros básicos e imprescindibles para brindar los servicios de salud que requiere su población.
- El *análisis de la intersectorialidad* deberá incluir una descripción de la capacidad que tiene el sector salud y sus líderes para convocar y hacer participar a los otros sectores e instituciones del territorio en la búsqueda concertada y negociada de soluciones a los problemas de salud que tiene su población.
- El *análisis de la delegación de autoridad y recursos* deberá incluir una descripción de las funciones esenciales de la salud pública a cumplimentar por el sistema en ese nivel o institución, una descripción de las actividades de planificación, coordinación, prestación y evaluación de los servicios en ese nivel o institución, una descripción de las principales

decisiones y el proceso que siguen para esto los líderes del sistema en ese nivel o institución, así como una descripción de los recursos necesarios por el sistema a ese nivel o institución que maneja ese líder y cómo lo hace.

- El *análisis de la unidad de mando y acción* deberá incluir una descripción de la capacidad que tiene el sector salud y sus líderes para lograr una programación conjunta de las actividades de salud a nivel local, una descripción de la capacidad que tiene el sector salud y sus líderes para lograr una relación estrecha y permanente con los otros sectores, una descripción de la capacidad que tiene el sector salud y sus líderes para establecer formas prácticas de comunicación, una descripción de la capacidad que tiene el sector salud y sus líderes para establecer formas prácticas de información y una descripción de la capacidad que tiene el sector salud y sus líderes para establecer formas prácticas de diálogo.
- El *análisis de la participación social* deberá incluir una descripción de la capacidad de convocatoria que tiene el sector salud y sus líderes para lograr una real participación de la sociedad en la solución de sus problemas de salud, una descripción de la influencia de la comunidad y otras organizaciones y sectores pertenecientes a un espacio determinado en la solución de sus problemas de salud, una descripción de la capacidad que tienen los actores sociales involucrados en el problema de recibir información para conocer mejor su propia situación de salud, de participar en el proceso de selección y toma de decisiones, asignar y controlar recursos decisivos en la ejecución, y participar en el proceso de evaluación de las acciones que se tomen. Se deberán analizar *los mecanismos de participación social*, o sea, la existencia de organizaciones que permitan a los miembros de la comunidad reunirse y llevar a cabo acciones colectivas, en lugar de actuar como individuos aislados. Se deberá analizar *la amplitud de la participación social*; o sea quiénes y cuántos tienen la posibilidad de participar, y cuántos lo hacen con relación a las actividades de salud. Se deberán analizar *las modalidades de participación social* que se ponen de manifiesto en ese espacio concreto (colaborativa, cogestión o autogestión, negociación) con vistas a mejorar o solucionar sus problemas.

La descentralización de los servicios de salud

La descentralización de los servicios sociales es un instrumento de política usualmente empleado para alcanzar objetivos económicos y/o políticos y se caracteriza por ser un proceso complejo al involucrar múltiples actores e instituciones. En este sentido, es susceptible de ser visto desde distintas perspectivas.

La descentralización constituye un eje central de las reformas de los sectores sociales y se trata de una forma extremadamente compleja que representa profundas transformaciones en los ámbitos institucional, financiero y de gestión microeconómica. En el ámbito institucional, supone establecer un nuevo conjunto de procedimientos y relaciones en el plano de la toma de decisiones y de la gestión. En el ámbito financiero, la descentralización implica cambios en la estructura y en el nivel de los flujos de financiamiento.

Una pregunta central que se plantea frente a los impulsos descentralizadores con el objeto de evaluar los beneficios efectivos de las políticas de descentralización de los servicios sociales se refiere al impacto que esta genera sobre aspectos de eficiencia y equidad. Se trata de una pregunta básica y central. Todo proceso de reforma, en este caso, la Descentralización de los servicios de salud, debe apuntar a cambiar, mudar las culturas y subculturas al interior del sistema. Esta tarea no será fácil, ni de resultados inmediatos.

Finalmente, la descentralización de los servicios implica cambios en los mecanismos de participación de la comunidad. Descentralizar el país implica romper con una forma gubernamental que tiene siglos. Supone por lo tanto un esfuerzo no solo del gobierno sino de toda la nación.

Descentralización del Sector Salud

Descentralización implica la transferencia del poder político, económico y administrativo desde el gobierno central hacia los gobiernos locales con la finalidad de fortalecer el desarrollo local sostenido y autónomo. La descentralización implica una elite local con capacidad de administración y no se improvisa por una ley. Es un producto lento, de un proceso histórico.

Las reformas asociadas son la descentralización fiscal y la sectorial, las cuales se enmarcan en el contexto de reforma del Estado que busca transformar su papel de promotor de la creatividad política económica y modificar su gestión enfatizando la eficiencia y la equidad de la política económica. En ese proceso el Estado reduce su tamaño, concentra sus esfuerzos en los sectores sociales y en general, modifica la naturaleza de su intervención, así como los instrumentos de política para promover una gestión más eficiente y por ende se constituye un eje central de las reformas sociales en curso.

Para lograr una gestión eficiente, de los limitados recursos, se obliga a transferir lo más cerca posible de los usuarios el poder de planeamiento, la toma de decisiones y la administración del financiamiento. Al margen de decidir el nuevo nivel receptor de responsabilidades y de recursos deberá evitarse las intervenciones que no agreguen valor a los bienes o recursos transferidos. Como quiera que la descentralización del sector se da sobre una realidad laboral este es un problema para considerar para el nuevo régimen de relación de dependencia de un nivel centralizado a un nivel local. "hay que desarrollar nuevas formas de relaciones laborales y al mismo tiempo establecer una estrategia temporal para ir readecuando la dimensión del mix entre antiguas y nuevas modalidades de contrato de trabajo".

En el caso de los procesos de descentralización en el sector salud, cabe destacar que las experiencias señalan que estas han formado parte de procesos más amplios de descentralización política, administrativa y en algunos casos solamente sectorial. Mientras en unos casos, han formado parte de un proceso más amplio de reforma del sector salud, en otros no ha habido un marco global de referencia de reforma sectorial dentro del cual se pudiera enmarcar el proceso de descentralización del sector salud.

Las necesidades de la familia

La familia responde o se relaciona con alguna de nuestras **5 necesidades fundamentales**:

Cuidado y protección

Durante la infancia y en la niñez temprana los seres humanos son incapaces de defenderse por sí mismos. Dependen totalmente de los demás en cuanto al alimento, el vestido y la protección. Además, a medida que llega a la vida adulta, todos los individuos experimentan episodios de enfermedad, incapacidad y dependencia. Durante ese tiempo la familia asume la responsabilidad del cuidado y la protección de sus miembros. La familia es responsable de satisfacer las necesidades esenciales del ser humano para su subsistencia, alimentación, salud, vivienda, vestuario y en general todo lo que contribuye a su bienestar. Si la familia responde adecuadamente a estas responsabilidades que al principio deben ser compartidas por padre y madre y en el desenvolvimiento de la dinámica familiar, por los hijos mayores y por otros familiares que conviven en el mismo hogar, contribuye al crecimiento y desarrollo armonioso de los hijos. No hay duda de que contribuir solo a la supervivencia física, no es suficiente para lograr la formación de personalidades capaces de enfrentar correctamente las experiencias que la propia dinámica familiar y social va presentando al individuo a lo largo de su existencia.

Afecto

La familia debe llenar las necesidades afectivas de sus miembros, porque las respuestas afectivas de un individuo a otro proporcionan las recompensas básicas de la vida familiar. La seguridad afectiva es la base para el desarrollo armónico de la personalidad y procede de la alianza afectiva de una pareja

consciente y funcional capaz de fijar le al hijo una imagen de familia sobre la cual el ha de estructurar la suya posteriormente. Desde el punto de vista psicológico, los miembros del grupo familiar establecen una red de comunicaciones, que los une como familia y que transmite los sentimientos y emociones esenciales para la satisfacción de las necesidades afectivas con el propósito de propiciar el normal crecimiento y madurez del niño. Así, la relación iniciada en el binomio madre-hijo y continuada con el trinomio, al incorporarse el padre a la relación madre-hijo, pasa más adelante a reflejarse en los lazos de identidad del individuo con su organización familiar y finalmente con la sociedad. En esta interrelación se proyecta, es decir se transmite, el afecto, el amor que es tan necesario para el niño como la alimentación y cuya importancia se manifiesta desde el periodo de la gestación. De acuerdo con esta formulación es posible establecer que la expresión del afecto a través de la acaricia como acto espontáneo, es esencial para el desarrollo de Los lazos efectivos paternos filiales y como estimulación sensorial de gran importancia para el desarrollo y la formación del niño.

Dentro de la dinámica familiar corresponde esencialmente a la madre la armonía emocional de sus hijos en los primeros años. De ella depende su sensación de seguridad y plenitud o sus sensaciones de miedo o inseguridad. También es importante tomar en consideración las iniciativas de los hijos, así como acatar su individualidad, hasta donde sea posible, de tal manera que constituya una conducta gratificante para el grupo familiar. En la satisfacción de las necesidades psicológicas se fundamenta la capacidad de amar a las personas.

Fromm (1978) afirma que el acto de amar comprende la expresión de edad y llevar consigo 4 elementos básicos comunes a todas las clases de amor: Cuidado, responsabilidad, respeto y conocimiento, que son interdependientes y conforman un síndrome de actitud es propio de la persona madura. Las necesidades de afecto de los padres son tan importantes para la salud familiar como las necesidades de afecto de los niños. Se dice que el padre desempeñó un papel más de instrumento en la familia, en cuanto al establecimiento de esperanzas y estándares de esfuerzo, y que la madre responde más a las necesidades emocionales de la familia. Aunque esta generalización es cierta, también es cierto que los varones tienen responsabilidades afectivas mayores y que las mujeres necesitan ayudar a que los niños se orienten en su trabajo. Aunque se pueden separar desde el punto de vista conceptual atención y afecto, estos no se distinguen fácilmente en la vida. Atención y afecto son parte del proceso de adaptación social, del mismo modo que recompensas y castigos. La adaptación social insuficiente puede dar por resultado privación, que haría que el individuo sea menos capaz de responder desde el punto de vista afectivo a los demás.

La reproducción

La reproducción de la especie humana es vital e imprescindible para la revitalización de la sociedad y para que la familia asegure, por medio del proceso de socialización de los nuevos miembros, la permanencia de las instituciones sociales de común beneficio. Igualmente, corresponde la familia proporcionar a los hijos los modelos adecuados para el desarrollo de su identidad sexual. Porque es en el seno de la institución familiar, donde se aprenden las características propias de cada uno de los sexos, a través de la identificación con las figuras parentales. En la medida en que los padres tengan claras las funciones que les corresponden y sus respectivos papeles, podrán transmitir la su hija los elementos estructurales básicos para el desarrollo de su identidad sexual, con clara precisión de las diferencias de cada sexo y de sus papeles correspondientes.

Diversos autores coinciden en afirmar que la identidad sexual se gesta, fundamentalmente, en torno a las vivencias del niño sus progenitores, del modo como percibe el hijo la relación de la pareja y cómo esta pareja se vincula con él. Lo que permite afirmar que los modelos de hombre y mujer transmitidos por los padres en el mensaje actitudinal son los que van a conformar realmente la identidad de este ser. Cabe destacar que la conducta sexual también es determinada por la influencia sociocultural: los valores,

costumbres, tradiciones, religión y en general, todas las manifestaciones culturales que operan como portadores de ideas y crean modelos del ser social masculino y del ser social femenino.

La socialización

Los hijos son los nuevos reclutas de la sociedad. Su desarrollo social depende de la adquisición de aquellos elementos de la cultura que son necesarios para la participación competente en la vida social. Hoy, como en el pasado, la familia es el medio primario para transmitir la cultura de generación en generación. También sirve como vínculo entre el individuo y la comunidad principal.

La socialización de los hijos se realiza de acuerdo con las pautas culturales del grupo familiar y de la sociedad. En la mayoría de las sociedades pertenecientes a la cultura occidental, se espera que la familia ocupa el primer lugar entre los agentes de socialización y que constituya la vía más segura e idónea para transmitir las normas y costumbres propias de la sociedad a la cual pertenece según el estrato social, pero se dan diferencias en la manera de la familia interpretar las pautas culturales de cada sociedad. Sin embargo, en los primeros años de vida de los hijos, la familia es casi el único agente socializador.

Posición social

La estructura de una sociedad es una red intrincada de roles y diferentes estatus sociales. En alguna forma los individuos deben ubicarse dentro de estos estatutos y motivarse a desempeñar los roles apropiados. Muchos de nuestros estatus adscritos, incluyendo nuestras identidades nacionales, étnicas, raciales, religiosas, de clase y de comunidad se derivan de la pertenencia a la familia.

Aún en sociedades como la de Estados Unidos, que insisten muchísimo en la igualdad de oportunidades en el avance basado en los méritos, la familia juega una parte crítica en facilitar (o limitar) la movilidad social de sus miembros. Según el estrato social a que pertenecen, la familia tiene una determinada posición social, un acceso definido a los servicios sociales y también un estilo de vida que él es común con las otras familias de su estrato.

LAS FUNCIONES FAMILIARES

Por función familiar entendemos las tareas y la actividad que deben realizar todos los miembros que la conforman, de acuerdo con la posición y el papel que desempeñan en la unidad familiar, que les permitirá alcanzar los objetivos psicobiológicos, culturales, educativos y económicos que caracteriza a esta peculiar organización grupal que denominamos familia.

Para evaluar el funcionamiento familiar podemos analizar las 6 funciones básicas de todas las familias:

Comunicación

Es una función primordial, ya que gracias a ella todas las demás pueden cumplirse. La familia utiliza muy variados mensajes verbales y paraverbales para transmitir afecto, ayuda, autoridad, comprensión. Junto a un lenguaje común, expresión de las características étnicas y socioculturales de la comunidad a la que pertenece, existen otros propios de la familia, de tal manera que suelen ser ininteligibles para un observador ajeno a la misma.

Afectividad

Es una relación de cariño o amor existente entre los miembros de la familia. Supone una función básica a partir de la cual se transmite parte del apoyo necesario en momentos de crisis.

Apoyo

La familia proporciona apoyo a los miembros que la necesitan. Esta ayuda puede ser económica, afectiva, financiera, etc.; gracias a ella se puede resolver situaciones conflictivas o abortar momentos de crisis individuales a familiares. Los recursos los establecen, organizan y distribuyen distintos miembros de la familia de acuerdo con los papeles previamente establecidos. Así, por ejemplo, la madre es la que suele

prestar apoyo sanitario y el padre el económico o financiero. El apoyo nace del sentimiento de pertenencia la familia, de saber que comparte, como grupo, creencias, proyectos y afectos comunes.

Adaptabilidad

La familia es un grupo dinámico, que mantiene relaciones internas con los elementos que la conforman, y externas con su entorno social, educacional y laboral; todas ellas le exponen a cambios, necesitando para resolver cada nueva situación una buena capacidad de adaptación que le permite responder adecuadamente a una gama variada de estímulos. Los cambios a los que se somete la familia pueden deberse al paso de las distintas etapas del ciclo vital, nacimiento de un hijo, estadio del "nido vacío", o pueden estar en relación con acontecimientos estresantes, cambio de trabajo, quiebra financiera, salida de vacaciones. La adaptabilidad son los cambios por los cuales atraviesa la familia en las transiciones del ciclo evolutivo familiar.

Autonomía

Todos los componentes de la familia necesitan un cierto grado de Independencia que les facilite su crecimiento y maduración. La familia establece esta autonomía mediante mecanismos que marcan los límites entre dependencia-independencia, no sólo dentro del grupo familiar sino en su relación con el entorno social. El ejercer satisfactoriamente esta función permite mantener la integridad de cada individuo, en un equilibrio entre lo permitido y lo prohibido, lo aceptado y rechazado, en fin entre dependencia e independencia. La autonomía es el grado de independencia que necesitan alcanzar los miembros de la familia para facilitar su crecimiento y maduración.

Reglas y normas

Las familias establecer reglas y normas de comportamiento que permite mantener con orden y armonía la conducta de sus miembros dentro del hogar. Cada familia tiene sus propias reglas, no escritas, pero claramente establecidas, que sólo ellos reconocen e identifican. Estas normas facilitan las relaciones, identifican los papeles y afectan la autoridad.

Las NBI (Necesidades Básicas Insatisfechas)

Las Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI) se dividen en cinco grupos: Vivienda de tipo inconveniente, condiciones sanitarias, hacinamiento, escolaridad y capacidad de subsistencia.

Las Necesidades Básicas Insatisfechas fueron definidas según la metodología utilizada en "La pobreza en la Argentina" (Serie Estudios INDEC. N° 1, Buenos Aires, 1984).

Los hogares con Necesidades Básicas Insatisfechas (NBI) son los hogares que presentan al menos uno de los siguientes indicadores de privación:

- **Vivienda:** hogares en una vivienda de tipo inconveniente (pieza de inquilinato, vivienda precaria u otro tipo, lo que excluye casa, departamento y rancho). (NBI 1)
- **Condiciones sanitarias:** hogares que no tuvieran ningún tipo de retrete. (NBI 2)
- **Hacinamiento:** hogares que tuvieran más de tres personas por cuarto. (NBI 3)
- **Asistencia escolar:** hogares que tuvieran algún niño en edad escolar (6 a 12 años) que no asistiera a la escuela. (NBI 4)
- **Capacidad de subsistencia:** hogares que tuvieran cuatro o más personas por miembro ocupado y, además, cuyo jefe no haya completado tercer grado de escolaridad primaria. (NBI 5).

Necesidades de Salud

El concepto «necesidades de salud» se define como el grado de salud-enfermedad que los usuarios potenciales de los servicios de salud experimentan, y está dado por la estrecha relación entre las necesidades básicas del individuo (salud física, autonomía) y las necesidades intermedias (buena nutrición, vivienda, ambiente, seguridad física, económica y en el trabajo, cuidado de la salud y

educación), que a su vez están medidas y definidas por las condiciones sociopolíticas y culturales de cada población. Por lo tanto, este concepto tiene implicaciones importantes para establecer prioridades en la planificación y toma de decisiones en la provisión de servicios de salud.

Habitualmente, el diagnóstico de las necesidades de salud en las unidades de atención es un diagnóstico de la demanda de atención, cuando se obtiene información de los registros de consulta sobre la población que se atiende a dicha unidad. Sin embargo, no debemos perder de vista que la no demanda en la población no usuaria también refleja indirectamente otra parte de las necesidades de salud. Esta limitación provoca que no haya una relación definida entre la identificación de las necesidades de salud y los servicios otorgados.

Además, las actividades del equipo que atiende a esa población, no sólo se circunscribe a la atención del enfermo, sino que debe dirigirse al conocimiento del proceso salud-enfermedad del grupo familiar en el que se inserta la persona, así como de la comunidad en la que se encuentra la familia. Esto puede ayudar al equipo de salud a jerarquizar y planificar las acciones encaminadas a satisfacer esas necesidades. Asimismo, el diagnóstico de salud de la familia es el punto de partida para la elaboración de programas de salud.

Estilo de vida saludable

La definición de salud de la Organización Mundial de la Salud hace referencia a un estilo de vida saludable, que incluya la alimentación, el ejercicio físico, la prevención de la salud, el trabajo, la relación con el medio ambiente y la actividad social.



LA PROMOCIÓN DE ESTILOS DE VIDA SALUDABLES

La promoción de estilos de vida saludables implica conocer aquellos comportamientos que mejoran o socavan la salud de los individuos. Se entiende por conductas saludables aquellas acciones realizadas por un sujeto, que influyen en la probabilidad de obtener consecuencias físicas y fisiológicas inmediatas y a largo plazo, que repercuten en su bienestar físico y en su longevidad.

DECÁLOGO

de **HÁBITOS SALUDABLES**

1.

Sigue una **alimentación equilibrada**, variada y ajustada a tus necesidades (estado fisiológico, actividad física, sexo, edad...).



3.

Comer de todo, de manera moderada, es comer sano, **no hay alimentos buenos o malos!**



2.

Procura **realizar 5 comidas al día**: desayuno, media mañana, comida, merienda y cena. Siempre es más recomendable comer poca cantidad y de forma más frecuente.



4.

Realiza un **desayuno completo** todos los días: 10-15 minutos son suficientes



Acostúmbrate a **leer las etiquetas** de los alimentos y bebidas.



5.

6.

¡Muévete!, lleva una vida activa: andar a paso ligero, subir las escaleras, etc.



7.

Realiza ejercicio físico de forma regular, como mínimo 3 días a la semana: correr, montar en bicicleta, nadar, etc., durante 30 minutos aproximadamente.



8.

¡Duerme lo necesario!



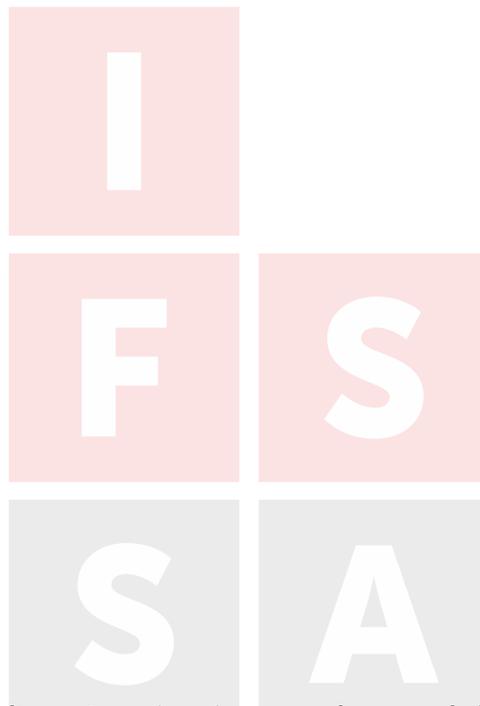
9.

¡Hidrátate de manera regular!, hay muchas opciones.



El **secreto**: ¡Aliméntate de forma equilibrada, muévete y comparte hábitos saludables en familia!





Prácticas, pensamiento y cultura: Aproximaciones en el campo de la salud

“El término cultura tiene su historia. Se utilizó por primera vez en el Imperio Romano la palabra colera designaba, entonces, la recolección de los sembrados, es decir, estaba vinculada a las actividades de producción de la tierra.

Poco a poco fue designándose actividades de producción relacionadas con el espíritu de los hombres: se suponía que lo que en ellos se sembraba daba sus frutos y que eso era la cultura. Cicerón hablaba de la cultura como el cultivo del alma o el espíritu.

Recién en el Renacimiento el concepto se modifica y pasa a designar el proceso de formación de elites dominantes, en especial relacionado con las artes, ciencias en formación y moral. Nace así una concepción muy extendida de cultura, como refinamiento del “buen gusto”, conocimiento y cultivo de las bellas artes y letras donde los “cultivados” eran los aristócratas.

En el SXVIII se generaliza otra noción extendida de cultura, aquella que la contrapone a lo “natural” y a los “naturales” considerados, desde entonces, incultos, Entonces cultura pasó a ser sinónimo de “civilización” y antónimo de “barbarie”. El estado culto, ahora, se relacionaba con el conocimiento científico-racional, los buenos modales, las bellas artes y la literatura.

Hoy es aceptada la noción de cultura como forma de ser, de pensar, de sentir y de actuar compartida por el pueblo, y construida a lo largo de su historia. Esa es una definición que propuso el argentino Jorge Luis Borges. Entonces habría culturas y no sólo una cultura, porque cada pueblo tiene historias diferentes.”

Huergo, Jorge y Col: Cultura y Culturas. EN fundamentación de los procesos educativos en el área de salud. Serie: Formación docente en el área de la Salud. Dirección Provincial de Capacitación para la Salud, Buenos Aires, 1999.

Para los antropólogos, designa una condición o estado que todas las sociedades y todas las personas comparten, cualesquiera sean sus manifestaciones diferentes. Si bien todas las culturas poseen similitudes, tienen, usos (como el saludo) costumbres y normas, cada cultura hace estas cosas de manera diferente. Sin embargo, algunas culturas han creído que son superiores a las demás y han actuado en consecuencia intentando o dominando a otras.

Para poder comprender las diversas formas de manifestaciones de las culturas locales será necesario abordar el concepto de representación social.

“las representaciones sociales conforman un sistema de interpretación que rige nuestra relación con el mundo y con los otros, orientando y organizando las conductas y las comunicaciones sociales. Designan un conjunto de conceptos, afirmaciones y explicaciones que se originan en la vida diaria en el curso de las comunicaciones interindividuales, y cumplen en nuestra sociedad la función de los mitos y sistemas de creencias en las sociedades tradicionales; puede decirse también que son la versión contemporánea del sentido común” (Moscovici,1979)

Se transmiten de generación en generación y, como se aprenden desde la temprana infancia, permiten integrar al grupo social alrededor de estas concepciones. Estas ideas, conocimientos y creencias, muchas veces fundados en la experiencia de los grupos, se manifiestan y coordinan toda una gama de prácticas sociales, desde las formas de nacer, de crecer, de aparearse, producir su economía familiar, envejecer y morir, manifestándose en la más variada gama de comportamientos humanos.



Ver definición de Cultura: <https://www.redalyc.org/pdf/1452/145212857004.pdf>

Modelos de atención y cuidados de Enfermería Comunitaria

Enfermería comunitaria: es el conjunto de cuidados y procedimientos de enfermería orientados al resguardo de la salud de un grupo de individuos con características y objetivos en común, entendiéndolos como un todo continuo, siendo la única forma de resguardar la salud de uno solo de sus miembros, a través de la intervención como conjunto. La acción de enfermería en la comunidad debe ser un proceso cíclico continuo a través de la identificación de nuevas situaciones que afectan la salud y la modificación de factores para el bienestar de los individuos y los grupos que componen la comunidad, la enfermera comunitaria debe caracterizarse por su capacidad de liderazgo, organizar y coordinar los grupos de individuos y sus esfuerzos para lograr el cumplimiento de objetivos. Entendamos estos factores como el conjunto de situaciones, conflictos lugares o comportamientos que vuelven vulnerable al individuo y más propenso a enfermar, estas situaciones pueden ser de orden biológico (contaminación del manto acuífero), psicológico (baja autoestima), social (consumo de sustancias psicoactivas), o de orden espiritual (conflicto de creencias ante situaciones como el aborto), que rompen el equilibrio entre las actividades cotidianas de las personas y causan un determinado grado de estrés que asciende temporalmente y provoca el aislamiento y desorganización de los grupos, de separándolos de su objetivo/ propósito conjunto como es el mantenimiento de la salud. También se dan aspectos positivos como son los factores protectores, donde enfermería acompaña los procesos salutogénicos de la población y su autonomía.

- a) **Persona:** unidad básica de la comunidad, ser único abierto que amerita establecer interrelaciones con otros individuos para satisfacer el cumplimiento de las necesidades. La persona tiene la capacidad de ejercer influencias positivas o negativas en cuanto a salud sobre otros individuos, pero por sus características de ser abierto es influenciado por otros individuos o grupos de individuos que a través de la magnitud de sus interrelaciones puede modificar sus hábitos, creencias, actitudes, acciones y modos de vida.
- b) **Comunidad:** conjunto de dos o más individuos los cuales se encuentran unidos por características y/u objetivos en conjunto, que permiten el intercambio de información y acciones y beneficios entre sus miembros, fortaleciendo su estructura organizacional y potenciando sus capacidades para el mantenimiento de la salud. En un sentido estructural podemos ver jerárquicamente el orden en que se coordinan las acciones y el poder de su influencia a medida que asciende el nivel de su posición.
 - Persona
 - Familia.
 - Comunidad.

A su vez, el conjunto de comunidades que interactúan y ejercen sinergia entre las mismas serán consideradas como una organización a nivel macro a la cual denominamos sociedad. Por su amplia interacción en este nivel no se pueden llevar a cabo acciones ni estrategias con efectivo poder de influencia, se tiene que considerar el establecimiento de políticas que rijan los mecanismos adecuados a las necesidades de cada grupo de comunidades y coordinen sus acciones en salud.

Las comunidades presentan características únicas que las diferencian unas de otras y ejercen sinergia con los individuos que las conforman, estas características van desde las representaciones culturales, creencias, modos de vida, alimentación, rubros y actividades laborales, modos de concebir la salud y formas de ejercer influencia sobre otros individuos y otras comunidades.

- a) **Cuidados:** acciones, habilidades y técnicas dirigidas a coordinar esfuerzos para organizar los diferentes entes que conforman la comunidad y llevarlos a un fin común que es el mantenimiento de la salud. Los cuidados en enfermería comunitaria tratan de fortalecer las capacidades de los grupos de individuos para adaptarse a situaciones continuamente y de adoptar conductas protectoras para sí mismas y su grupo de interrelaciones. Estas acciones deben centrar su máximo esfuerzo en identificar factores de riesgo que afecten la salud desde un enfoque biopsicosocial, y lograr hacer que los individuos reconozcan el peligro de estos y unifiquen esfuerzos y acciones conjuntas para convertirlos en factores protectores para salvaguardar la salud y el bienestar de la comunidad. El perfil de los cuidados de enfermería debe ser preventivo-curativo y de promoción, siendo las intervenciones más como forma de asesoría y organización de los esfuerzos en vez de la provisión de cuidados y cumplimiento de necesidades dirigidas de forma directa a un individuo como estamos acostumbrados, se puede referir como brindar las habilidades para que el derecho del acceso a la salud sea cumplido por el mismo beneficiario, no necesite en gran medida la intervención de un tercero para obtenerlo.
- b) **Salud:** es la construcción dinámica social de bienestar físico, psicológico, social y espiritual que experimentan los individuos durante su vida, les permite poder interactuar de forma adecuada entre sí y poder establecer redes de apoyo para la satisfacción de sus necesidades. Es un bien y un derecho humano.
 - **Salud comunitaria:** la podemos entender como el bienestar que presentan todos los miembros de un grupo de personas que les permite mantener su funcionamiento en las actividades cotidianas de forma adecuada, también podemos incluir la capacidad del grupo de

afrontar positivamente la falta de cumplimiento de las necesidades de uno o varios miembros de este y el apoyo mutuo entre la comunidad para asumir y cumplir sus roles cotidianos.

- **Entorno:** conjunto de elementos y circunstancias externas al individuo presentes en su alrededor que forman parte y dan identidad a la comunidad. Estas pueden ser de orden biológico, geográfico, cultural, social, organizacional, afectivo y relacionado a las creencias y acciones de los grupos de individuos, que influyen y determinan sus estilos de vida. El objetivo del trabajo de la enfermería comunitaria con el entorno es poder llevar este al máximo nivel posible de adecuación para el desarrollo de un óptimo estado de salud en la población, a través de la identificación de factores de riesgo y el trabajo en conjunto con personas claves y las diferentes instituciones, para convertirlos en factores protectores que permitan mantener un alto nivel de salud en los miembros de la comunidad.



Actividad 1

<https://es.scribd.com/doc/81374583/MODELOS-Y-TEORIAS-DE-ENFERMERIA-COMUNITARIA>

Leer el texto y realizar un esquema (tabla comparativa) de los distintos modelos y teorías de Enfermería Comunitaria.



Preste atención a la presentación de las docentes de cómo se construyen los modelos y teorías y que autoras representan mejor esta actuación. Fije cuáles son las fuentes de conocimiento.

Puede recurrir al texto de Marriner Tomey y Raille Allingood: “Modelos y Teorías en Enfermería”, 6ta edición, España, 2008.

Postulados del Modelo de Enfermería Comunitaria

Para poder alcanzar el mayor grado de salud en todos los individuos que conforman la comunidad la labor de enfermería debe implementar estrategias y acciones y dirigir los esfuerzos conjuntos para alcanzar los siguientes postulados:

- **Apropiación de los conocimientos en salud:** es el proceso por el cual el individuo obtiene información relacionada a los procesos de aseguramiento y resguardo de la salud, analiza el contenido, profundiza e interioriza los conocimientos, volviéndolos propios, siendo estos una herramienta adecuada para la protección de su salud, permitiéndole adaptarse a las diferentes situaciones que afectan su ser biopsicosocial y afrontarlas positivamente, además de reforzar sus habilidades y capacidades de autocuidado. Para poder lograr la adecuada apropiación de los conocimientos en salud se debe hacer un proceso de educación constante de las situaciones que ejercen mayor impacto en la salud de los individuos y afectan la continuidad de las acciones en la comunidad, esta información debe estar guiada bajo procesos pedagógicos y andragógicos que permitan la captación y comprensión de la información en las diferentes comunidades, pero también con procesos de evaluación constante que favorezcan el refuerzo de los puntos donde se presenten obstáculos en la apropiación de la información. (Ver: Pablo Freire: Pedagogía de la libertad). Se construye con la comunidad el concepto de ciudadanía, empoderando a las comunidades y las personas.
- **Adopción de hábitos y conductas saludables:** es la capacidad del individuo para adoptar conductas protectoras para sí mismo y su comunidad que permita potenciar su nivel de salud y prevenir las situaciones que generen desequilibrio en su bienestar y sus interrelaciones, además este proceso incluye el abandono o abstinencia de actividades que el individuo realiza y que afecten a su salud y disminuyan su calidad de vida o sean un factor de riesgo para enfermar y ponga en riesgo a otros individuos. La adopción de hábitos y conductas saludables se logra a través de los esfuerzos

conjuntos de la comunidad por modificar los modos de vida de sus miembros a través de procesos de educación, promoción y evaluación constante de situaciones relacionadas con la salud.

- **Culturización de la salud:** característica fundamental de las políticas estratégicas y acciones dirigidas a la salud de la población para adaptar sus procesos a las particularidades y cualidades propias y únicas de la comunidad a intervenir, permitiendo que las acciones de enfermería tengan la flexibilidad de adaptarse a la cultura y modos de vida de la población, para potenciar la fijación, aceptación y consecución de las acciones dirigidas para mantener altos niveles de salud. Cuando una intervención en salud no es flexible y adaptable a la cultura y sistema de creencias y forma de vivir de la comunidad se convierte en otra acción destinada a fracasar y no generar el impacto deseado, pues los miembros de la comunidad no logran adaptarse a esta y se convierte en una carga no deseable para los actores sociales, genera fuga de presupuestos y de energías en el personal de salud.
- **Participación ciudadana:** la definiremos como un proceso de involucramiento de actores sociales en forma individual o colectiva, con el objeto y finalidad de incidir y participar en la toma de decisiones, gestión y diseño de las políticas públicas en los diferentes niveles y modalidades de la administración del territorio nacional y las instituciones públicas, con el propósito de lograr un desarrollo humano sostenible en corresponsabilidad con el Estado. Las acciones de la enfermería comunitaria deben tener como objetivo lograr la articulación y participación protagonista de los diferentes entes presentes en la comunidad en el cumplimiento de las políticas y los procesos de salud que garanticen el bienestar de todos los miembros de la comunidad. Además, se debe fomentar la participación voluntaria, continua y organizada de cada individuo de nuestra población diana en los procesos de identificación de problemas y factores que afecten la salud, toma de decisiones y ejecución de acciones que permitan convertir estos factores de riesgo y determinantes del entorno en factores protectores para la salud de los individuos.
- **Inter/extra-institucionalización, intersectorial:** consiste en que las diferentes instituciones, organizaciones, grupos civiles y personas claves que conforman la comunidad tengan su propio plan de salud que brinde respuesta a las necesidades de cada uno de los miembros de la institución y a sus beneficiarios (inter-institucionalización), pero que a la vez estas estrategias y acciones se encuentren involucradas en un plan macro que contemple todos los esfuerzos de cada uno de los entes comunitarios en una estrategia general que permita el acceso y resguardo a altos estándares de salud a toda la comunidad como conjunto (intersectorial). Esta organización de los esfuerzos de los entes comunitarios les permite actuar de forma propia a cada organismo de acuerdo con su campo de función y experiencia en ejecución de acciones dirigidas a su salud, y a su vez a integrar cada esfuerzo en una estrategia conjunta que le permite compartir experiencias y conocimientos en los diferentes campos de la salud, fortaleciendo así los lazos estructurales de la comunidad.

Proceso de Enfermería Comunitario

Para planificar los cuidados se propone un proceso cíclico, constante de solución de problemas a través del siguiente proceso de enfermería comunitaria:

- **Establecimiento de la relación enfermera-comunidad:** en todo proceso de la atención de enfermería el primer paso para la administración de cuidados que mejoren de forma positiva el estado de salud es el establecimiento de una relación cálida y de calidad con las personas, que permita el intercambio de información personal y brinde seguridad, confianza y que permita conocer más a fondo la identidad de las personas. En la labor del trabajo con la comunidad este primer paso es el más importante y determinante en el futuro desarrollo de acciones y estrategias que permitan el mayor grado de salud y satisfacción de los usuarios.
- La relación enfermera-comunidad podemos entenderla como el primer contacto del personal de salud con la comunidad, la cual trabajará y formará parte como líder en los procesos sanitarios, en esta etapa la enfermera debe obtener la mayor cantidad de información en cuanto a datos sociodemográficos de la comunidad y sus miembros, que permitan brindarle una noción sobre el

terreno a intervenir, los datos geográficos, los mapas de riesgo para identificar los puntos vulnerables y las posibles amenazas, puntos estratégicos como escuelas, iglesias, refugios, lugares de concentración de masas, datos epidemiológicos, los datos de dispensarización y familiogramas, nombres y funciones de las instituciones y organismos que trabajan en la comunidad, identificar las personas claves para su futura interrelación (estas son los líderes comunales y actores sociales). Además de buscar la mayor cantidad de información disponible sobre la comunidad, se deben programar encuentros con las instituciones y organismos presentes en la comunidad y con las personas clave, hablar de calidad y abierta con ellos, detallando los objetivos de nuestro trabajo y la necesidad de su intervención y participación en cada una de los procesos y acciones para el mantenimiento de la salud de la comunitaria. Cada encuentro debe ser un puente para adquirir confianza y redes de apoyo entre los asistentes además de tratar de establecer líneas y estrategias de acción con el involucramiento y la colaboración de todos los entes comunitarios.

- **Valoración del estado de salud y los factores del entorno:** la valoración del estado de salud de la comunidad se realizará a través del uso de la herramientas más antigua y efectiva de la práctica de enfermería: la observación. Esta debe realizarse a través de un proceso de análisis profundo de cada uno de los elementos, factores de riesgo/protectores, situaciones y características propias del entorno comunal y cómo estas pueden afectar el mantenimiento de la salud. Este proceso solo puede lograrse a través de la visita directa a la comunidad, dejando así el antiguo paradigma de la enfermera de escritorio y estableciendo contacto directo con las situaciones que se desarrollan en la comunidad. Para realizar una valoración completa de la salud comunitaria los datos obtenidos con la observación de las situaciones y acontecimientos del entorno, debe acompañarse de los registros de lo que reciben las personas, la información obtenida por los entes comunitarios y la apreciación de estos sobre la salud de la comunidad, además del uso de mapas de riesgo que permitan identificar y puntualizar los lugares de mayor riesgo y vulnerabilidad para la afectación de la salud.
- **Diagnóstico comunitario:** el procesamiento de la información obtenida previamente para poder identificar las principales afectaciones de la salud comunitaria es un proceso que debe ser llevado a cabo por enfermería en acompañamiento con los representantes de instituciones y organizaciones presentes en la comunidad, y con las personas clave, pues estos conocen más que nadie las situaciones que afectan la salud de la comunidad y cuáles son las problemáticas que se tiene la capacidad de brindar respuesta de forma inmediata. Además, sienta un compromiso de los entes comunales en el cumplimiento y acompañamiento de las acciones y estrategias planteadas para dar respuesta a la problemática identificada.
- Este proceso se puede iniciar como una presentación de los datos obtenidos por el análisis de la información que realiza el personal de enfermería, que sugieran las posibles problemáticas que afectan la salud de la comunidad, no debe ser un proceso rígido y dictatorial, debe estar abierto a la opinión y crítica de los demás entes involucrados, además estos pueden sugerir otras situaciones o factores que afectan la salud, a través de un proceso de tormenta de ideas.
- El diagnóstico comunitario debe ser el proceso por el cual se identifiquen las principales problemáticas y factores que pongan en riesgo la salud de la comunidad y para la definición de estos podemos usar algunas herramientas pedagógicas/ organizacionales como:
- **Diagrama de Ishikawa o diagrama causa efecto:** permitirá que el factor de riesgo pueda ser desglosado en cada una de sus partes hasta identificar cuáles han sido las situaciones que los han causado, y los posibles puntos a intervenir. La forma de usar el diagrama de Ishikawa o también llamado Espina de Pescado es ubicando el problema en la cabeza del pescado, y luego las espinas de mayor tamaño las llamaremos causas principales o primarias y estas son las que causan con

mayor magnitud la presencia del problema, de estas espinas más grandes dependen unas de menor tamaño, a estas llamaremos causas secundarias y estas son aquellas situaciones de menor magnitud que colaboran a la formación del problema o producen la causa principal.

Método Hanlon de priorización del problema: es un método para el establecimiento de prioridades basado en la magnitud del problema, severidad del problema, eficacia de la solución, factibilidad de programa o de la intervención.

El método Hanlon está basado en cuatro componentes:

- 1.-Magnitud del problema
- 2.-Severidad del problema
- 3.-Eficacia de la solución del problema
- 4.-Factibilidad de la intervención

La clasificación ordenada de los problemas se obtiene por el cálculo de la siguiente fórmula que se aplica a cada problema que se considera:

Puntuación de prioridad: $(A + B) C \times D$

Mediante este método es posible multiplicar la puntuación obtenida por cada componente que se juzgue como más importante por una cifra correspondiente al peso acordado a cada criterio, que se describe a continuación.

Componente A: magnitud del problema de acuerdo con el número de personas afectadas por el mismo, en relación con la población total (adaptable al tamaño del territorio que se estudia). Su puntuación será del 1 al 10.

Lo ideal es que sea medido de acuerdo a las tasas de población afectada dentro de la comunidad, pero este tipo de datos no está siempre disponible en las organizaciones que trabajaran de la mano con el sector salud, además puede ser no entendido por algunos entes comunitarios; por lo cual trabajaremos de acuerdo al porcentaje de población afectada, así si un 10% de la comunidad se ve perturbado lo tomaremos como uno, tomando como 10 la afectación del 100% de los miembros de la comunidad.

Componente B: severidad del problema.

Este componente puede definirse de diferente manera:

Con datos subjetivos: carga social que genera el problema.

Con datos objetivos: indicadores de salud como: tasas de mortalidad, morbilidad, de incapacidad y costos asociados al problema.

Cada factor se valora del 1 al 10, dependiendo de la severidad del problema.

Componente C: eficacia de la solución. Los parámetros que se toman en cuenta son los recursos y la tecnología actual; otorgando una escala de 0,5 a los problemas difíciles de solucionar y 1,5 a los que tienen una posible solución.

Componente D: factibilidad del problema o de la intervención. Agrupa factores que no están directamente relacionadas con la necesidad o con la eficacia, pero determinan si un programa o una actividad particular pueden ser aplicados.

Toma en cuenta los siguientes componentes:

P=pertinencia.

E=factibilidad económica.

R=disponibilidad de recursos.

L= legalidad.

A= aceptabilidad.

Este componente determina si impide o permite la realización del programa o de la intervención, cuando se responde con un sí el valor es de 1 punto y de 0 puntos cuando la respuesta es no. Un valor positivo de factibilidad constituye una condición necesaria pero no suficiente para que el problema pueda ser clasificado como prioritario (8).

Para organizar los datos del método Hanlon podemos usar la siguiente matriz (Tabla 1):

Problema	Magnitud del problema (A)	Severidad del problema (B)	Eficacia de la solución del problema (C)	Factibilidad de programa o de la intervención (D)	Puntaje Hanlon (A + B) C x D

Planificación de las acciones e intervenciones con la participación de los entes comunitarios: este es un punto crítico y de vital importancia en la administración de cuidados de enfermería comunitaria, pues aquí se definirán las acciones y estrategias a desarrollar para mantener o recuperar la salud comunitaria, además debe definirse cuidadosamente qué entes comunitarios serán los responsables en el cumplimiento de cada cuidado y establecerse presupuestos alcanzables y accesibles a las capacidades de respuesta de las organizaciones y personas involucradas en este proceso.

En la definición de las acciones a desarrollar la enfermera debe servir como un monitor el cual ayuda a brindar la mejor dirección de las opciones que proponen los entes comunitarios para solucionar las problemáticas que afectan la comunidad, en el planteamiento de las acciones se debe hacer el mayor esfuerzo para promover la participación de la ciudadanía en cada uno de los procesos así se garantiza su compromiso y adaptación al resguardo de su propia salud.

Se debe usar estrategias que permitan modificar los hábitos y estilos de vida de la población y que logren el mayor nivel posible de adaptación a las nuevas situaciones del entorno, que brinde habilidades y actitudes para fomentar el autocuidado en cada uno de los individuos de la comunidad.

Para organizar y planificar las acciones en el plan de cuidados de enfermería comunitaria la enfermera puede utilizar la siguiente matriz (Tabla 2):

- **Ejecución y monitoreo de las intervenciones enfatizando la participación ciudadana:** en esta fase enfermería adopta la tarea de brindar asesoría y acompañamiento al cumplimiento de objetivos y actividades propuestas, tratando de brindar el mayor grado de independencia y responsabilidad en desarrollo de la actividad por parte de las organizaciones, instituciones y miembros de la comunidad. Debe estar presente en aquellos procesos donde su rol como garante de la salud no pueda ser llevado a cabo por otro ente de la comunidad y debe priorizar aquellos problemas que pongan en mayor riesgo la

Tabla 2. Plan de cuidados de enfermería comunitaria

Diagnóstico comunitario ¹	Objetivo ²	Acciones/cuidados de enfermería comunitaria ³	Fechas a desarrollar actividades ⁴	Participantes por cada actividad ⁵	Materiales a usar por actividad ⁶	Presupuesto por actividad ⁷

Presupuesto total⁸

¹ En este acápite debe ubicarse el problema o factor de riesgo que afecte la salud comunitaria.
² Se plantea el objetivo para dar respuesta a la problemática planteada, este debe ser medible en tiempo lugar y forma, este debe dar solución a la causa principal en el diagrama de Ishikawa.
³ Deben proponerse acciones las cuales la comunidad este en capacidad de llevar a cabo y sostener de forma conjunta y continua, deben dar salida a los aspectos planteados como causas secundarias en el diagrama de Ishikawa.
⁴ En cuanto a las fechas de las actividades estas deben estar acorde con la disposición y accesibilidad de las personas las cuales las llevarán a cabo.
⁵ Deben plasmarse las instituciones organismos e individuos que cumplirán los cuidados y se les delegará la responsabilidad de su cumplimiento
⁶ Se planteará detalladamente cada uno de los recursos necesarios para cumplir cada actividad cuente o no la comunidad con estos, pues así se podrán planear gestiones o acciones para su adquisición
⁷ El valor monetario de cada uno de los materiales a necesitar en cada actividad a desarrollar.
⁸ Valor total de la intervención a realizar.

comunidad para brindar asistencia directa y acompañamiento efectivo en la resolución de esta situación.

- **Evaluación de los resultados con los entes comunitarios:** posteriormente al cumplimiento de las actividades propuestas se debe hacer una evaluación detallada de los alcances de la intervención y los resultados obtenidos en cada etapa y por cada uno de los entes participantes, esto permitirá identificar aquellos puntos que se deben fortalecer en la intervención y permite valorar la efectividad y el cumplimiento de los objetivos y qué acciones necesitan ser redireccionadas. Además, debe plantearse las fortalezas y limitantes en cada parte del proceso y compartir las experiencias e inquietudes de los participantes en la intervención.

Esta evaluación no debe ser del perfil estático, más bien debe ser un proceso constante con fines de mejora para fortalecer las capacidades y experiencias de la comunidad en la protección y mantenimiento de la salud como conjunto.

Medicina Popular. Prácticas complementarias de salud.

¿Qué es la medicina tradicional y popular?

De acuerdo con la definición de la Organización Mundial de la Salud (OMS), la medicina tradicional (MT) es la suma de conocimientos, técnicas y prácticas fundamentadas en las teorías, creencias y experiencias propias de diferentes culturas, y que se utilizan para mantener la salud, tanto física como mental. También se considera que atraviesa a todas las culturas y sociedades. Medicina tradicional: definiciones
Los siguientes términos se han extraído de las Pautas Generales para las Metodologías de Investigación y Evaluación de la Medicina Tradicional (General Guidelines for Methodologies on Research and Evaluation of Traditional Medicine).

Medicina tradicional

La medicina tradicional es todo el conjunto de conocimientos, aptitudes y prácticas basados en teorías, creencias y experiencias indígenas de las diferentes culturas, sean o no explicables, usados para el mantenimiento de la salud, así como para la prevención, el diagnóstico, la mejora o el tratamiento de enfermedades físicas o mentales

Medicina complementaria/alternativa

Los términos "medicina complementaria" y "medicina alternativa", utilizados indistintamente junto con "medicina tradicional" en algunos países, hacen referencia a un conjunto amplio de prácticas de atención de salud que no forman parte de la propia tradición del país y no están integradas en el sistema sanitario principal.

Medicamentos herbarios

El concepto de medicamentos herbarios abarca hierbas, material herbario, preparaciones y productos herbarios acabados, que contienen como principios activos partes de plantas, u otros materiales vegetales, o combinaciones de esos elementos.

- **Hierbas:** comprenden materiales vegetales brutos, tales como hojas, flores, frutos, semillas, tallos, madera, corteza, raíces, rizomas y otras partes de plantas, enteros, fragmentados o pulverizados.
- **Materiales herbarios:** comprenden, además de hierbas, jugos frescos, gomas, aceites fijos, aceites esenciales, resinas y polvos secos de hierbas. En algunos países esos productos se pueden elaborar mediante diversos procedimientos locales, como el tratamiento con vapor, el tostado o el rehogado con miel, bebidas alcohólicas u otros materiales.
- **Preparaciones herbarias:** son la base de los productos herbarios acabados y pueden componerse de materiales herbarios triturados o pulverizados, o extractos, tinturas y aceites grasos de materiales herbarios. Se producen por extracción, fraccionamiento, purificación, concentración y otros procesos biológicos o físicos. También comprenden preparaciones obtenidas macerando o calentando materiales herbarios en bebidas alcohólicas o miel o en otros materiales.
- **Productos herbarios acabados:** se componen de preparaciones herbarias hechas a partir de una o más hierbas. Si se utiliza más de una hierba, se puede utilizar también la expresión «mezcla de productos herbarios». Los productos herbarios acabados y las mezclas de productos herbarios pueden contener excipientes, además de los principios activos. Sin embargo, no se consideran herbarios los productos acabados o en forma de mezcla a los que se hayan añadido sustancias activas químicamente definidas, incluidos compuestos sintéticos o constituyentes aislados de materiales herbarios.

Uso tradicional de medicamentos herbarios

Por uso tradicional de medicamentos herbarios se entiende un empleo prolongado a lo largo de la historia. Su uso está bien establecido y ampliamente reconocido como inocuo y eficaz y puede ser aceptado por las autoridades nacionales.

Actividad terapéutica

La actividad terapéutica se refiere a la prevención, el diagnóstico y el tratamiento satisfactorios de enfermedades físicas y mentales, el alivio de los síntomas de las enfermedades y la modificación o regulación beneficiosa del estado físico y mental del organismo.

Principio activo

Los principios activos son los ingredientes de los medicamentos herbarios que tienen actividad terapéutica. En el caso de los medicamentos herbarios cuyos principios activos hayan sido identificados, se debe normalizar su preparación, si se dispone de métodos analíticos adecuados, para que contengan una cantidad determinada de ellos. Si no se logra identificar los principios activos, se puede considerar que todo el medicamento herbario es un solo principio activo.

Equipos de Salud en el Ámbito Comunitario

Hay evidencia internacional que demuestra que la forma más eficaz de atención en el primer nivel es la realizada por un Equipo de Salud.

Los conceptos modernos de organización del trabajo están basados en la actividad grupal o de equipo. La complejidad científica y tecnológica de los procesos productivos y la necesaria optimización de su eficacia aconsejan la colaboración de distintas personas, en muchos casos de origen formativo y perfil profesional diferente.

Un conjunto de personas trabajando juntas en torno a un proceso, constituye un verdadero equipo de trabajo cuando, además de establecer una interdependencia entre sus funciones, consigue ser más creativo, productivo y resuelve los problemas mejor que si sus miembros actuaran de forma aislada (Borrell, 1996; Kotter, 1995). Aparece cuando existe una sinergia que consigue que los resultados del equipo sean superiores a la de la simple suma de sus resultados individuales.

Según la OMS se define el trabajo en equipo como "la acción coordinada, llevada a cabo por dos o más personas, de forma conjunta, simultánea o sucesiva". (10) El trabajo de equipo supone metas acordadas en común; conocimiento claro del papel y de las funciones de los demás y respeto por ese papel y sus funciones; recursos humanos y materiales suficientes; relaciones de apoyo, cooperación y confianza mutua; liderazgo eficaz; comunicación abierta, sincera y sensible; y medidas para la evaluación.

El aspecto esencial del trabajo de un equipo interdisciplinario se asume no de acuerdo a la función de cada disciplina o especialista, sino atendiendo a las necesidades de la persona, grupo o población, lo que le brinda mayor capacidad resolutoria.

La práctica interdisciplinaria facilita y potencia el desarrollo de una atención más adecuada de los problemas de salud, facilitando la anticipación a los mismos. En las personas, promueve un cambio de actitud, reconociendo al equipo como parte de la red social de la comunidad, generando compromiso en el auto- cuidado de su salud e integración al equipo de salud.

Brinda a los integrantes del equipo de atención, mayor motivación profesional y compromiso con la tarea, aumentando el intercambio y enriquecimiento personal.

Características del Trabajo en Equipo:

- Tener un objetivo común.
- Interdisciplinariedad.
- Compartir responsabilidades.
- Relación y comunicación.
- Flexibilidad.
- Óptimos resultados.
- Reconocimiento y aprecio. ➤ Orgullo de pertenencia.

Factores que influyen en la composición del equipo:

- Las necesidades de salud de la población constituyen un criterio esencial.
- La estructura poblacional (pirámide de edad, distribución geográfica, organización comunitaria, rural o urbana) es un factor determinante de la composición de los equipos del primer nivel de atención.
- La infraestructura sanitaria y la situación política y económica.
- Los objetivos y organización general del sistema de salud y las funciones que en él se atribuyen a los distintos recursos humanos.
- La disponibilidad de profesionales sanitarios titulados.

Número de Integrantes:

Existen diversos estudios a nivel internacional que valoran distintos factores en la dimensión de la integración del equipo de salud.

Ejemplo del artículo “The Effects of Organizational Structure on Primary Care Outcomes under Managed Care” de Donald Barr en que describe un estudio de la relación entre el tamaño de la organización, el costo de la atención y la satisfacción de los pacientes concluye:

Equipos de gran tamaño tienden a ser más complejos, más fragmentados e impersonales. Pacientes y médicos tienden a estar menos satisfechos con las grandes organizaciones de atención. La relación entre el tamaño del equipo de atención primaria y el costo de los servicios de atención tiene una gráfica en forma de U. El costo baja cuando la decisión pasa de la práctica solitaria a la de un grupo pequeño, se nivela rápidamente y en un punto comienza a aumentar el costo a medida que el tamaño de la organización crece, porque aumenta la complejidad organizativa.

No es fácil conseguir que un trabajo en equipo resulte efectivo. El problema principal es superar el reto de la comunicación y la transferencia de la información necesaria para la coordinación de la atención. Como norma general, el proceso de toma de decisiones es óptimo en los equipos de seis miembros, en cambio, es poco probable el trabajo en equipo con más de doce miembros.

Funciones del Equipo de Salud:

El Equipo debe ofrecer los servicios de atención a la salud que se enumeran a continuación:

Atención al Proceso Salud-Enfermedad:

- Satisfacer la demanda de atención de todas las personas en el contexto de su familia y la comunidad en que viven, con cuidados apropiados de acuerdo con su perfil de edad, sexo, patología o grupo de riesgo.
- Desarrollar una atención integral a la salud con propósitos de promoción de salud, protección de enfermedades, diagnóstico precoz, tratamiento oportuno, recuperación, rehabilitación y cuidados paliativos.

- Abordar los problemas de salud de las personas con un enfoque biológico, psicológico y social y con una orientación preventiva, asegurando el máximo nivel de resolutiveidad.
- Realizar una atención continua y longitudinal.

La atención se realiza en diferentes modalidades:

Ambulatoria: (consultorios, establecimientos educativos, centros de trabajo o de recreación) y en domicilio

Consulta a demanda: es el tipo tradicional: una persona consulta y se inicia el proceso de atención

Consulta programada: el profesional toma la iniciativa y cita a la persona al consultorio, visita en su domicilio, etc.

- Orientar a las personas acerca de la oportunidad, uso, acceso a los niveles de atención dentro del sistema de prestación de salud.

Función de Docencia:

- Educación Continua y Permanente de los integrantes del equipo de salud
- Formación de otras disciplinas o especialidades en el período de Pregrados y Postgrados.

Función de Investigación:

Potenciar esta función facilitando la formación en metodología de la investigación, aportando los recursos y apoyos técnicos suficientes para desarrollarla.

Función de Gestión:

Organización y administración de los recursos, dirección, control y evaluación de las actividades.

Abordaje intersectorial e interdisciplinar, en la identificación de necesidades de salud

¿Qué es la multidisciplinariedad, interdisciplinariedad y transdisciplinariedad?

- **MULTIDISCIPLINARIEDAD:** Es aquella que propone un trabajo separado de cada disciplina, sin embargo, funcionan de manera colaborativa.
- **INTERDISCIPLINARIEDAD:** Supone un conjunto de disciplinas o materias que se enlazan entre si y que tienen un objetivo en común. No pretenden trabajar de manera separada.
- **TRANSDISCIPLINARIEDAD.** Tiene por finalidad la comprensión del mundo presente desde el imperativo de la unidad del conocimiento. Se fundamenta en la noción de ir más allá de las disciplinas y aporta una metodología de indagación transdisciplinaria. Está constituida por una completa integración teórica y práctica.
- El concepto de **INTERSECTORIALIDAD** se define como la “intervención coordinada de instituciones representativas de más de un sector social, en acciones destinadas, total o parcialmente, a tratar los problemas vinculados con la salud, el bienestar y la calidad de vida” (FLACSO, 2015).

DOCUMENTO CONCEPTUAL

“La coordinación intersectorial se expresa en acciones dirigidas al involucramiento paulatino de diferentes actores en el proceso de toma de decisiones, apuntando a la solución efectiva de problemas, para lo cual es necesario generar espacios adecuados para compartir liderazgos, recursos, líneas estratégicas, oportunidades y realizar una planificación conjunta” (Ministerio de Salud Chile, 2014). En el trabajo intersectorial, es relevante distinguir los grados o niveles de relación del sector salud con otros sectores gubernamentales, considerando los siguientes niveles (FLACSO, 2015):

Información: se considera como un primer paso o nivel de intersectorialidad, que forma parte del proceso de construcción de un lenguaje común para lograr el diálogo y el entendimiento respecto de la lógica de trabajo de los sectores y, fundamentalmente, para que el sector de la salud sea más consciente de la lógica y las prioridades de otros sectores, a fin de identificar aspectos comunes y/o complementarios o importantes para un proceso de trabajo conjunto.

Cooperación: busca lograr una mayor eficiencia de las acciones de cada sector en base a una relación de cooperación, que puede escalar desde una cooperación incidental, casual o reactiva hasta acciones orientadas estratégicamente con base en problemas y prioridades comunes, en los que las actividades con otros sectores pueden ser determinantes para el logro en salud; por esto, en múltiples ocasiones es la salud pública la que los conduce. Este tipo de acción intersectorial está básicamente presente en el campo de la ejecución o implementación de programas o políticas, y no en su formulación.

Coordinación: se sustenta en relaciones basadas en la “Coordinación”, en que el esfuerzo de trabajo conjunto implica el ajuste de las políticas y programas de cada sector en la búsqueda de una mayor eficiencia y eficacia. Por lo general, apunta a una red horizontal de trabajo entre sectores; con una instancia formal de trabajo; y una fuente de financiamiento compartido. Esto es de gran importancia, ya que para crear sinergias (o al menos para evitar anti-sinergias) dentro de la administración pública es necesario tener una visión amplia de los temas o problemas comunes, sobre todo cuando se trata de desarrollar una nueva racionalidad, como lo es la acción intersectorial. No es suficiente que exista la planificación y definición de responsabilidades conjuntas entre los sectores involucrados. También es esencial que este entendimiento se reafirme en los planes y presupuestos de cada uno de éstos.

Integración: es el nivel superior que implica la definición de una nueva política o programa en conjunto con otros sectores que representa las necesidades y el trabajo de todos éstos en el campo de esa política o programa. De este modo, la acción intersectorial se define no sólo por la ejecución o aplicación de políticas conjuntas, sino también por la formulación y el financiamiento conjunto con base en un objetivo social común”.

Por lo tanto, en esta categoría se podrán presentar experiencias que promueven que los sectores e instituciones, trabajen coordinadamente por el desarrollo humano en acciones presentes y con proyecciones a futuro.

- a) Propician la integración y vinculación de diversos sectores y otros actores sociales.
- b) Aportan y/o proponen herramientas para el fomento de la promoción de la salud en distintos entornos: escolar, universitario, municipal.
- c) Socializan con la sociedad civil, la comunidad científica, los generadores de políticas públicas y gestores de programas de promoción de la salud, experiencias diversas que enriquezcan el proceso y les den sentido a las buenas prácticas.
- d) Favorecen la incorporación de temas de salud y equidad en la agenda de diferentes sectores.
- e) Promueven alianzas positivas entre lo público y lo privado, para fomentar procesos encaminados a lograr cambios necesarios a favor de la salud.
- f) Favorecen el desarrollo de la habilidad de entender la promoción de la salud desde una perspectiva de visión sistémica, sin la cual es mucho más difícil alcanzar resultados realmente significativos
- g) Buscan equidad con solidaridad y justicia para toda la población.
- h) Esta categoría permitirá hacer seguimiento a experiencias que cuenten con documentación, sistematización de información a nivel cuantitativa y cualitativa, evaluación de procesos, análisis

de la información, aportes a la cualificación de estrategias y reporten evidencia de su efectividad para la promoción de la salud.

Los conocimientos generados podrán ser aplicables a cada una de las personas que participaron en la experiencia presentada, de utilidad a los tomadores de decisión, a personas que deben resolver situaciones similares y necesitan documentarse en cuanto a experiencias anteriores con éxitos o fracasos derivados de programas, proyectos, estrategias o cualquier otro caso pertinente.

También podrán ser de interés para estudiantes y profesores de carreras y posgrados que se desempeñen de la promoción de la salud en particular y de la salud pública en general.

Por lo tanto, en esta categoría se podrán presentar experiencias de trabajo que incluyen:

- a) Experiencias, desarrolladas en cualquiera de los ámbitos y que tengan resultados tangibles y socializados por algunas de las vías disponibles
- b) Resultados de investigación que muestren un cambio favorable a la salud
- c) Diseños de metodologías que se hayan demostrado pertinencia
- d) Evaluaciones que con sus resultados permitieron tomar acciones para mejorar, o suprimir una intervención o proyecto en desarrollo o concluido

UNIDAD III

“SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA.”

COMUNIDAD Y SALUD DE LA COMUNIDAD

Una comunidad es un grupo social determinado por límites geográficos y/o valores e intereses comunes». Sus miembros se conocen e influyen mutuamente. Le comunidad funciona dentro de una determinada y estructura social, y presenta y crea ciertos valores, normas e instituciones sociales.

El individuo pertenece a la sociedad en sentido más amplio, a través de su familia y de su comunidad.

- Salud de la comunidad:
La salud de la comunidad está en relación con la salud de los miembros de la comunidad, con los problemas que afectan a la salud de éstos y con la totalidad de la asistencia sanitaria de que puede disponer la: comunidad.
- La evaluación de la salud requiere el conocimiento de la población general que debe atenderse (información sanitaria):
 - 1- Datos demográficos
 - 2- la Características del medio
 - 3- Informaciones de carácter económico
 - 4- Necesidades sanitarias
 - 5- Utilización de los servicios de asistencia sanitaria por la población

Si se considera a la salud en Su relación intrínseca con el desarrollo social y económico general de la comunidad, estimulando y respondiendo al crecimiento de estas dimensiones, se pone claramente de manifiesto la necesidad de un enfoque intersectorial para la salud de la comunidad. Por ejemplo, la desnutrición continuará existiendo mientras «el suministro alimentario siga siendo inadecuado, muy costoso e, insuficiente.”

Las enfermedades y los traumatismos seguirán sin ser identificados y tratados, y se ignorará la atención preventiva mientras siga siendo bajo el nivel de educación general de la población.

Una vivienda adecuada, un buen saneamiento, empleos, medios de transporte y facilidades de comunicación constituyen otros requisitos para lograr modificaciones sustanciales y duraderas en y la salud de la comunidad. Todas ellas están fuera del ámbito del sector salud. Por eso no podrán introducirse cambios en la estructura social de la comunidad, fundamentales para la salud y el bienestar de la población, si las instituciones sociales no asumen la responsabilidad que les corresponde en relación con los problemas de salud prevalentes y comparten los esfuerzos para solucionarlos.

Los encargados de la administración y de la prestación de la atención de la salud deben colaborar con los otros sectores para hacer realidad todo el potencial de Salud de la comunidad. -

Participación comunitaria. Modalidades

La participación de la comunidad es el proceso en virtud del cual los individuos y las familias asumen responsabilidades en cuanto a su salud y bienestar propios y los de la colectividad, y mejoran la capacidad de contribuir a su propio desarrollo económico y al comunitario.

Llegan a conocer mejor su propia situación y encontrar incentivos para resolver sus problemas COMUNES. Esto les permite ser agentes de su propio desarrollo, en vez de beneficiarios pasivos de la ayuda al desarrollo. Para ello, han de comprender que no tienen por qué aceptar soluciones convencionales inadecuadas, sino que deben improvisar e innovar para hallar soluciones convenientes. Han de "adquirir la aptitud necesaria para evaluar una situación, ponderar las diversas posibilidades y calcular cual puede ser su propia aportación. Ahora bien, así como la comunidad ha de estar dispuesta a aprender, el sistema de salud tiene la función de explicar y asesorar, así como dar clara información sobre las consecuencias favorables y adversas de las actividades propuestas y de sus costos relativos.

La comunidad puede participar de muchas maneras en cada etapa o fase de la atención primaria de Salud. Primero tiene que intervenir en la evaluación de la situación, la definición de los problemas y el señalamiento de prioridades. Acto seguido, ayudará a planear las actividades de atención primaria de salud y, ulteriormente, cooperará sin reservas cuando esas actividades se lleven a cabo. Esa cooperación abarca la aceptación por el individuo de un alto grado de responsabilidad en su propia asistencia sanitaria, por ejemplo, adoptando un estilo de vida higiénica, aplicando principios plausibles de nutrición e higiene, o utilizando servicios de inmunización.

Además, los miembros de la comunidad pueden aportar recursos laborales, aparte de financieros y de otra índole, a la atención primaria de la salud.

La participación comunitaria exige el mutuo apoyo entre el gobierno y la comunidad, reforzado por la reciprocidad de información.

Incumbe al gobierno estimular este tipo de apoyo, establecer los necesarios mecanismos intersectoriales de coordinación a los distintos niveles administrativos, aprobar la legislación pertinente en pro de la atención primaria de salud y cuando proceda, aportar suficientes recursos humanos, materiales, técnicos y financieros.

Los servicios de salud, para ser eficaces, deben estar insertos en la propia comunidad, la que a su vez tiene características socioculturales, económicas y ambientales que determinan la existencia de patrones propios de conducta, sistemas de ideas y creencias, valores culturales y de organización.

Los programas de salud que deben realizarse, tanto en comunidades rurales como urbanas y suburbanas, deben corresponder a las necesidades reales de ellas mismas, las que dependen básicamente del nivel de salud alcanzado.

Para que la participación de la comunidad en los programas de salud sea activa, movilizada, consciente y eficaz deben existir mecanismos de interrelación de doble flujo, dinámica y permanente.

Para establecer las interrelaciones entre los organismos locales de salud y la comunidad, se consideran los siguientes requisitos mínimos:

- a) **Existencia de un sistema local de atención de salud:** El concepto moderno de servicios locales de salud comprende un sistema con diferentes establecimientos de salud de complejidad variable, que abarca desde lo menos complejo e indiferenciado (centro de salud), hasta lo más complejo (hospital) con una atención sectorizada y regionalizada. El mayor número de acciones, tanto preventivas como curativas, debe realizarse en forma ambulatoria. Cada uno de los centros o unidades de salud ubicado a nivel local, debe tener un sector geográfico preciso, fácilmente delimitable y que posibilite un acceso oportuno y rápido a la población.
- b) **Presencia de un equipo de salud participante:** para la atención local de salud, el elemento central e insustituible es el equipo de salud, el cual debe tomar parte activa en las acciones, en el diálogo, y solidarizarse con las necesidades de la comunidad.
- c) **Actitud de respeto profundo por la comunidad:** para establecer una efectiva interrelación entre la unidad de salud y la comunidad, es necesario que cada uno de los componentes del equipo de salud tenga una actitud de respeto por cada miembro de la comunidad y por las organizaciones de esta.
- d) **Conexión con organizaciones comunitarias existentes:** Antes de inventar organizaciones específicas para establecer la interrelación, es necesario conectarse con las existentes, y analizar su grado de desarrollo e integración, su estructura y funcionamiento. Muchas veces existen formas de organización comunitaria (redes) que, sin ser específicas de salud, pueden asumir un papel activo en la participación auténtica de la comunidad en los programas de salud.
- e) **Conexión con organizaciones oficiales y privadas a nivel local:** Es indispensable que exista una conexión con todas aquellas organizaciones que en una u otra forma ya están trabajando con la misma comunidad que se actuará en salud. Deben evitarse los paralelismos, las duplicaciones, las fragmentaciones, las atomizaciones. Siempre es aconsejable potencializar, unir, coordinar, integrar.

Modelos de participación de la comunidad en salud:

El Plan Decenal de Salud para las Américas dice: "La organización de la comunidad será el elemento decisivo para aprovechar el inagotable potencial de la población, canalizando sus inquietudes hacia actividades de verdadero servicio social, para el mejoramiento del ambiente".

La organización de la comunidad y su participación constituye parte importante del desarrollo general y, además, una estrategia útil para la extensión de la cobertura de atención de la salud. Pero a nadie escapa que hay que ser cautelosos en la determinación del grado de participación sobre todo para las decisiones, pues para ello la comunidad debe estar capacitada; en caso contrario puede prestarse fácilmente para desviaciones demagógicas o las infiltraciones ideológicas.

Por ello, en los últimos documentos se habla de la participación capacitante como progreso y se la extiende como un proceso educativo de transformación de los individuos en función de sus propias necesidades y las de su comunidad, que crea en ellos un sentido de responsabilidad, así como la capacidad de actuar consciente y constructivamente para la solución de sus problemas.

- **La medicina comunitaria**

Es el conjunto de acciones intra y extrahospitalarias de medicina integrada, que realiza un equipo de salud con la participación de la comunidad. No se trata en este caso de una forma de medicina especial, sino de nuevos enfoques y estrategias para su aplicación. La participación comunitaria agregada a todo lo que antes abarcaba la medicina curativa, preventiva y social y de rehabilitación, nos da este enfoque

moderno como expresión más clara del derecho a la salud del hombre como ser humano y en el contexto de su familia y de su comunidad.

Los modelos de participación de la comunidad en salud son múltiples y las experiencias realizadas, innumerables, tanto en los países desarrollados de América como en los subdesarrollados del Tercer Mundo.

A continuación, se presentan algunas experiencias que podrían servir de base para establecer un diálogo creativo, un análisis más crítico y un estímulo para acelerar el desarrollo a nivel útil de modelo más operativos de participación comunitaria en los programas de salud en el mayor número posible de comunidades.

- ***Voluntarios comunitarios de salud***

Existen múltiples denominaciones en los diferentes países, regiones y localidades donde participan voluntarios en los programas y tareas de salud. Pueden llamarse: líderes, delegados, voluntarios, promotores, etc. Estos términos no siempre son sinónimos y muchas veces con igual denominación se entienden sistemas totalmente diferentes. | La Organización Panamericana de la Salud, a través de grupos de trabajo reunidos en Washinton, D.C. en 1.974, señaló: "...el papel del líder de la comunidad que participa en el programa (de salud), por delegación de esta misma y con el adiestramiento que el sistema de salud considere necesario proporcionar, puede resumirse en los siguientes puntos:

- Representa al servicio de salud ante la comunidad.
- Establece comunicación con su comunidad y difunde los beneficios del sistema
- Identifica y moviliza los recursos formales e informales hacia la realización del programa
- Orienta y coordina la utilización de los recursos para cumplir tareas específicas sugeridas por el programa.
- Colabora en la prestación de servicios mínimos de salud y difunde en la comunidad los progresos alcanzados en la realización del programa y los obstáculos encontrados que dificultan su desarrollo.

Los trabajadores de salud de la comunidad, voluntarios, reciben sólo compensación por sus gastos de trabajo. En realidad, esas pequeñas sumas pueden ser el único ingreso monetario de este trabajador de salud y, en consecuencia, tienen importancia para su estabilidad en la labor de atención primaria de salud.

Los gobiernos difieren respecto de esta cuestión de política y los organismos internacionales tienden a mostrarse renuentes a financiar esos gastos de personal, pero la experiencia ha demostrado que es poco realista confiar en los "voluntarios" para actividades de salud sostenidas (por oposición a campañas de una sola vez de limpieza de aldeas, inmunización, etc.). –

- ***Consejos locales de salud***

Existen múltiples denominaciones para su designación y diversas modalidades muy diferentes entre sí de organización y funcionamiento. En líneas generales, son organismos de carácter consultivo o asesor, ubicados a nivel de la misma comunidad o de un centro salud u hospital local, y están integrados exclusivamente por miembros de la comunidad, o por personal local de salud, representantes comunitarios y autoridades locales de gobierno.

Las funciones de estos de estos organismos también son muy variables según los fines que tengan. Entre sus principales funciones se pueden resumir, entre otras, las siguientes:

- Conocimiento y análisis de los problemas de salud del sector y de los programas locales de salud
- Participación en la elaboración y actualización de la información básica.
- Participación en la búsqueda y utilización racional de recursos directos e indirectos.
- Contribución a la evaluación del cumplimiento de los programas de salud.
- Análisis periódico del funcionamiento de la unidad de salud y denuncia responsable de las irregularidades que pudieren cometerse
- Consejos locales de desarrollo comunal:

La necesidad del trabajo multisectorial en el proceso de desarrollo integral plantea la conveniencia, de unificar esfuerzos a nivel local y de potencializar los recursos de las diversas instituciones oficiales y privadas y de las organizaciones comunitarias que actúan en sectores territoriales bien delimitados. En la mayoría de los países dicha unidad está constituida por los municipios o comunas. Es ahí donde el sector salud debe coordinarse con los sectores de educación, vivienda, trabajo, agropecuario, económico, etc.

- **Brigadas de salud**

Las brigadas de salud constituyen otra de las modalidades o formas en que la comunidad puede participar activamente en salud. No siempre en ellas participa la comunidad, ya que muchas veces están constituidas por trabajadores, estudiantes de instituciones oficiales o privadas que acuden a la comunidad para realizar campañas de “vacunaciones, del saneamiento ambiental u otras.

La participación de la comunidad organizada en las acciones de salud es la mayor garantía para obtener éxitos reales en el cumplimiento de los programas de salud integral.

Las modalidades de participación son múltiples y polifacéticas. No hay una fórmula mágica. Lo expuesto debe ser sometido a discusión y servir de estímulo para el intercambio de experiencias, la reflexión, el análisis crítico, la búsqueda de nuevas formas, la apertura de nuevos caminos hacia el porvenir. -



1.- Actividad grupal a desarrollar.

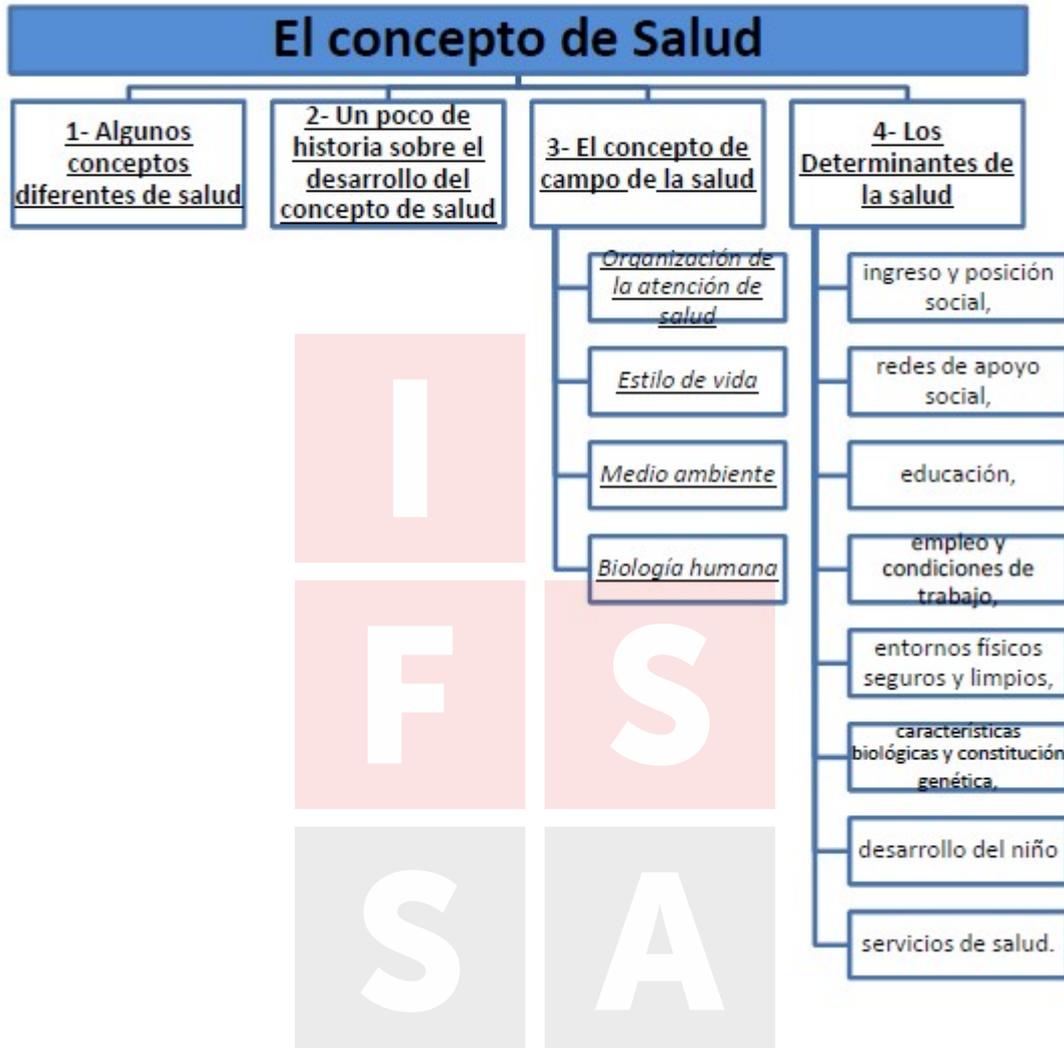
En grupos de 3 personas, intente definir el concepto de salud-enfermedad. Prepare un afiche que luego presentará a sus compañeros en clase. Lea el texto señalado a continuación y compare sus definiciones con el mismo.

¿Cómo se fue modificando el concepto a lo largo de la historia?
Actualmente, ¿cómo lo definiría?



<https://es.scribd.com/doc/5057353/El-proceso-salud-enfermedad>

Proceso salud-enfermedad
El concepto de Salud



Si le preguntamos a varias personas que entienden por salud, seguramente obtendremos una variedad de respuestas: algunos dirán que es no estar enfermo o enfermarse poco, otros que es sentirse bien, otros que es poder vivir como desean hasta una edad avanzada, desarrollarse plenamente, sostener una calidad de vida aceptable, vivir en armonía con el medio ambiente y así...

Reconocer que todas las personas no entienden lo mismo cuando decimos salud nos permite avanzar en la conceptualización de la práctica referida a promover, mantener y recuperar la salud desde un enfoque de equidad y de derecho.

Ahora bien, la salud es considerada en todas las culturas un bien cuya conservación y recuperación aparece como una de las más importantes necesidades, tanto desde la perspectiva de las personas, como de la sociedad misma. Sin embargo, no todos entendemos lo mismo a la hora de definir qué se entiende por salud, dado que en ello intervienen conocimientos, creencias, normas, tradiciones y valores. De hecho, la salud no es un concepto particular sino una construcción sociocultural relativa a cada momento histórico y a las diferentes culturas.

Los que trabajamos en salud, mediante el vínculo con la gente podemos reconocer las distintas representaciones o imágenes sobre la salud. Por ejemplo, por los motivos de consulta: algunas madres traen rápidamente a sus hijos a la consulta por fiebre, diarrea, vómitos, problemas respiratorios; otras demoran un poco más, porque piden ayuda a sus familiares, vecinos, curanderos, o inclusive, a la farmacia más cercana.

Seguramente estas situaciones nos llevan a reflexionar sobre por qué algunas personas tienen sentimientos y comportamientos diferentes frente a problemas similares.

Entonces, nos podemos preguntar:

¿A qué nos referimos cuando hablamos de salud y de enfermedad?

¿Cómo cuidan la salud las personas que te rodean?, ¿y las que concurren al centro de salud?

¿Por qué las personas responden de variadas maneras a los problemas de salud?

¿De qué enferman las mujeres y los hombres de la comunidad? ¿Las mujeres se enferman igual que los hombres?

¿Qué manifestaciones culturales encontraras en tu comunidad acerca de la salud?

Algunos conceptos diferentes de salud

“La salud no es sólo la ausencia de la enfermedad, sino que es algo positivo, una actitud gozosa ante la vida y una aceptación alegre de las responsabilidades que la vida hace recaer sobre el individuo” Sigerist (1941).

“El estado de completo bienestar físico, mental y social y no solamente la ausencia de enfermedad” OMS (1945)

“El estado de adaptación al medio y la capacidad de funcionar en las mejores condiciones en este medio”. R. Dubos (1995)

“La salud es el equilibrio entre las fuerzas naturales y espirituales entre los individuos y las comunidades. La salud se ve como un todo holístico de bienestar físico, moral, social, espiritual y el equilibrio cósmico, un todo. La enfermedad existe por desequilibrio, por avasallamiento y falta de convivencia armónica” (integrante de una comunidad aborigen en el Taller sobre interculturalidad en Salud -Representantes de diferentes organizaciones Territoriales Indígenas y el PMC-Ministerio de Salud de la Nación- Ciudad de Buenos Aires-octubre 2009)

“El grado en que una persona o grupo es capaz, por un lado, de llevar a cabo sus aspiraciones y de satisfacer sus necesidades y, por el otro de enfrentarse con el ambiente. En consecuencia, la salud debe considerarse no como un objetivo en la vida sino como un recurso más de la vida cotidiana. La salud es un concepto positivo que comprende recursos personales y sociales, así como de capacidad física adecuada” (OMS Europea-1985)

Para muchas personas estar sano es lo mismo que sentirse bien, esta sería una muy buena definición y hace alusión a la salud percibida. En otros casos, algunas personas se definen a sí mismas como sanas cuando saben o suponen que no están enfermas, aquí la salud se define por la ausencia de enfermedad. Sin embargo, no existe el mismo tipo de consenso a la hora de definir qué se entiende por salud, dado que en ello intervienen conocimientos, creencias, normas, tradiciones y valores. De hecho, la salud no es un concepto unívoco sino una construcción sociocultural relativa a cada momento histórico. Con independencia de la época en que se generaron, en la actualidad estas concepciones conviven contradictoriamente, orientando toda la gama de prácticas sociales, sanitarias y de los equipos de salud. Para entender esto en profundidad debemos abordar primero que es cultura y luego entender el proceso histórico por el que pasó el concepto de salud.

Un poco de historia sobre el desarrollo del concepto de salud

Siempre ha sido más fácil caracterizar la situación de enfermedad que la de salud. Quizás porque las manifestaciones dolorosas y limitantes que produce la enfermedad fueron las que obligaron a los hombres a buscar remedios para eliminarlas o mitigarlas.

Mencionaremos aquí sólo algunas concepciones de la evolución de las ideas sobre salud y enfermedad. Cada uno de esos momentos y concepciones ha implicado, también, un modo de conservar y recuperar la salud.

Como todo producto cultural, la salud no es un concepto que se mantenga idéntico a sí mismo a lo largo del tiempo. De hecho, podemos reconstruir diferentes sentidos que ha ido adquiriendo en diferentes sociedades, en diferentes momentos históricos y en diferentes culturas.

En la antigua China se creía que el cielo, la luz, la fuerza, el frío, la humedad y otros elementos de la naturaleza, influían sobre la salud. Otras culturas pensaban que la enfermedad y la muerte estaban causadas por espíritus malignos. Así, las enfermedades en un comienzo consideradas mágicas, se vinculaban fuertemente con lo sobrenatural y quienes las curaban eran aquellos que podían involucrarse con estos espíritus, eran brujos, magos o chamanes.

En la cultura occidental, mientras los griegos de la antigüedad hicieron de la salud un culto, los romanos desarrollaron el interés hacia la enfermedad.

Con el advenimiento de la modernidad y los grandes descubrimientos en física y química, la fisiología humana se asocia al concepto de máquina y por lo tanto, la enfermedad comienza a ser entendida como el desvío del funcionamiento, y la cura, la reparación del mismo. De este modo la medicina llega a subordinarse a la biología y los seres humanos a ser mirados a través de sus órganos y de sus aparatos.

En la segunda mitad del siglo XIX, el descubrimiento de los gérmenes dio lugar a la teoría microbiana, que alentó la idea causa única, según la cual para dominar las enfermedades sólo se requería descubrir para cada enfermedad, su causa. Esta teoría tuvo una repercusión tan importante que los médicos hicieron enormes intentos por asociar prácticamente todas las enfermedades conocidas a un agente causal contagioso específico. Así, se facilitó el desarrollo de los antibióticos y las vacunas, considerados algunos de los logros más valiosos de la medicina científica. Pero, como la evolución de los conceptos no se detiene, la teoría microbiana llegó a mostrarse insuficiente para explicar un gran número de enfermedades. Con la mirada puesta en los numerosos factores que intervienen en la producción de enfermedades, por contraposición de la causa única, los científicos arribaron a la sustitución de este modelo por otro: el de la multicausalidad.

La denominación multicausal hace alusión a la interacción de varios factores de diverso origen y naturaleza: sociales, ambientales, económicos y otros en la ocurrencia de enfermedad. A partir de este momento la salud comienza a concebirse como un proceso dinámico y variable, de equilibrio entre el organismo humano y el ambiente, resaltándose la influencia de los factores históricos, políticos, económicos y sociales. Se comienza a hablar entonces del proceso salud-enfermedad.

Hoy por hoy, nuestras concepciones de salud están fuertemente influidas por la mirada multicausal. Nos parece natural, pensar la salud y la enfermedad como un proceso, como una construcción y buscamos activamente los factores y variables que intervienen en su definición.

Hasta donde hoy sabemos, son muchos los factores que actuando a nivel del ambiente humano determinan que una enfermedad se inicie y desarrolle en ciertos sujetos, e incida con mayor o menor peso en determinados grupos poblacionales.

Las circunstancias naturales y la propia dotación biológica personal adquieren sentido en relación con el desarrollo de una o más enfermedades específicas, solo entendidas en ese contexto.

El concepto de campo de la salud

Una de las más conocidas contribuciones teóricas al pensamiento sanitarista lo constituye el Informe Lalonde, producido en Canadá en 1974. Este trabajo constituyó un punto de inflexión y una herramienta de cambio para el trabajo en salud pública, ampliando la comprensión de la salud.

M. Lalonde introduce con el concepto de campo de la salud un modelo de análisis que resulta útil para conocer cómo la conjunción de varios componentes afecta la salud de un país.

Este trabajo identifica -mediante el examen de las causas y los factores básicos de la enfermedad y la mortalidad en el Canadá- cuatro componentes que afectan el grado de salud en su territorio, ellos son: la biología humana, el medio ambiente, el estilo de vida y la organización de la atención. Así, se conceptualiza lo que llama el campo de la salud caracterizándolo a partir del modo en que cada uno de estos elementos afecta el grado de salud del país.

A continuación, te presentamos algunas citas del informe original:

Biología humana

El componente de biología humana incluye todos los hechos relacionados con la salud, tanto física como mental, que se manifiestan en el organismo como consecuencia de la biología fundamental del ser humano y de la constitución orgánica del individuo (...)

Medio ambiente

El medio ambiente incluye todos aquellos factores relacionados con la salud que son externos al cuerpo humano y sobre los cuales la persona tiene poco o ningún control (...)

Estilo de vida

El componente estilo de vida representa el conjunto de decisiones que toma el individuo con respecto a su salud y sobre las cuales ejerce cierto grado de control.

Organización de la atención de salud

La organización de la atención de salud (sistema de atención de salud) consiste en la cantidad, calidad, orden, índole y relaciones entre las personas y los recursos en la prestación de la atención de salud. Incluye la práctica de la medicina y la enfermería, los hospitales, los hogares de ancianos, los medicamentos, los servicios públicos comunitarios de atención de la salud, las ambulancias, el tratamiento dental y otros servicios sanitarios (...)

Los cuatro componentes que propone M. Lalonde abarcan muchas de las dimensiones que pueden dar origen a problemas de salud, o bien, que de algún modo pueden contribuir a partir de su combinación o participación a producirlos. Decimos muchas, porque en este marco teórico no se incluyen por ejemplo los modelos económicos de un país y otras variables como determinantes de enfermedades.

Así, el concepto de campo de la salud se constituyó en un instrumento para el análisis de los problemas y de las necesidades de salud pública, brindando un modelo sencillo de análisis de los problemas de salud para una población.

Entre los rasgos de este concepto encontramos su amplitud, su capacidad de abarcar diversas variables. Muchos problemas de salud pueden ser causados por algunos de los componentes del campo de la salud o por una combinación de los mismos. En consecuencia, esta característica lo hace valioso, porque asegura la consideración de diversos aspectos de la salud y de los actores intervinientes.

El gráfico a continuación esquematiza el modo en que el concepto de campo de la salud mira los problemas de salud pública.



Buck (1986) dijo que de los cuatro componentes de concepto de campo de salud «el entorno es el más importante. (...) Si el entorno no es adecuado tampoco lo serán la biología humana, los estilos de vida y la organización de la atención sanitaria.»

Entonces, se dio una controversia sobre cuál era la importancia relativa de los cuatro factores determinantes comprendidos en el concepto de campo de salud. Mientras Blum sostenía que lo genético y los estilos de vida eran los más influyentes, para Lalonde y Dever los cuatro eran de igual importancia (Dever, 1991:4-5). En la Carta de Ottawa, se asumió en la práctica que el más importante era el estilo de vida.

Diez años después de la publicación del Informe Lalonde, la posición de Buck ha ido ganando más adeptos con el paso del tiempo, y dado que el entorno no es directamente dependiente de cada individuo, la mirada pasó a escudriñar espacios de mayor amplitud.

¿Por qué alguna gente está sana y otra no?» Los Determinantes de la salud

Los grupos sociales han recibido en la sociología diversas denominaciones, entre las cuales la más utilizada es la de 'clase social'. Ésta es una categoría con múltiples definiciones, pero que ninguna de estas ha logrado imponerse en la comunidad científica con claridad. De hecho, Marx y Engels, quienes fueron sus principales impulsores nunca dieron una definición precisa de 'clase social' a pesar de la posición central que ocupa este concepto en su concepción filosófica, política y económica del mundo. A pesar de que fueron precisamente ellos los primeros en comprender esa centralidad de este concepto en los estudios sociales, concebían las clases sociales exclusivamente en términos económicos, definiendo cada clase por el lugar que ocupaban o el papel que jugaban sus miembros en la economía. Igualmente hizo Max Weber.

Sólo con afanes operativos, esto es, sin pretender introducirse en la amplia y profunda controversia que se ha desarrollado y desarrolla acerca de la definición de grupo o clase social y dada su centralidad en este documento, utilizamos la siguiente definición:

Un grupo social puede entenderse como una colección de individuos que comparten ciertos rasgos biológicos, económicos, políticos o culturales. Por ejemplo: grupos sexuales, ocupacionales, según ingreso económico, políticos o religiosos. Y, algunos grupos constituirán clases sociales en la medida que domina o es dominado por otro grupo social en algún aspecto biológico, económico, político o cultural; y los miembros del grupo dominante se benefician de su pertenencia al mismo, más de lo que lo hacen los dominados por la pertenencia al suyo. Asimismo, es sumamente importante comprender que «todas las clases no son homogéneas, están fraccionadas según lineamientos étnicos, políticos y religiosos» (Bunge, 1999).

Bajo el título: ¿Por qué alguna gente está sana y otra no? Los determinantes de la salud de las poblaciones. Evans, Barer y Marmor (1996) estudian la salud basados en el concepto de grupos sociales. Inician su libro respondiendo la pregunta de su título de la siguiente forma: «La gente que ocupa las posiciones sociales más altas vive más tiempo. Entre tanto, además, goza de mejor salud.»

En efecto, un importante número de estudios, en muchos países, ha mostrado la existencia de correlación entre la esperanza de vida y la frecuencia de otros indicadores de salud con indicadores de estatus social, tales como ingresos económicos, nivel educativo, ocupación, lugar de residencia, etc. (Wilkinson, 1992).

¿Por qué alguna gente está sana y otra no: los determinantes de la salud

- ingreso y posición social,
- redes de apoyo social,
- educación,
- empleo y condiciones de trabajo,
- entornos físicos seguros y limpios,
- características biológicas y constitución genética,
- desarrollo del niño
- Servicios de salud.

(Wilkinson y Marmot, 1998)

DETERMINANTES CLAVES	PREMISAS FUNDAMENTALES
Ingresos y nivel social	La situación de salud mejora a medida que los ingresos y la jerarquía social son más altos. Ingresos altos determinan condiciones de vida como vivienda segura y capacidad de comprar buenos alimentos en cantidades suficientes. Las poblaciones más sanas se encuentran en las sociedades que son prósperas y tienen una distribución equitativa de la riqueza.
Redes de apoyo social	El apoyo de las familias, los amigos y las comunidades se asocia con una mejor salud. Las respuestas efectivas al estrés y el apoyo de la familia y los amigos constituyen una relación favorable y de apoyo que parece actuar como un amortiguador en contra de los problemas de salud.
Educación	La situación de salud mejora con el nivel de educación. La educación aumenta las oportunidades de ingresos y seguridad en el trabajo y proporciona a las personas un sentido de control con respecto a las circunstancias de la vida, factores claves que influyen en la salud.

Empleo/condiciones de trabajo	<p>El desempleo, el subempleo y el trabajo estresante se asocian con un estado de salud deficiente.</p> <p>Las personas que tienen más control de sus circunstancias laborales y menos exigencias relacionadas con el estrés del trabajo son más sanas y, con frecuencia, viven más tiempo que las personas que tienen un trabajo y actividades estresantes con riesgos.</p>
Entornos sociales	<p>El conjunto de valores y normas de una sociedad influye, de diferentes maneras, en la salud y el bienestar de los individuos y las poblaciones.</p> <p>Además, la estabilidad social, el reconocimiento de la diversidad, la seguridad, las buenas relaciones de trabajo y las comunidades cohesivas proporcionan una sociedad de apoyo que reduce o evita muchos riesgos potenciales a la buena salud. Varios estudios han revelado que la disponibilidad de soporte emocional y la baja participación social tienen un impacto negativo sobre la salud y el bienestar.</p>
Entornos físicos	<p>Los factores físicos en el entorno natural (por ejemplo, calidad del aire y del agua) son influencias claves en la salud. Los factores en el entorno creado por el hombre como la seguridad en la vivienda, el lugar de trabajo, la comunidad y el trazado de los caminos también constituyen influencias importantes.</p>
Prácticas de salud personales y aptitudes de adaptación	<p>Los entornos sociales que permiten y respaldan elecciones y estilos de vida saludables así como el conocimiento, las intenciones, los comportamientos y los estilos de vida de las personas y las aptitudes de adaptación para enfrentar la vida de manera saludable son influencias claves en la salud. Mediante investigación en áreas como cardiopatías y niñez en desventaja muestra que hay evidencia de vínculos bioquímicos y fisiológicos a las condiciones vasculares y otros eventos adversos de la salud.</p>
Desarrollo sano del niño	<p>El efecto de las experiencias prenatales de la infancia temprana en la salud, el bienestar, las habilidades de adaptación y la competencia son muy importantes. Los niños nacidos en familias de bajos ingresos tienen mayores posibilidades que aquellos nacidos en familias de ingresos altos de tener bajo peso al nacer, comer alimentos menos nutritivos y tener más dificultades en la escuela.</p>
Características biológicas y genéticas	<p>La biología básica y la constitución orgánica del cuerpo humano, son factores determinantes de la salud fundamentales.</p> <p>La dotación genética proporciona una predisposición hereditaria a un amplio rango de respuestas individuales que afectan la situación de salud. Aunque los factores socioeconómicos y ambientales son factores determinantes importantes de la salud,</p>

	<p>en algunas circunstancias la dotación genética parece predisponer a ciertos individuos a enfermedades o problemas de salud particulares.</p>
Servicios de salud	<p>Los servicios de salud, en particular aquellos diseñados para mantener y promover la salud, prevenir enfermedades y restituir la salud y el funcionamiento contribuyen a la salud de la población.</p>
Género	<p>El género se refiere al conjunto de funciones determinadas por la sociedad, rasgos de la personalidad, actitudes, comportamientos, valores, poder e influencia relativos que la sociedad atribuye a los dos sexos sobre una base diferencial.</p> <p>Las normas "que tienen en cuenta consideraciones de género" influyen en las prácticas y en las prioridades del sistema de salud. Muchos temas de salud están en función de la posición social o en el género y los roles.</p> <p>Por ejemplo, las mujeres son más vulnerables a violencia sexual o física, ingresos bajos o a ser madres solteras por razón del género (ejemplo, consumo de tabaco, el abuso de sustancias, las drogas de prescripción, enfermedades de transmisión sexual y la inactividad física).</p> <p>Medidas para abordar la inequidad y sesgo de género dentro y fuera del sistema de salud mejoran la salud de la población.</p>



INSTITUTO DE
 FORMACIÓN
 SUPERIOR

<p>Cultura</p>	<p>Algunas personas o grupos pueden enfrentarse a riesgos adicionales para la salud debido a un entorno socioeconómico, el cual está determinado en gran parte por valores culturales dominantes que contribuyen a la perpetuación de condiciones tales como la marginación, la estigmatización, la pérdida del valor del idioma y la cultura, la falta de acceso a la atención de salud y a los servicios culturalmente apropiados.</p>
-----------------------	--



Los principales problemas de salud de los grupos en desventaja son un tema crucial que debe abordarse. No obstante, no deben ser el centro exclusivo de una estrategia de salud para la población, debido a que resolver problemas grandes de grupos relativamente pequeños no producirá los resultados generales que estamos buscando para mejorar la salud y la prosperidad de toda la población. Sin embargo, la igualdad de oportunidades para la salud de los grupos en desventaja debe ser una preocupación especial en una sociedad y democrática que valora la salud de todos sus residentes.

Modelos de Madeleine Leininger y Dorothea Orem

BIOGRAFIA DE MADELEINE LEININGER

Modelo 1: Madeleine Leininger

Madeleine Leininger nació en Sutton, Nebraska, el 13 de junio de 1925 e inició su carrera profesional después de diplomarse en la Escuela de Enfermería de St Anthony, en Denver. Es la fundadora de la Enfermería Transcultural fue la primera enfermera profesional con preparación universitaria en enfermería, obtuvo un Doctorado en Antropología Cultural y Social. En 1950 obtuvo el título de Ciencias Biológicas y realizó estudios complementarios en Filosofía y Humanismo. Trabajó como instructora, enfermera de plantilla y enfermera jefe en la unidad médico-quirúrgica y abrió una nueva unidad de psiquiatría como directora de servicio en enfermería del Hospital de Omaha. Durante ese tiempo avanzó en el estudio, la administración, la enseñanza, el diseño de planes de estudio de enfermería, realizó las

comprobaciones y medidas en la Universidad de Creighton de Omaha. Inició y dirigió el primer programa de enfermería especializada en psiquiatría en la Universidad de Cincinnati.

En 1955 durante su ejercicio profesional, en el área de Psiquiatría Infantil observó que el personal sanitario no conocía suficientemente los factores culturales que influían para su asistencia; a partir de esta experiencia nace la inquietud de construir un modelo que considere una visión transcultural del cuidado para el individuo.

Durante esta época escribió uno de sus primeros textos básicos en enfermería psiquiátrica, junto a C Hofling, titulado Basic Psychiatric Nursing Concepts en 1960, que ha sido editado en once lenguas y se utiliza en todo el mundo. Entre los años 1950 y 1960 señaló la existencia de varias áreas comunes de conocimiento y de interés científico-teórico entre la enfermería y la antropología, formulo diversos conceptos, teorías, prácticas y principios de la enfermería transcultural.

Nursing and Anthropology: Two Worlds to Blend, fue su primer libro publicado sobre enfermería transcultural, que sentó las bases del desarrollo de este campo del conocimiento, de su propia teoría y de la asistencia sanitaria basada en las diferencias culturales.

Su libro titulado Enfermería Transcultural: Conceptos, Teorías, Investigación y prácticas en 1978, definió los principales conceptos, nociones teóricas y procedimientos prácticos de la enfermería transcultural. Trabajo como directora del primer programa científico de enfermería de los Estados Unidos. En 1969 fue nombrada decana y profesora de enfermería y conferencista de Antropología por la Universidad de Washington.

Su carrera académica incluye casi 600 conferencias, comunicaciones, talleres y servicios de asesoría en los Estados Unidos, Canadá, Europa, Isla del pacífico, Asia, África, Australia y los países Escandinavos. En 1974 fundó la organización denominada National Transcultural Nursing Society de la que ha sido una actividad dirigente desde sus inicios. Fundó la National Research Care Conference en 1978.

Leininger ha adquirido un gran prestigio internacional en enfermería y otros campos asociados, debido a sus escritos sobre enfermería y asistencia transcultural y a sus trabajos teóricos, de investigación, consultas de comunicaciones dinámicas, imparte charlas a Antropólogos, Médicos, Asistentes sociales, Farmacéuticos y Profesores para participar en investigaciones con otros colegas.

Leininger ha escrito o editado 27 libros, ha publicado más de 200 artículos y 45 capítulos de libros, además de numerosas películas e informes de investigación centrados en enfermería transcultural, asistencia y fenómenos sanitarios, ha recibido numerosos premios y distinciones, figura con nombre propio en diferentes publicaciones.

EJERCICIO PROFESIONAL

Leininger señala que existen varios factores en relación con la lentitud a la hora de reconocer y valorar la importancia de los factores culturales y de enfermería transcultural en el ámbito de la formación y el ejercicio profesional y estos son:

La teoría se concretó en la década de 1950, cuando prácticamente ningún profesional de enfermería tenía una preparación en antropología y satisfacción de sus necesidades sociales o culturales.

Los artículos sobre enfermería transcultural eran rechazados por los editores.

El concepto cuidado tuvo un interés limitado para las enfermeras hasta la década de 1970, Leininger fue la primera en hablar del cuidado.

Las enfermeras habían asumido una posición demasiado etnocéntrica y excesivamente próxima a los intereses y las directrices de la medicina.

Enfermería se había mostrado lenta a la hora de impulsar avances sustanciales en el desarrollo de sus diversas áreas de conocimiento.

Los profesionales están comenzando a apreciar la importancia de la enfermería transcultural, de la noción de asistencia y del empleo de los métodos cualitativos.

MODELO DEL SOL NACIENTE

En 1970, Leininger elaboró el modelo de sol naciente el cual representa componentes esenciales de su teoría, este modo resulta un instrumento valioso para estudiar los diversos elementos y componentes de su teoría y para realizar las valoraciones clínicas que sean lógicas en la cultura.

La mitad superior del círculo representa los componentes de la estructura social y los factores de la concepción del mundo que influye en los cuidados y salud por medio del lenguaje y el entorno. Estos factores influyen en los sistemas enfermeros que se encuentran en la parte central del modelo. Las dos mitades unidas forman un sol entero que significa el universo que las enfermeras deben considerar para valorar los cuidados humanos y la salud.

Según esta teoría pueden establecerse tres tipos de cuidados enfermeros: Presentación y mantenimiento de los cuidados culturales; de adaptación y negociación de los cuidados culturales y reorientación o reestructuración de los cuidados culturales.

El modelo del sol naciente describe a los humanos como personas que no se pueden separar de su procedencia cultural y de la estructura social, de su concepción de mundo, de su trayectoria vital y el contexto de su entorno, esto viene siendo un principio fundamental de la teoría de Leininger.

FUENTES TEORICAS

Leininger se basó en la disciplina de la antropología y de la enfermería definió la enfermería transcultural como un área principal de la enfermería que se centra en el estudio comparativo y en el análisis de las diferentes culturas y subculturas del mundo con respecto a los valores sobre los cuidados, la expresión y las creencias de la salud y la enfermedad, y el modelo de conducta, cuyo propósito consiste en concebir un saber científico y humanístico para que proporcione una práctica de cuidados enfermeros específicos para la cultura y una práctica de cuidados enfermeros universales de la cultura.

La enfermería transcultural va más allá de los conocimientos y hace uso del saber de los cuidados enfermeros culturales para practicar cuidados culturalmente congruentes y responsables. Leininger declara que con el tiempo habrá un nuevo tipo de práctica enfermera que reflejara los distintos tipos de enfermería, los cuales se definirán y basarán en la cultura y serán específicos para guiar los cuidados enfermeros dirigidos a individuos, familias, grupos e instituciones. Afirma que la cultura y el cuidado son los medios más amplios para conceptualizar y entender a las personas este saber es imprescindible para la formación y práctica de enfermeras.

Leininger define que, así como la enfermería es significativa para los pacientes y para las enfermeras de todo el mundo, el saber de la enfermería transcultural y sus competencias serán imprescindibles para orientar las decisiones y las acciones de las enfermeras y así obtener resultados buenos y eficaces.

Enfermería Transcultural: Se refiere a las enfermeras que están formadas en enfermería transcultural y que tienen como labor desarrollar el saber y la práctica de la enfermería transcultural.

Enfermería Intercultural: Se refiere a las enfermeras que usan conceptos antropológicos médicos o aplicados; la mayor parte de ellas no están autorizadas a desarrollar la teoría de la enfermería transcultural ni a llevar a cabo prácticas basadas en la investigación.

Según Leininger, la enfermera transcultural es una enfermera diplomada, que es capaz de aplicar conceptos generales, principios y prácticas de la enfermería transcultural creados por las enfermeras

transculturales especialistas. Por otro lado, Leininger defiende y promueve una teoría nueva y diferente, y no la teoría tradicional de la enfermería, que normalmente se define como un conjunto de conceptos relacionados entre sí de forma lógica y proposiciones hipotéticas que se puede probar a fin de explicar o predecir un hecho, fenómeno o situación. En cambio, Leininger define la teoría como el descubrimiento sistemático y creativo del conocimiento de un campo de interés o de un fenómeno que no parecen relevantes para entender o explicar fenómenos desconocidos.

Leininger, creo la teoría de la diversidad y universalidad de los cuidados culturales enfermeros, que tiene sus cimientos en la creencia de que las personas de diferentes culturas pueden informar y guiar a los profesionales y de este modo, podrán recibir el tipo de atención sanitaria que deseen y necesiten de estos profesionales. La cultura representa los modelos de su vida sistematizados y los valores que las personas que influyen en sus decisiones y acciones.

Por tanto, la teoría está enfocada para que las enfermeras descubran y adquieran los conocimientos acerca del mundo del paciente y para que estas hagan uso de sus puntos de vista internos, sus conocimientos y prácticas, todo con la ética adecuada.

No obstante Leininger anima a obtener el conocimiento del interior de las personas o culturales, ya que este conocimiento tiene mayor credibilidad. La teoría no tiene que ser necesariamente intermedia ni una gran teoría, aunque si debe interpretarse como una teoría holística o como una teoría de campos específicos de interés.

Leininger ha estudiado varias culturas en profundidad y otras tantas en colaboración con estudiantes universitarios, licenciados y profesores por medio de métodos cualitativos de investigación, ha explicado 130 principios diferentes de los cuidados en cincuenta y seis culturas teniendo cada una diferentes significados, experiencias culturales y usos que hacen las personas de culturas parecidas o diversas.

Leininger afirmo que el objetivo de la teoría de los cuidados consiste en proporcionar cuidados que sean coherentes con la cultura. Considera que las enfermeras deben trabajar de tal modo que se explique el uso de los cuidados y significados, y así los cuidados culturales, valores, creencias y modos de vida pueden facilitar bases fiables y exactas para planificar e implementar eficazmente los cuidados específicos de la cultura

CONCEPTOS SEGÚN LA TEORIA DE TRANSCULTURACION

Salud: Se considera como un estado de bienestar, es culturalmente definida, valorada y practicada. Refleja la capacidad de los individuos para llevar a cabo sus roles cotidianos. Incluye sistemas de salud, prácticas de cuidados de salud, patrones de salud y promoción y mantenimiento de la salud. Es universal a través de todas las culturas, aunque se define de forma distinta en cada cultura para reflejar sus valores y creencias específicas.

Cuidados: Acciones dirigidas a la asistencia, al apoyo o a la capacitación de otras personas o grupos que muestran necesidades evidentes o potenciales con el fin de atenuar o mejorar su situación o modo de vida.

Cuidados culturales: son todos los valores creencias y modos de vida aprendidos y transmitidos de forma objetiva que ayudan, apoyan, facilitan o capacitan a otras personas o grupo a mantener su estado de salud y bienestar o a mejorar su situación y estilo de vida o a afrontar la enfermedad, la discapacidad o la muerte.

Persona: Leininger se refiere a ella como un ser humano que se cuida y es capaz de interesarse por otros; aunque los cuidados de los seres humanos son universales, las formas de cuidar varían según las culturas.

Entorno: todos los aspectos contextuales en los que se encuentran los individuos y los grupos culturales.

Etnoenfermería: Se centra en el estudio y la clasificación sistemática de las creencias, valores y prácticas que se aplican en la asistencia de enfermería según los conocimientos cognitivos o subjetivos que tienen de ellos una cultura determinada, a través de las experiencias, las convicciones y el sistema de valores

sobre fenómenos de enfermería reales o potenciales, como puede ser la asistencia, la salud y los factores ambientales.

Diversidad de los cuidados culturales: Variación o diferencia que existe en significados, modelos, valores, modos de vida o símbolos relacionados con la asistencia dentro de una colectividad o entre grupos humanos distintos, con el fin de ayudar, apoyar o facilitar medidas asistenciales dirigidas a las personas.

Universalidad de los cuidados culturales: La similitud o uniformidad dominante en los significados, modelos, valores, modos de vida y símbolos de los cuidados que se manifiestan entre muchas culturas y reflejan los modos de apoyo, asistencia, capacitación para ayudar a las personas.

APLICACIÓN DE LA TEORIA EN RELACION CON LA ENFERMERA-PACIENTE-FAMILIA.

Resulta esencial que el profesional de enfermería sepa responder de manera integral a las necesidades de los pacientes.

Es fundamental para llevar a cabo un proceso de relación de ayuda eficaz, que el profesional de enfermería tenga la capacidad de identificar y dar respuestas a las necesidades espirituales y emocionales de las personas a las que presta cuidado.

El profesional de enfermería tiene que descubrir y adquirir los conocimientos acerca del mundo del paciente y así haga uso de sus puntos de vista internos, sus conocimientos y prácticas, todo con la ética adecuada.

Modelo 2: De Dorothea Orem

BIOGRAFÍA DE DOROTHEA OREM:

Vida y obra

Dorothea Orem nació en 1914 en Baltimore, Maryland y falleció un 22 de Junio de 2007, alrededor de los 94 años de edad. Su padre era constructor y su madre ama de casa.

Empezó su carrera de enfermera con las hermanas de Caridad en el Hospital en Washington D.C. y se recibe como una en el año 1930. Luego en Catholic University of America recibió un B.S.N.E (Bachelor of Science in Nursing Education). En 1939 y en 1946 obtuvo UN M.S.N.E. (Master Science in Nursing Education) La experiencia profesional en el área asistencial la desarrolló en el servicio privado, en las unidades de pediatría, y adultos, siendo además supervisora de noche en Urgencias.

Fue directora en la escuela de Enfermería y del departamento de Enfermería del hospital de Province Hospital Detroit. Entre 1949-1957 trabajó en la División of Hospital and Institutional Services del Indiana State Board of Health.

Es aquí donde desarrolla su definición de la práctica enfermera.

En 1957 trabajo como asesora de programas de estudio.

De 1958-1960 trabajó en un proyecto para mejorar la formación práctica de las enfermeras. En 1959 trabajó como profesora colaboradora de educación enfermera en la CUA, como decana en funciones de la escuela de enfermería y como profesora asociada de educación enfermera. En 1970 empezó a dedicarse a su propia empresa consultora.

Se jubiló en 1984 y siguió trabajando en el desarrollo de la teoría enfermera del déficit de autocuidado.

Sus Experiencias laborales fueron:

- Enfermería quirúrgica
- Enfermera de servicio privado
- Unidades pediátricas y de adultos
- Supervisora del turno noche
- Profesora de ciencias biológicas

Sus teorías:

Dorothea no tuvo un autor que influyo en su modelo, pero si se ha sentido inspirada por varios agentes relacionados con la enfermería como son: Nightingale, Peplau, Rogers y demás.

Ha descrito la Teoría General del Autocuidado, la cual trata de tres subteorías relacionadas:

La teoría del autocuidado:

En la que explica el concepto de autocuidado como una contribución constante del individuo a su propia existencia: "El autocuidado es una actividad aprendida por los individuos, orientada hacia un objetivo. Es una conducta que existe en situaciones concretas de la vida, dirigida por las personas sobre sí mismas, hacia los demás o hacia el entorno, para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y funcionamiento en beneficio de su vida, salud o bienestar".

Define además tres requisitos de autocuidado, entendiendo por tales los objetivos o resultados que se quieren alcanzar con el autocuidado, indican una actividad que un individuo debe realizar para cuidar de sí mismo:

Requisitos de autocuidado universal: son comunes a todos los individuos e incluyen la conservación del aire, agua, eliminación, actividad y descanso, soledad e interacción social, prevención de riesgos e interacción de la actividad humana.

Requisitos de autocuidado del desarrollo: promover las condiciones necesarias para la vida y la maduración, prevenir la aparición de condiciones adversas o mitigar los efectos de dichas situaciones, en los distintos momentos del proceso evolutivo o del desarrollo del ser humano: niñez, adolescencia, adulto y vejez.

Requisitos de autocuidado de desviación de la salud: que surgen o están vinculados a los estados de salud.

La teoría del déficit de autocuidado:

En la que describe y explica las causas que pueden provocar dicho déficit. Los individuos sometidos a limitaciones a causa de su salud o relaciones con ella no pueden asumir el autocuidado o el cuidado dependiente. Determina cuándo y por qué se necesita de la intervención de la enfermera.

La teoría de sistemas de enfermería:

En la que se explican los modos en que las enfermeras/os pueden atender a los individuos, identificando tres tipos de sistemas:

Sistemas de enfermería totalmente compensadores: La enfermera suplente al individuo.

Acción de la enfermera: Cumple con el autocuidado terapéutico del paciente; Compensa la incapacidad del paciente; da apoyo al paciente y le protege.

Sistemas de enfermería parcialmente compensadores: El personal de enfermería proporciona autocuidados: *Acción de la enfermera:* Desarrolla algunas medidas de autocuidado para el paciente; compensa las limitaciones de autocuidado; ayuda al paciente.

Acción del paciente: Desempeña algunas medidas de autocuidado; regula la actividad de autocuidado; acepta el cuidado y ayuda a la enfermera.

Sistemas de enfermería de apoyo-educación: la enfermera actúa ayudando a los individuos para que sean capaces de realizar las actividades de autocuidado, pero que no podrían hacer sin esta ayuda:

Acción de la enfermera: regula el ejercicio y desarrollo de la actividad de autocuidado.

Acción del paciente: Cumple con el autocuidado.

Naturaleza del autocuidado:

El autocuidado podría considerarse como la capacidad de un individuo para realizar todas las actividades necesarias para vivir y sobrevivir.

Orem contempla el concepto auto como la totalidad de un individuo (incluyendo necesidades físicas, psicológicas y espirituales), y el concepto cuidado como la totalidad de actividades que un individuo inicia para mantener la vida y desarrollarse de una forma que sea normal para él.

El autocuidado es la práctica de actividades que los individuos inician y realizan en su propio beneficio para el mantenimiento de la vida, la salud y el bienestar.

Puede considerarse que un individuo cuida de sí mismo si realiza efectivamente las siguientes actividades:

- Apoyo de los procesos vitales y del funcionamiento normal.
- Mantenimiento del crecimiento, maduración y desarrollo normales.
- Prevención o control de los procesos de enfermedad o lesiones.
- Prevención de la incapacidad o su compensación.
- Promoción del bienestar.

El cuidado se inicia voluntaria e intencionadamente por los individuos. El autocuidado es un fenómeno activo que requiere que las personas sean capaces de usar la razón para comprender su estado de salud, y sus habilidades en la toma de decisiones para elegir un curso de acción apropiado.

¿TEORÍA, METATEORÍA O FILOSOFÍA?

Se trata de una teoría, aunque se puede encontrar un parecido con la filosofía debido a que tiene una visión de realismo, que describe la visión de los seres humanos como “seres dinámicos, unitarios, que viven en un su entorno, que están en procesos de conversión y que poseen libre voluntad, así como cualidades esenciales de los seres humanos.”

Trata de la resolución de una problemática de la ciencia de la enfermería, con una investigación no empírica, donde la cual Dorothea ha observado durante toda su carrera. Además, ella misma ha dicho que han sido sus propias conclusiones, que no han surgido de ningún otro autor, por lo tanto, no puede ser una metateoría.

CONCEPTOS SEGÚN LA TEORÍA:

Concepto de persona:

Concibe al ser humano como un organismo biológico, racional y pensante. Como tal es afectado por el entorno Y es capaz de acciones predeterminadas que le afecten a él mismo, a otros y a su entorno, condiciones que le hacen capaz de llevar a cabo su autocuidado. Además, es un todo complejo y unificado objeto de la naturaleza en el sentido de que está sometido a las fuerzas de la misma, lo que le hace cambiante. Es una persona con capacidad para conocerse, con facultad para utilizar las ideas, las palabras y los símbolos para pensar, comunicar y guiar sus esfuerzos, capacidad de reflexionar sobre su propia experiencia y hechos colaterales, a fin de llevar a cabo acciones de autocuidado y el cuidado dependiente.

Concepto de Salud:

La Salud es un estado que para la persona significa cosas diferentes en sus distintos componentes. Significa integridad física, estructural y funcional; ausencia de defecto que implique deterioro de la persona; desarrollo progresivo e integrado del ser humano como una unidad individual, acercándose a

niveles de integración cada vez más altos. El hombre trata de conseguir la Salud utilizando sus facultades para llevar a cabo acciones que le permitan integridad física, estructural y de desarrollo.

Concepto de Enfermería:

Enfermería es proporcionar a las personas y/o grupos asistencia directa en su autocuidado, según sus requerimientos, debido a las incapacidades que vienen dadas por sus situaciones personales. Los cuidados de Enfermería se definen como ayudar al individuo a llevar a cabo y mantener, por si mismo, acciones de autocuidado para conservar la Salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y afrontar las consecuencias de esta.

La enfermera actúa cuando el individuo, por cualquier razón, no puede auto cuidarse. Los métodos de asistencia de enfermería que D. Orem propone, se basan en la relación de ayuda y/o suplencia de la enfermera hacia el paciente, y son:

- 1.- Actuar en lugar de la persona, por ejemplo, en el caso del enfermo inconsciente.
- 2.- Ayudar u orientar a la persona ayudada, como por ejemplo en el de las recomendaciones sanitarias a las mujeres embarazadas.
- 3.- Apoyar física y psicológicamente a la persona ayudada. Por ejemplo, aplicar el tratamiento médico que se haya prescrito.
- 4.- Promover un entorno favorable al desarrollo personal, como por ejemplo las medidas de higiene en las escuelas.
- 5.- Enseñar a la persona que se ayuda; por ejemplo, la educación a un enfermo colostomizado en cuanto a la higiene que debe realizar.

Conceptos de Entorno:

Factores físicos, químicos, biológicos y sociales, ya sean comunitarios o familiares que pueden influir o interactuar con la persona.

También es necesario aclarar los siguientes conceptos, abarcados en la teoría de Orem:

Necesidades de autocuidado terapéutico: El conjunto de medidas de cuidado que se requieren en ciertos momentos o durante un cierto tiempo, para cubrir las necesidades de autocuidado de la persona.

Actividad de autocuidado: Las acciones deliberadas e intencionadas que llevan a cabo las personas, para regular su propio funcionamiento y desarrollo.

Agente: La persona que se compromete a realizar un curso de acción o que tiene el poder de comprometerse en él mismo.

Agente de cuidado dependiente: Es el adolescente o adulto que asume la responsabilidad de cubrir las demandas terapéuticas de las personas que son importantes para él.

4. La relación enfermero-paciente-familia representa para Orem el elemento básico del sistema de enfermeros, ya que influyen estos agentes en el proceso de enfermería, el cual se basa en tener una relación efectiva, en la cual se deberá ponerse de acuerdo para poder realizar las cuestiones relacionadas con la salud del paciente.

Esta relación se ve también en la guía de planificación de la enfermera según Orem, que dice:

- **Información previa:** Se debe consultar al paciente y a la familia sobre el estado de salud de este y las condiciones culturales. A su vez Identificar y analizar el impacto de la condición del paciente sobre los miembros de la familia y su interacción con ellos.
- **Valoración:** Evaluar el desarrollo del paciente y su familia, que se analizara las necesidades de aprendizaje del paciente y de su familia (acerca del tratamiento).
- **Planificación:** Planificar los cuidados de enfermería, dirigidos a superar los déficits de autocuidado del paciente y aquellos problemas con que puede encontrarse la familia. La enfermera deberá apoyar la toma de decisiones del paciente y su familia.

“SALUD FAMILIAR Y COMUNITARIA”

TEMA: FAMILIA



Definición de Concepto Familia:

Es un grupo de personas unidas por el parentesco, es la organización más importante de las que puede pertenecer el hombre. Esta unión se puede conformar por vínculos consanguíneos o por un vínculo constituido y reconocido legal y socialmente, como es el matrimonio o la adopción.

La **familia** es la organización social más general, pero asimismo la más importante para el hombre. Ya sea por vínculos sociales, legalmente consagrados o por vínculos sanguíneos, el pertenecer a una agrupación de este tipo es sumamente importante en el desarrollo psicológico y social del individuo.

La **relación de parentesco** se puede dar en diferentes niveles. Esto lleva que no todas las personas que conforman una familia tengan la misma cercanía o tipo de relación. Dentro de estos niveles, como para ejemplificar lo resaltado, podemos hablar de:

- **Familia nuclear**, nos referimos al grupo conformado por el padre, la madre y los hijos.
- **Familia extensa**, se compone por los abuelos de ambos lados, los tíos, primos y quien corresponda.
- **Familias compuestas**, que son aquellas que están formadas por el padre y la madre, y a su vez con algún miembro que sólo tenga vínculos sanguíneos con uno de ellos.

Las clasificaciones de familia que hemos nombrado anteriormente son las llamadas “**tradicionales**” o las más frecuentes que podemos identificar. No obstante, en los últimos años la sociedad fue cambiando y modificándose en muchísimos aspectos a pasos agigantados, haciendo que las conformaciones de estas instituciones, como así también muchos aspectos de la vida social, cambien a la par. Estos cambios dieron lugar a una gran variedad de diferentes composiciones de familias.

Una de estas nuevas conformaciones son las **familias monoparentales**. Así como la familia tradicional se compone por un padre, una madre y sus hijos, en las monoparentales sólo se compone de uno de los padres. Las razones de esto pueden ser a raíz de una separación, de la decisión de ser padre o madre soltero/a o de haber enviudado.

En el pasado, la existencia de familias monoparentales estaba estrechamente vinculada con el fallecimiento de uno de los miembros de la pareja, pero hoy en día se relaciona con separaciones o relaciones sexuales ocasionales. Por lo general, estas familias, con el tiempo dan lugar a la nueva unión de los padres, formando así nuevas familias, las familias ensambladas.

Las **familias ensambladas** no son lo mismo que las familias compuestas que habíamos mencionado anteriormente. Mientras que estas últimas se dan cuando dos personas se unen y una de ellas ya tiene hijos que conforman su familia, las ensambladas consisten en dos familias monoparentales que, por medio de una relación sentimental de los padres, se unen dando lugar a la conformación de una nueva familia.

En último lugar, pero no menos importante, la clasificación recientemente surgida de la familia, las **familias homoparentales**. Gracias a la lucha de miles de personas, en cada vez más países se considera

también familia a aquellas conformadas por padres del mismo sexo y sus hijos. Es decir, los padres pueden ser dos hombres o dos mujeres.

Así, destacando estas tres últimas clasificaciones que detallamos, se puede ver una clara evolución y crecimiento de la sociedad, que pudo incorporar cambios que, no hace muchos años atrás, eran impensados.

Antropológicamente, se define como familia al grupo de personas conformadas por una madre, un padre y los hijos que nacen a raíz de esta relación. La concepción de familia se da cuanto un hombre y una mujer se unen en matrimonio, ya sea legal, religiosamente, o ambos. Por lo tanto, es una organización conformada por un esposo o marido, una esposa o mujer, y los hijos de ambos.

Sin embargo, esta clasificación ha quedado completamente desactualizada a los tiempos modernos. No sólo por la aparición de nuevas clasificaciones de familia (homoparental, monoparental o compuesta), sino también porque en la actualidad también se considera familia aquellas en las que los padres sólo se unen por **vínculo sentimental, sin necesidad de contraer matrimonio**. Además, podemos considerar familia a aquellos lugares donde el individuo aprende a proteger y se siente cuidado, sin necesidad de tener vínculos o relación de parentesco.

La **evolución y cambio de las familias** no sólo se dio en su conformación según los progenitores, sino que también, a través de los años, fue cambiando en relación con su tamaño. En occidente, durante el siglo pasado, se pudo notar una disminución de la cantidad de familias numerosas, esto se adjudica al advenimiento de cada vez más familias a zonas residenciales, a la disminución de las responsabilidades de los hijos para con sus padres mayores y a las nuevas técnicas de planeamiento para evitar embarazos no esperados.

INSTRUMENTOS PARA EL ESTUDIO DE FAMILIAS

- TARJETA FAMILIAR
- FAMILIOGRAMA
- APGAR FAMILIAR
- ECOMAPA
- VISITA DOMICILIARIA

Estos instrumentos nos permiten evaluar estructuras y funciones de la familia, nos dan una visión gráfica de las familias, nos permiten identificar estructuras y enlaces entre sus miembros. Son elementos rutinarios para ser usados por el equipo profesional multidisciplinario.

TARJETA FAMILIAR

TARJETA FAMILIAR	
FAMILIA: _____	N° FAMILIA SANA: _____
DIRECCION: _____	FECHA DE INSCRIPCION: _____
FONO: _____	SECTOR: _____
PREVISION: _____	

cuenta que las familias suelen repetir sus atributos, característica conocida como continuidad o alternancia, según si esta ocurre sin interrupción entre padres e hijos o hermanos, o se salta una generación para aparecer en la otra.

Además, el famiogramas permite conocer en qué etapa del ciclo de vida familiar se encuentra la familia, el tipo de familia, los eventos de salud más importantes que le han ocurrido a cada uno de sus miembros, y aspectos relevantes de las interrelaciones entre ellos, con los que constituye un resumen bastante completo de los diversos elementos que el profesional requiere para su estudio de la dinámica familiar, y posterior planteamiento de hipótesis que orienten la ayuda a la familia.

QUE EVALUA EL FAMILIOGRAMA Y CON CUANTA PRECISION

El famiogramas sirve a los profesionales del equipo de atención integral de la salud para evaluar los siguientes aspectos:

- La composición familiar: que miembros la componen, resaltando los que viven en el hogar.
- Las relaciones biológicas y legales.
- Las relaciones afectivas.
- Los problemas de salud o causas de fallecimiento.
- El tipo de ocupación o datos laborales de importancia-

La adecuada precisión del famiogramas como medio para recolectar con éxito datos de diferentes grupos sociales ha sido validada para diferentes realidades. Si bien no se tienen estudios para cada realidad local sobre el uso del instrumento. La propia práctica ha confirmado su facilidad y pertinencia, siendo un instrumento muy empleado en diversos contextos.

COMO SE REGISTRAN LOS DATOS EN EL FAMILIOGRAMA

Los datos se registran en el famiogramas a través de un conjunto de símbolos, la mayoría de los cuales son internacionalmente aceptados.

La notación simbólica es la siguiente:

El hombre es representado por un cuadrado.

La mujer es representada por un círculo.

Dos personas que son cónyuges están conectadas por una línea que baja y cruza, con el esposo a la izquierda y la esposa a la derecha.

Si una pareja tiene hijos, ellos son representados por un cuadrado o círculo, según sexo, que nace de la línea que conecta la pareja; comenzando con el mayor y de izquierda a derecha. Una vez concluida la gráfica el paciente o usuario índice, deberá utilizar una línea punteada para englobar a los miembros que viven bajo el mismo techo.

Los hijos mellizos se representan por la conexión de dos líneas convergentes a la línea del padre: si son monocigóticos (idénticos) estos a su vez están conectados por una línea horizontal. En el caso de los hijos adoptados, la línea que los conecta a la línea de los padres es discontinua o incluye la letra A. La persona alrededor de quien se constituye el famiogramas se identifica con una línea doble o se señala con flecha.

La línea que une a los cónyuges es continua cuando los cónyuges están casados y discontinua cuando son convivientes, Una letra (m) seguida por una flecha indica cuando se casó la pareja. En el caso de las parejas no casadas, esta fecha representa cuando empezaron a vivir juntos.

Las separaciones y divorcios se indican con dos líneas oblicuas y una interrupción en la línea que une al matrimonio: 1 diagonal para separación y 2 para un divorcio. Cuando haya sucesivos compromisos luego de una separación, los matrimonios se indican de izquierda a derecha, con el más reciente al final.

Deben anotarse los símbolos correspondientes a todos los integrantes de tres generaciones de la familia (vivan o no en el hogar), indicando, si es necesario, la fecha desde cuando están viviendo juntos.

El embarazo actual es representado por un triángulo.

La pérdida por aborto es representada por un círculo pequeño negro.

Las personas muertas se representan con una X dentro del símbolo cuadrado o círculo, según haya sido el sexo.

Idealmente, al lado de cada uno de los símbolos de los miembros se pueden incluir las edades; por ejemplo 68 (68 años), 5 m (5 meses), 0 año de nacimiento por ejemplo 99 (año 99). Las edades generalmente se escriben dentro de los símbolos, mientras que la fecha de nacimiento se coloca en la parte superior e izquierda.

Igualmente puede utilizarse para registrar otros antecedentes de importancia como la ocupación y antecedentes patológicos, riesgo o problemas de salud crónicos o de importancia, si los hubiere, por ejemplo: Diabetes (DBM), alcoholismo (OH).

A este tipo de familogramas en el que se grafican fundamentalmente los miembros de la familia y su relación de parentesco o convivencia se le denomina familogramas estructural, a diferencia del familogramas funcional donde también se registran la cantidad e intensidad de las interrelaciones entre los miembros.

Un aspecto importante para considerar es que no en todas las especialidades que usan el familogramas emplean la misma nomenclatura y simbología, pudiendo variar ligeramente de una a otra. Igualmente, entre diversas regiones o países, es común ver que los símbolos se diferencien por pequeños detalles o notaciones, sin embargo, la estructura general es la misma.

¿QUE INFORMACION PUEDE OBTENERSE DEL FAMILIOGRAMA?

La realización del familogramas es sencilla, solo requiere conocer una breve relación de símbolos, tener un espacio en blanco y trabajar con mucha paciencia.

Se puede hacer en varias sesiones, y en general se recomienda no dedicar más de 10 minutos por sesión.

Algunos aspectos que pueden ser extraídos de un familogramas bien ejecutado son los siguientes: Tipo de familia (familia nuclear, monoparental, reconstituida, etc.) y ciclo vital (formación, expansión, despliegue y contracción, etc.) Separaciones o divorcios

Si el paciente es el hijo mayor o el menor: mientras que del primero se esperan grandes cosas, que sea especial y responsable, los menores son más libres y tienen menos responsabilidad familiar, incluso pueden esperar que otros se ocupen de ellos. Si se trata de un hijo único: pueden estar menos orientados hacia las relaciones con sus iguales. Si se trata de una persona con todos sus hermanos de sexo opuesto pero muy pocos con los del propio sexo. Si se trata de hermanos con una diferencia de edad mayor a cinco años. Son más hijos únicos que hermanos, ya que han pasado las etapas del desarrollo por separado.

La presencia de abuelos/ suegros, tíos, etc. Pueden indicar potenciales problemas de invasión de límites. Multitud de separaciones y/ o divorcios. Reiteración en la elección de una profesión, uniones entre miembros de la familia.

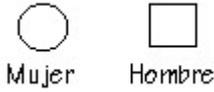
Repetición de pautas a través de las generaciones, considerando que las pautas pueden transmitirse de generación en generación, o puede alternarse, ejemplo: alcoholismo, madres solteras, embarazos adolescentes, incesto, síntomas físicos. Violencia, suicidio, etc.

Es un instrumento de atención familiar, que permite identificar, por medio de una gráfica, los miembros y estructura de una familia y las relaciones que existen entre ellos. Los familogramas o genograma provee de manera rápida patrones familiares complejos, que permiten identificar rápidamente un problema, donde se puede asociar lo clínico ya que puede estar conectado con el contexto familiar y la evolución del problema y del contexto con el tiempo.

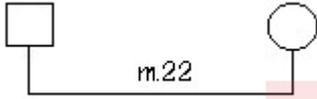
Con este instrumento se manejan una serie de símbolos que permiten hacer la gráfica. Los símbolos son:

Mujer: círculo

Hombre: cuadrado



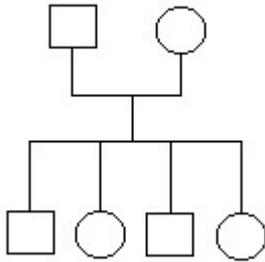
Matrimonio: Se une por este tipo de línea, recta y con los años que llevan de casados encima de la raya. (Cuando se grafican relaciones, el hombre siempre deberá estar al lado izquierdo)



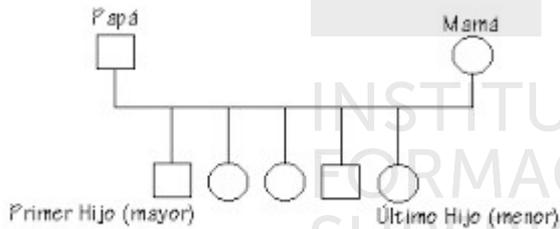
Unión libre: Se une por una línea punteada.



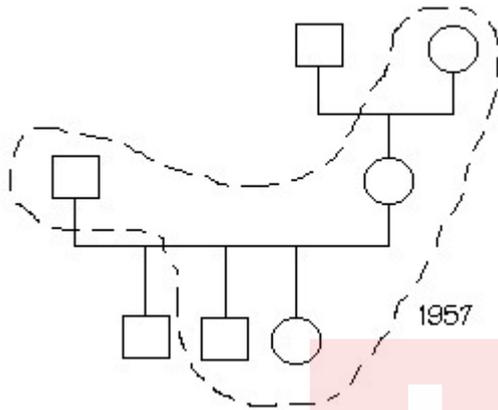
Matrimonio con hijos: Los hijos (si son de la pareja) se ubican debajo de la línea descendente.



Esta es la forma de ubicación de los hijos del matrimonio, de izquierda a derecha, del primogénito hasta el hijo menor, de acuerdo con el sexo de cada uno.



Familia que convive: Se encierran los miembros de la familia que conviven dentro de líneas punteadas.



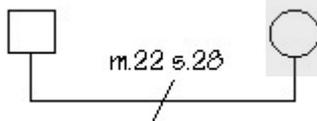
Persona fallecida: Se encierra con una "X".



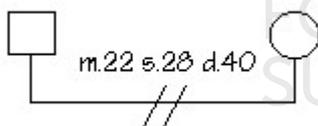
Muerte al nacer: Se identifica con el cuadrado o círculo según el género y se marca con una "X".



Separación: Línea en la mitad de la línea de relación.



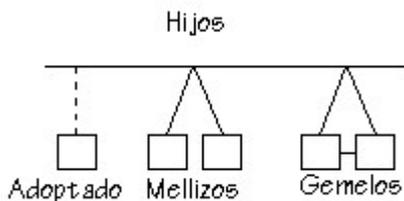
Divorcio: Dos líneas en la mitad de la línea de relación.



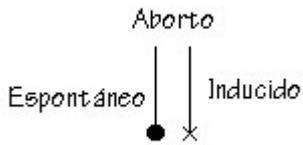
Hijos mellizos: Se colocan dos líneas convergentes y termina en cuadrado o triangulo según el género de los bebes.

Hijos gemelos: Se dibujan dos líneas convergentes y se unen los círculos o cuadrados según el género.

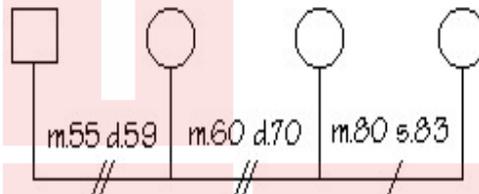
Hijos adoptados: Se dibujan líneas punteadas o se coloca una "A".



Aborto: Si el aborto es espontaneo se pone un punto negro, si es inducido se coloca una X

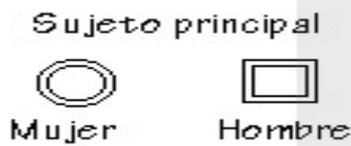


Relaciones pasadas:

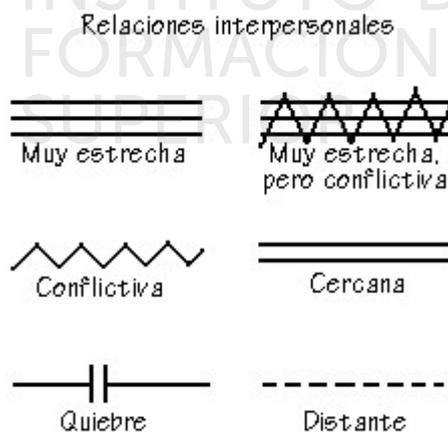


Consultante: para identificar el consultante se encierra en otra figura, se le pone dos rayas divergentes o una fecha.

Embarazo: para identificar un nuevo integrante, se dibuja un triángulo.



Relaciones interpersonales: de cada uno de los miembros de la familia se simbolizan de la siguiente manera.



APGAR FAMILIAR



Nombre
Unidad/Centro

Fecha
Nº Historia

PERCEPCIÓN DE LA FUNCIÓN FAMILIAR - CUESTIONARIO APGAR FAMILIAR-

Población diana: Población general. Se trata de un cuestionario que puede ser **autoadministrado o heteroadministrado** y que consta de 5 ítems tipo likert para valorar la percepción de la persona sobre la función familiar. Los puntos de corte son los siguientes:

- Normofuncional: 7 - 10 puntos
- Disfuncional leve: 3 - 6
- Disfuncional grave: 0 - 2

Versión heteroadministrada: Leer las preguntas del cuestionario y señalar la respuesta del paciente.

Versión autoadministrada: Recortar por la línea de puntos y entregar al paciente para su cumplimentación.

Nombre
Unidad/Centro

Fecha
Nº Historia

CUESTIONARIO APGAR FAMILIAR

Instrucciones: Por favor, rodee con un círculo la respuesta que mejor se ajuste a su situación personal

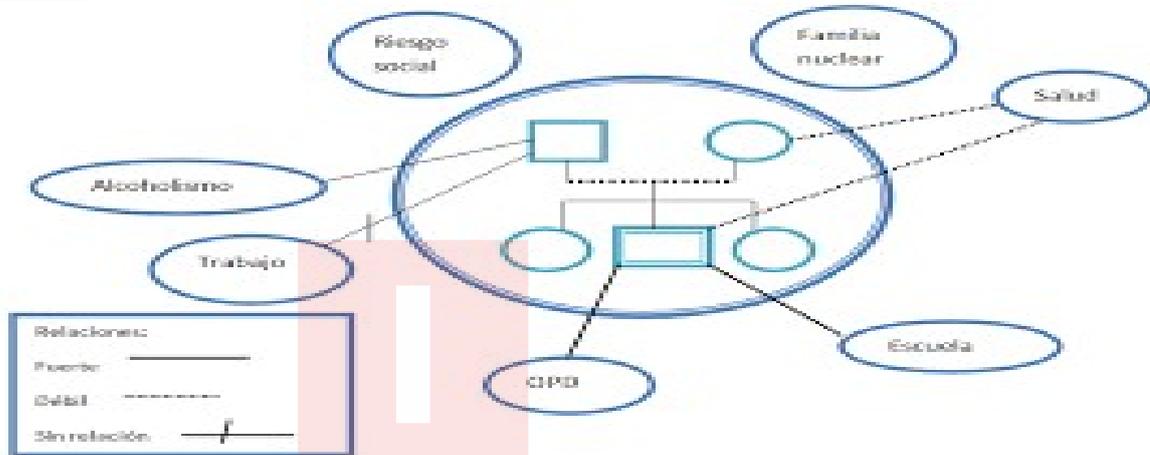
	Casi nunca	A veces	Casi siempre
1. ¿Está satisfecho con la ayuda que recibe de su familia cuando tiene un problema?	0	1	2
2. ¿Conversan entre ustedes los problemas que tienen en casa?	0	1	2
3. ¿Las decisiones importantes se toman en conjunto en la casa?	0	1	2
4. ¿Está satisfecho con el tiempo que usted y su familia pasan juntos?	0	1	2
5. ¿Siente que su familia le quiere?	0	1	2
Puntuación Total			

El APGAR permite realizar la medición cualitativa de la satisfacción de cada uno de los miembros de la familia utilizando cada uno de los cinco componentes básicos de la función familiar según Smilkenstein.

- Adaptabilidad
- Participación
- Gradiente de crecimiento

Afecto
Resolución

ECOMAPA



El ecomapa señala la interacción de la familia y sus miembros con los sistemas de apoyo. Indica si algunas personas tienen buenas relaciones con elementos externos a su familia.

VISITA DOMICILIARIA

Es la metodología de trabajo del equipo de salud, realizada con enfoque biopsicosocial que permite profundizar el diagnóstico familiar incluyendo pesquisa, diagnóstico, tratamiento y derivaciones si corresponde.

CONFORMACION FAMILIAR TRADICIONAL

¿Qué es la familia nuclear?

La familia nuclear es aquella que se compone de un padre (que también tiene el papel de esposo), una madre (que es la esposa) y los hijos biológicos (no importa si es uno solo o más de 10). Incluso si tienen una mascota, ésta entra como integrante de la familia.

Dentro de las familias nucleares cada integrante tiene un papel muy importante que debe asumir. La madre casi siempre es la que representa al amor, la comprensión y la tolerancia. El padre en la mayoría de las ocasiones es el encargado de representar la protección, la sustentabilidad y la educación.

Los hijos representan la diversión, la tranquilidad y los valores del hogar.

Durante muchos siglos, la familia nuclear ha sido vista como la unidad básica de todas las formas existentes de familia. Es decir, antes de que exista cualquier otro tipo de familia, antes tuvo que existir la nuclear. Sin esta, es imposible que puedan existir las demás.

Asimismo, este tipo de familia es una de las más antiguas que existen y que han estado presentes desde que la humanidad se volvió sedentaria. Es más, puede que tú tengas una familia nuclear en pleno siglo XXI.

Sin embargo, con la integración de las nuevas familias, la nuclear ha perdido mucha fuerza ya que las personas encuentran muchas limitaciones (por ejemplo, una pareja gay no se puede considerar como familia nuclear).

¿Cuáles son las características de las familias nucleares?

No importa cuántas diferencias tengan una familia nuclear de otra ya que siempre se encontrarán los siguientes elementos en común: *Monogamia, familia pequeña, todos viven bajo un mismo techo, cooperación de los padres, es temporal y es la más reconocida por la sociedad.*

Monogamia

Los padres dentro de una familia nuclear tienen una relación monogámica. Es decir, están unidos, ya sea por un matrimonio religioso, por uno legal o por el simple hecho de vivir juntos. Siempre permanecen juntos y no entablan relaciones sexuales con otras personas. El uno está para el otro y ambos procuran darle lo mejor a los hijos.

La infidelidad es algo que no está permitido y ninguno de los dos padres debe de tener una segunda pareja. Si alguno rompe esta monogamia, entonces se crearán muchos problemas que afectarán a todos los integrantes, llegando hasta un posible divorcio.

Familia pequeña

La familia es pequeña, pero esto no significa que deben de ser pocos integrantes ya que se pueden tener más de 10 hijos y aún será considerado como familia chica. Si no se debe a que solo los padres y los hijos deben vivir juntos. Ningún otro familiar puede vivir con ellos ya que, si no se convierte en otra familia.

Todos viven bajo un mismo techo

Los padres y los hijos deben de vivir juntos en la misma casa. No importa que tan grande sean los hijos, si ellos siguen viviendo con sus padres entonces sigue siendo familia nuclear.

En el momento que los hijos deciden hacer su vida y se van de la casa de sus padres, nacen nuevas familias. Sin embargo, esto no quiere decir que estas nuevas tengan que ser nucleares precisamente.

Cooperación de los padres

Los papás tienen la obligación de mantener la casa y los hijos. Es por eso que ambos tienen que poner de su parte para que puedan tener una mejor calidad de vida. A pesar de esto, no significa que ambos deben de trabajar para aportar dinero.

Si el padre o la madre están trabajando, entonces el otro se puede encargar de cuidar a los niños, de mantener la casa limpia, etc.

Incluso, si los hijos ya son suficientemente grandes para poder trabajar, ellos también pueden ayudar a sus papás con lo que puedan. Pero la responsabilidad siempre va a caer sobre los hombros de la mamá y del papá. Es temporal

Otro aspecto importante de las familias nucleares es que no duran por mucho tiempo. Los hijos crecen y quieren hacer sus vidas. En un momento dado, los hijos se van y los padres quedan solos. Y aunque hay casos en donde los hijos siguen viviendo con su nueva familia y con sus padres a la vez, está ya no puede considerarse como nuclear. Es la más reconocida por la sociedad

Esta familia es una de las más antiguas del mundo. Es por esto que también es la más reconocida por las sociedades. No importa cuántas nuevas y diversas familias nazcan cada día, mucha gente aún cree que la única familia válida es esta.

Sin embargo, tampoco es que esas personas tengan una forma de pensar muy arcaica, sino que no están acostumbradas a ver que la gente ya hace su vida de diferentes formas.

¿Cuándo surge la familia nuclear?

La familia nuclear (o también llamada elemental) surge en el momento cuando una pareja (que ya viven juntos y los une algún vínculo legal o emocional) tiene un hijo. Desde el momento que el bebé nace, esa pareja ya se convierte en un núcleo familiar.

En otros casos (más actuales) si la pareja aun no vive junta, pero ya tienen un hijo, esa no es familia nuclear, sino es otro tipo de familia. Hasta que los dos decidan irse bajo un mismo techo es cuando se podrá considerar así.

¿Cuándo es familia nuclear y cuando no lo es?

Es familia nuclear cuando solo está integrado por los hijos, los padres. Solo ellos deben de vivir juntos. Si el abuelo, la tía, la prima, el cuñado o cualquier otro familiar se integran a ellos, entonces ya no es nuclear.

¿Qué es la familia extensa?

La familia extendida o extensa es aquella que está conformada por las personas que no tienen que ser necesariamente los padres y los hijos. Aquí pueden estar incluidos los tíos, los primos, abuelos, nietos, etc.

Incluso las personas que no son familiares de sangre, pero que viven dentro de la misma casa son integrantes activos de la familia extensa. En estos casos se incluyen a los hermanastros, cuñados, yernos, nueras, suegros, hijastros, padrastros, etc.

La ventaja de pertenecer a una familia ampliada es que los familiares pueden comenzar a involucrarse en situaciones de su propia vida sin tener que dejar a sus parientes.

Por ejemplo, una persona se puede casar y aun así vivir con toda su familia. La pareja de esta persona se incorporará y será un nuevo integrante de la familia.

¿Cuáles son las características de la familia extensa?

Una familia extensa tiene siguientes características: *Abarca más de dos generaciones, no deben vivir en un mismo techo, pero si en un mismo domicilio, todos cooperan y existen reglas que todos deben de seguir.*

Abarca más de dos generaciones

En toda familia extendida habrá más de dos generaciones de personas. Es decir, no solo encontrarás a los padres (una generación) y a los hijos (segunda generación).

La tercera generación puede ser los abuelos, los nietos, etc. Incluso en familias muy extensas hay más de 3 generaciones conviviendo (los bisabuelos).

No siempre viven en un mismo techo

Muchos de ustedes al leer este artículo van a creer que todos los integrantes de la familia extensa deben de convivir bajo un mismo techo, sin embargo, esto no es del todo cierto.

La familia no siempre vive en una casa, a veces viven en un edificio o en una casa, pero con muchos departamentos. En este caso cada uno tiene su propio espacio, sin embargo, todos viven juntos.

Todos cooperan

En la familia extensa cada uno tiene su labor que hacer. Algunos son los encargados de trabajar y aportar dinero, otros de hacer los mandados de la casa, los demás de mantener limpia la casa. Si no existe esta cooperación o unos integrantes no quieren poner de su parte, los problemas se harán muy visibles a tal extremo que algunos incluso se irán de ahí para vivir en otra parte.

Reglas establecidas

Ya que hay muchos adultos dentro de la familia y no todos pueden mandar, siempre tienen normas que no están escritas y que los integrantes deben de seguir al pie de la letra.

A veces estas reglas las imponen las personas que tienen mayores responsabilidades (como los que trabajan) o incluso la gente mayor (los abuelos). Estas normas tienen que ser respetadas por todos y en todo momento.

¿Cuándo surge la familia extensa?

La familia extensa surge cuando dentro de una familia nuclear se van integrando otras personas. Por ejemplo, cuando el hijo lleva a vivir a su esposa y a su bebé con de igual forma, si el abuelo llega a vivir con los padres de familia, también comienza esta nueva familia. Inclusive si dos familias cercanas (los primos) deciden rentar un mismo departamento para ahorrar gastos también se considera así.

¿Cuál es el mínimo de personas que se necesitan para considerarse familia extensa?

Si dentro de una familia solo se encontraban los papás (o solo uno de ellos) y un hijo, pero luego a vivir con ellos la abuela, entonces ya es familia extendida. Como ves, con tan solo 3 personas, ya se puede tratar de este tipo de familia.

Asimismo, no hay un límite máximo de integrantes. Si hay más de 50 personas que viven en el mismo lugar (entre primos, tíos, sobrinos, nietos etc.) entonces aún será considerada como tal.

Familias Compuestas: Los tuyos, los míos y los nuestros

Las familias compuestas son aquellas donde ocurre una “combinación” de dos familias biparentales o nucleares, normalmente debido a la separación de cada una de ellas. Una forma de comprender la definición con mayor facilidad es a través de dos ejemplos:

Un padre se divorcia de la madre y éste tiene la custodia de los hijos; mientras que, por otro lado, una madre se divorcia del padre y ella posee la custodia. Ambos se unen y los hijos de cada uno pasarían a ser hermanastros.

También puede suceder que una madre con hijos se una con un hombre sin hijos (pasaría a ser el padrastro de estos). Al igual que pueda darse el mismo caso, pero que entre ambos tengan un hijo biológico

“NUEVAS CONFORMACIONES FAMILIARES”

La familia es el lugar donde nos desarrollamos, es el agente socializador que más influye en nosotros. A diferencia de otros animales, los humanos necesitamos durante más tiempo de los adultos para poder crecer. Su objetivo primordial es aportar una base sólida para poder vivir.

En las últimas décadas, han surgido muchos cambios importantes en la sociedad, y la familia no es una excepción.

Estos cambios han provocado que las estructuras hayan cambiado creando diferentes tipos de familias:

UNIPARENTAL/ MONOPARENTAL

La familia uniparental: Es aquella familia formada por al menos un hijo menor de edad y que solo cuenta con un progenitor (padre o madre).

También se conoce como familia monoparental. Existen distintos tipos de familias uniparentales, de hecho, han aumentado en los últimos años a nivel mundial debido al aumento de divorcios o de parejas que no quieren casarse.

Las familias uniparentales más frecuentes son las formadas por la madre y sus hijos, ya sean biológicos o adoptados, aunque están aumentando de forma considerable aquellas familias formadas por un sólo padre.

Los niños que viven en hogares compuestos por familias uniparentales tienen que convivir con que socialmente todavía no se encuentra bien visto y están expuestos a estereotipos que consideran a estos niños como más infelices o con más problemas.

En la gran mayoría de los países, las familias uniparentales tienen más riesgo de sufrir pobreza y más dificultades sociales que las familias biparentales (familias compuestas por padre y madre). El simple hecho de tener que hacer frente al cuidado de los hijos es una dificultad añadida, como también lo es tener solamente una fuente de ingresos.

Como en la mayoría de las familias uniparentales el progenitor es la mujer, tiene mayor probabilidad de tener un trabajo con un salario más bajo e incluso desarrollarlo a tiempo parcial debido a la incompatibilidad de los horarios laborales.

Tipos de familia uniparental

En las familias uniparentales, el otro progenitor tiene poca o ninguna participación en la vida del niño o, por el contrario, puede estar muy involucrado.

Esto depende en gran medida de las circunstancias que han llevado a cada familia a convertirse en una familia uniparental. Existen varios tipos de familias uniparentales:

Madres o padres divorciados

Se trata con mayor frecuencia de madres que tras un divorcio se quedan solas en el cuidado de los hijos, aunque cada vez más, gracias a la custodia compartida, la responsabilidad recae tanto en el padre como en la madre.

Esto da lugar a un proceso de reorganización familiar en el modo de vida, el mundo laboral y los roles de los hijos.

Madres o padres viudos

Hasta el siglo XX, fue el único tipo de familia uniparental aceptada tanto legalmente como socialmente. Se trata de una familia donde uno de los dos progenitores muere.

Este tipo de familia además tiene que asumir una serie de problemas emocionales, tanto del progenitor como de los hijos.

Madres o padres solteros

En este punto también se encuentran aquellos padres que, aunque conviven juntos en el hogar, no se han casado legalmente y constan como padres o madres solteras.

El cambio cultural sobre el matrimonio ha hecho que cada vez nos encontremos con más personas que deciden no casarse o tener hijos sin una pareja estable.

El término monoparental

A partir de la década del 70 con la revolución sexual y los cambios en la familia comenzó a cuestionarse la idea de varón como «jefe de familia». De ahí en más el varón tuvo que empezar a compartir con la madre el poder (y los derechos hasta ahora exclusivamente paternos por la patria potestad) sobre el hijo. Entonces apareció la noción de «parentalidad» en oposición a la anterior de «paternidad». La familia pasa de ser «coparental» porque ambos, padre y madre comparten derechos y obligaciones. Por lo tanto, el término «parental» se refiere tanto a padre como a madre.

En ocasiones se utiliza la expresión falsamente etimológica «monoparental» en lugar de monoparental, para enfatizar el hecho de que la inmensa mayoría de las familias monoparentales están encabezadas por mujeres. Sin embargo, «monoparental» no deriva de «padre» sino de «pariente», en el sentido de «progenitor». De otro modo, la expresión sería «monopaternal».

FAMILIA ENSAMBLADA

Se conoce como familia ensamblada, familia mixta o familia reconstruida a un núcleo familiar en el cual uno o ambos progenitores tienen descendientes fruto de una unión anterior. Es decir, se trata de una familia formada por uno o dos padres divorciados, viudos o padres o madres solteras.

Las familias ensambladas se originan a partir del segundo matrimonio o unión de hecho, cuando uno o ambos integrantes de la pareja tienen hijos de una unión anterior. Son grupos familiares "donde conviven o circulan niños y adolescentes de distintos matrimonios o convivencias que conforman una red de sustento emocional y material, pero al mismo tiempo no exenta de antagonismos y conflictos. La falta de información adecuada hace que muchas parejas ensambladas, se creen falsas expectativas acerca de cómo será la vida en su nueva familia y adoptan conductas que se corresponden más a una familia integrada por padres e hijos, que a una familia donde hay un padrastro o una madrastra o ambos, un padre biológico en otro hogar o en la memoria, niños que circulan entre dos hogares, hermanastros, medios hermanos y, de hecho, toda una constelación familiar diferente.

Las relaciones, en las familias ensambladas, no se dan espontáneamente como ocurre en las familias tradicionales, sino que requieren un esfuerzo de voluntad.

El término «familia ensamblada»

Fue creado en Argentina tras la entrada en vigor de la ley de divorcio (1987) ya que este grupo humano demográficamente es cada vez más significativo, constituía sin embargo un caso concreto de cambio social no reconocido en lo institucional en muchos países. Por lo general, los sistemas legales mundiales no han logrado ampliar su concepto de familia para incluir así a las familias ensambladas, pese a que las investigaciones poblacionales que señalan la continuidad del incremento este tipo de familias. Sin embargo, los derechos y obligaciones legales con respecto a la familia del primer matrimonio, aunque

haya sido breve, no se extienden por lo general a la familia del segundo matrimonio, aunque perdure por más tiempo y sea estable.

FAMILIA HOMOPARENTAL

Se considera familia homoparental a aquella donde una pareja de hombres o de mujeres se convierten en progenitores de uno o más niños. Las parejas homoparentales pueden ser padres o madres a través de la adopción, de la maternidad subrogada o de la inseminación artificial en el caso de las mujeres. También se consideran familias homoparentales aquellas en las que uno de los dos miembros tiene hijos de forma natural de una relación anterior.

Existen hoy nuevas formas de parentalidad que difieren del modelo tradicional de la familia heteroparental, es decir, con padres de distinto sexo. En la actualidad, y esto sucede hace ya varios años, existe la conformación de la familia homoparental con padres del mismo sexo.

Éste es un nuevo modelo que ha sido aceptado no sólo desde la unión legal entre dos personas en matrimonio, sino que, además, las parejas homosexuales tienen hoy la posibilidad de adoptar. No sólo los homosexuales sino también las diferentes construcciones familiares que existen entre lesbianas, gay, transexuales y bisexuales, gozan de la posibilidad de una unión legal y del derecho a la adopción. Sin olvidar el modo familiar con un solo padre o madre, es decir monoparental, mediante adopción u otros métodos, que se suma a estas nuevas versiones de entramados familiares.

Esta realidad del siglo XXI existe como tal y nos muestra nuevos modelos de familia que recorren la cultura occidental. No sólo nos encontramos frente a la realidad de estos nuevos tipos de uniones matrimoniales, junto con la posibilidad de la adopción y la maternidad/paternidad, sino que nos enfrentamos, además, a un nuevo modo de reproducción que, gracias al avance de la tecnología, permite acceder a la paternidad a aquellas personas que de un modo natural no lo hubieran conseguido, entran aquí también el grupo de parejas heterosexuales que no logra alcanzar la reproducción naturalmente.

De este modo vemos una mutación de la civilización en la cual la familia ya no es igual a lo que era años atrás. Este cambio merece una consideración desde lo cultural, lo social, desde el ámbito político y desde lo académico. Es un nuevo tipo de sociedad que deberá ser tenida en cuenta también desde las teorías que trabajan cuestiones individuales, sociales, familiares y culturales, es decir, teorías que atañen al ser humano en su conjunto.

La familia y la cultura: una conexión innovadora para el cuidado de la salud*

Family and culture: An innovative connection for health care. Luz Dary Mejía¹, Lucero López¹

¹Grupo de Investigación en Cuidado Cultural de la Salud, Facultad de Enfermería, Universidad Nacional de Colombia. Bogotá DC, Colombia.

Palabras clave: Familia, Cultura, Cuidado, Investigación.

Introducción

La diversidad de formas, comportamientos, acciones y valores muestra que no se puede hablar de un concepto unívoco de familia, puesto que a lo largo de la historia se ha perfilado que lo permanente no es la forma, sino una cierta función específica que la familia debe cumplir en cada etapa,¹ ocasionando dificultades en el abordaje de la familia que requieren de una perspectiva cultural para comprenderla dentro de su contexto y cultura. Las funciones básicas de la familia como la satisfacción de necesidades biológicas, psicológicas, de socialización, mediadora y funciones económicas,² y la transmisión de valores, creencias y conocimientos comunes influidos por su cultura,³ se ordenan y transmiten para garantizar el desarrollo de sus miembros y estabilidad de la familia, sin embargo, la estructura familiar influye en la forma de satisfacer las necesidades de sus integrantes y en la jerarquización de las mismas,

determinando la forma como se asignan roles entre sus miembros bajo el marco de la división sexual del trabajo⁴ y según los cambios culturales de la sociedad.

La cultura es un "lente" heredado para que el individuo perciba y entienda su mundo y para que aprenda a vivir en él,⁵ y al entenderse como la suma de creencias, prácticas, hábitos, aversiones, costumbres, rituales, que se aprenden en la familia a través de la socialización,⁶ invita a los profesionales de la salud a tener en cuenta a la persona, a la familia y el contexto en el que ocurren los problemas de salud, donde la familia con sus experiencias de vida construye su práctica de cuidado, identificando el tipo de problema y tomando decisiones sobre el encaminamiento al puesto de salud o al hospital, o la utilización de tratamientos caseros.³

La familia y la cultura como guía en el cuidado de la salud

Los artículos muestran la construcción cultural frente al rol de la mujer en la crianza y cuidado como consecuencia del proceso de socialización familiar.^{3, 4, 8-12} Dado que en toda cultura existe una institución social como la familia encargada de regular las relaciones entre el hombre, la mujer y la crianza y educación de los hijos,¹¹ Siles (1998, citado por Siles y Solano⁴), afirma que este rol viene desde la prehistoria y se erige a la mujer como la especialista en cuidados domésticos. En ese sentido, se encuentra que las mujeres tienen parámetros para definir como saludables a sus familiares cuando tienen ánimo para realizar sus tareas y disposición para el trabajo,¹⁰ y son ellas quienes realizan cuidados populares para mantener la salud de los integrantes de la familia.^{3, 9, 10}

En la realización de los cuidados populares predomina la ayuda intergeneracional entre las mujeres durante el embarazo, parto, puerperio y cuidado de los niños, la cual, se fortalece a través de la experiencia. En Brasil, un estudio cualitativo realizado con diez madres de recién nacidos de riesgo, reportó que después de salir del hospital, las madres y las abuelas realizan cuidados populares con el bebé como las bendiciones, tés de hierbas y el uso de la faja alrededor del ombligo.¹³ En España, otro estudio cualitativo realizado con ocho mujeres puérperas, reportó que después de la salida del hospital, el cuidado familiar se ofrece en la casa de la puérpera o en la casa de la madre a donde se traslada temporalmente. Allí participan la madre o tía materna atendiendo a la mujer y el hijo.

El interés especial en la mujer durante el embarazo, parto, puerperio y cuidados de los niños, ha sido fortalecido específicamente por los profesionales de enfermería que se apoyan en la perspectiva cultural para facilitar el acercamiento a otras culturas.^{3, 9, 10, 12-16} Esto ha permitido comprender que la transición entre cada etapa requiere de un cuidado exclusivo según la cultura, y en forma particular, el parto ha llevado a recuperar y fomentar el papel activo de la mujer,¹⁵ y a comprender que ese momento representa la vida y que requiere de un espacio adecuado según la cosmovisión de la madre, la familia y la comunidad.

En síntesis, los anteriores estudios muestran que el mantenimiento de la salud en la familia, es guiado principalmente por la mujer, y que los profesionales de la salud muestran preocupación por reconocer y entender el saber popular en salud de las familias con el fin de favorecer la comunicación y el intercambio de experiencias y conocimientos entre los equipos de salud, las familias y los agentes comunitarios de salud, y en consecuencia, fortalecer un modelo de atención que incluya nuevas formas de cuidar o tratar en medio de las transformaciones sociales y culturales.¹⁷

Familia y cultura como factor de riesgo para sus miembros

Algunos estudios han centrado el interés en la identificación de factores de riesgo, especialmente social, teniendo en cuenta las influencias del entorno y la cultura para prevenir problemas de salud o dificultades entre los miembros de la familia.^{1, 2, 16, 18, 19} Entre los factores de riesgo que pueden potencializar el consumo de alcohol y tabaco en la familia están: el económico, la baja escolaridad, padre

bebedor y tipo de trabajo.¹⁸ Igualmente se ha encontrado que en sectores marginales se comparte una evaluación positiva del alcohol como medio de diversión que permite la socialización en familia con amigos y una forma de liberarse de las tensiones pese a conocer los efectos perjudiciales.¹⁹

De otro lado, un estudio cualitativo realizado en México con 15 familias del área rural, identifica opiniones de que las mujeres tienen la obligación de someterse al hombre, a sus padres y suegros, y se muestra cómo la intervención de la familia extensa (suegros) en los procesos de socialización ha afectado a la familia en la medida que la madre no toma decisiones respecto de la educación y salud de los hijos, aspecto que puede aumentar el riesgo de adoptar patrones de disfunción familiar.¹⁶

Otro tipo de riesgo fue analizado en un estudio cuantitativo con 59 familias chilenas de trabajadores jefes de hogar en sistemas de turno rotativo, su pareja y un hijo adolescente, que a pesar de presentar un funcionamiento familiar bueno y tener características de familias saludables, estas familias disponen de pocos momentos compartidos, y en la mayoría, solo el padre y el adolescente reconocen estar satisfechos laboral o académicamente a excepción de la madre, que se puede explicar por el hecho de desempeñarse como dueña de casa y estar limitada en su desarrollo social y de expectativas, circunstancias que pueden afectar la vida familiar.²

Entre las situaciones de riesgo generadas por malos tratos de los padres hacia sus hijos están la pobreza y el abuso sexual intrafamiliar. Se argumenta que en los países en desarrollo, una familia puede ser pobre pero no negligente puesto que puede utilizar bien la ayuda económica y tener la intención de proveer lo necesario a sus hijos aunque algunas familias pueden recibir la ayuda y no mejorar la situación de los niños; por otra parte, se plantea la necesidad de no olvidar las funciones básicas de la familia para que argumentos como "en esta cultura los padres inician a las hijas", no sean aceptados y evitar el abuso sexual intrafamiliar.¹

Los anteriores estudios muestran que la familia juega un papel importante entre la salud y la enfermedad, así como protege y lucha por recuperar la salud de sus miembros según su cosmovisión, también lleva consigo ciertos factores o situaciones de riesgo determinados por la cultura y el entorno que en cualquier momento desencadenan o anuncian problemas de salud en sus integrantes.

La familia y la cultura frente a los problemas de salud

Frente al rol de los miembros de la familia cuando un familiar está enfermo, los documentos muestran que hay experiencias y diferentes dinámicas en el proceso de adaptación familiar. Se nota cómo la cultura influye en la determinación del nuevo rol de los familiares que asumirán o compartirán el cuidado y la trayectoria a ser recorrida según el estado clínico del familiar.^{3,8-10,20-23} Las experiencias vividas por las familias durante la enfermedad del familiar pueden ser similares o diferentes según las percepciones, pensamientos, emociones y estrategias de afrontamiento permeadas por la cultura y el entorno.^{8,21-23}

Particularmente, un estudio reportado en una revisión sistemática sobre el tema del niño con cáncer y su familia, identifica que la experiencia del proceso de la enfermedad vivida por padres chinos de niños con leucemia linfocítica aguda, es similar a la experiencia de padres de otros países, y las autoras de la revisión infieren que la diferencia está en los recursos culturales utilizados para el afrontamiento como la religión y las creencias populares.²¹

Cuando se presentan problemas de salud, la familia los resuelve o se adapta según el curso de la enfermedad mediante el cuidado popular compartido entre las mujeres, los familiares, la comunidad y las instituciones de salud, lo que indica que la enfermedad une y de acuerdo a la cultura se determina la trayectoria de cuidado. Dos estudios cualitativos realizados en Brasil con madres y familiares de niños que presentan problemas de salud,^{3,10} describen que los cuidados se basan en la presencia o ausencia de fiebre que determina la conducta para acudir o evitar la consulta médica. Entre los cuidados populares están las medidas caseras como las infusiones, tés o jarabes hechos con hierbas, remedios caseros antidiarreicos, bendiciones y oraciones,^{3,10} y la conducta familiar en los casos de neumonía, dolor de oído y fiebre, de acuerdo con la prescripción médica, es la utilización de medicamentos.³

También, en la cultura mapuche, la madre define el itinerario terapéutico que seguirá la familia cuando uno de sus miembros enferma, generalmente comienza con la aplicación de remedios caseros, continúa con la búsqueda de asesoramiento por otras mujeres mayores de la comunidad, luego, consultan agentes tradicionales, agentes sanitarios populares o agentes médicos occidentales.⁹ De igual forma, un estudio cualitativo realizado con veinticinco inmigrantes marroquíes asentados en dos municipios de España, identifica que cuando hay una persona enferma, la primera premisa es la paciencia fortalecida por la religión, los rezos colectivos y el uso de algunas plantas medicinales, luego, van a consulta médica si tienen trabajo y papeles en regla y en el caso contrario van a instituciones donde atienden sin pedir papeles como la Cruz Roja.²⁰

Nos llamó la atención frente a algunos documentos donde se examinó la participación de la familia del paciente en el ambiente hospitalario, y se pudo explorar que cultural e institucionalmente se inicia un cambio de la práctica centrada en el paciente y su enfermedad hacia la integración del paciente y su familia en el proceso salud-enfermedad.^{4,24,25} Un estudio cuantitativo realizado en Unidades de Cuidados Intensivos de la Comunidad Autónoma de Canarias con profesionales sanitarios durante el año 2001, detectó que el modelo de atención a la familia no le reconoce su papel como agente de cuidados o sus posibilidades son muy limitadas por la organización de las visitas.²⁴ Por consiguiente, un estudio cualitativo realizado en España con personal de enfermería, pacientes y familiares de diversos procesos asistenciales (publicado en el año 2008), encontró que cuando la familia participa en los cuidados tras un entrenamiento dado por los profesionales sanitarios, el conjunto paciente-familia alcanza un nivel de independencia mayor que el nivel que tenía el paciente de manera individual, indicando que la gravedad del enfermo disminuye.²⁵

En consecuencia, la integración de la familia en el cuidado durante la estancia hospitalaria o institucionalización del familiar, se puede debilitar cuando la presencia o ausencia de la familia no contribuye a dicho propósito como consecuencia de las dificultades en el reajuste de responsabilidades y adquisición de nuevos roles de los familiares o por el impacto de la enfermedad en el resto de la familia.^{4,26} Una experiencia de campo descrita a través del caso clínico de un paciente alcohólico separado de la esposa, perteneciente a una familia disgregada e internado en una institución de salud mental, resalta que el trabajo en conjunto con los familiares del paciente trajo beneficios por las visitas y dificultades por el abandono, siendo importante fortalecer los vínculos familiares perdidos durante la crisis familiar y que la familia se reconozca como herramienta indispensable para la recuperación.²⁶

Otro tipo de documentos, fundamentan la necesidad de establecer mecanismos de apoyo de acuerdo con la cultura para aliviar la carga de cuidado²⁷ o para minimizar la soledad de los enfermos o de sus familiares.¹⁰ Entre los mecanismos de apoyo, se encuentran los servicios de respiro que buscan dar respuesta a la necesidad de descanso de los cuidadores, pero que son poco utilizados por la falta de contextualización del uso y por no tener en cuenta las preferencias de la oferta, las actitudes de los cuidadores familiares hacia los servicios comunitarios de apoyo, y las características psicosociales del contexto familiar.²⁷ También, una investigación cualitativa realizada en el Perú con seis mujeres de familias que convivían con la depresión de uno de sus familiares, reveló una red social actuante conformada por mujeres de diversas religiones, que utilizan parte de su tiempo para visitar o cuidar y van de casa en casa predicando sus "verdades", y al mismo tiempo ofreciendo palabras de consuelo.¹⁰

Con lo anterior, la literatura científica indica que hay un mayor interés por comprender el cuidado de la familia de diversas culturas durante el proceso salud-enfermedad, rescatando que la familia en conjunto busca recuperar la salud o potencializar la parte saludable del enfermo con la utilización de los cuidados populares construidos a través de la débil articulación entre saberes profesionales y populares, que a través de las experiencias familiares se transmiten de generación en generación.

Conclusiones

La revisión de literatura sobre la relación familia y cultura muestra un mayor número de estudios en países iberoamericanos, donde hay predominio de diversas culturas por los procesos migratorios y la

diversidad étnica que encierra cada país, lo que invita a comprender el proceso salud-enfermedad dentro del espacio geográfico y cultural de las familias.

La literatura muestra que el estudio de la relación de familia y cultura es limitado y se hace de forma implícita a través de la descripción de algunos cuidados populares realizados por las familias o a través de la identificación de factores de riesgo que se pueden potencializar en el ambiente familiar y causar problemas de salud. En ese sentido, las investigaciones cualitativas han empezado a descubrir las maneras de cuidado popular más coherentes con la cultura con el propósito de promover el cuidado de la salud de la familia, donde se favorezca la conexión entre el saber profesional y el saber popular.

En los documentos analizados es evidente que para estudiar la familia, es necesario abordar los fenómenos que se dan en la estructura familiar y analizar las funciones de la familia dentro del contexto y cultura para comprender los cuidados realizados por la familia, las situaciones de riesgo o los problemas de salud. Esto implica que la relación familia y cultura encierra una variedad de cuidados populares para mantener o recuperar la salud, y a la vez, contiene factores de riesgo para sus miembros, y es a través de ese reconocimiento que los profesionales de la salud pueden lograr el acercamiento a las familias de diversas culturas.

Las Configuraciones Familiares

Msc. Gerardo Casas Fernández

"El uso de la plural terapia familiares en lugar del término singular, representan la realidad de la práctica clínica cotidiana. No hay dos familias a las que se pueda aplicar el mismo programa terapéutico".

M. Kaffman

INTRODUCCIÓN

Cada familia es única e irrepetible y de ahí la imposibilidad de crear tipos de familias para acomodarlas a determinados patrones. Así, en el presente artículo se hablará de configuraciones familiares y se ha de entenderlas como hipótesis de trabajo o guías para investigar y tratar la vida familiar, pues: "la tarea es llegar a obtener información que los miembros de la familia no consideran pertinente y más difícil todavía obtener la información que aquellos no disponen". (S. Minuchin, 1997)

Por lo tanto, se pretende propiciar un conocimiento que permita ampliar la visión acerca de lo que consideramos como la familia; hecho de vital importancia para el trabajador social ligado, desde sus orígenes, con la cotidianidad familiar fuente de crecimiento y empoderamiento, pero también de dificultades tan diversas y complejas como el abuso sexual y la violencia intrafamiliar.

Así, se necesita desarrollar la empatía para comprender la diversidad familiar y partir de una realidad que permita construir juntamente con la familia relaciones más sanas, duraderas y autónomas.

CLASIFICACIÓN

FAMILIAS DE PAS DE DEUX

En la familia compuesta de dos personas, se puede conjeturar que con probabilidad las personas están muy apegadas. En el caso de la madre e hijo es posible que éste pase mucho tiempo en compañía de adultos. El niño puede mostrar adelanto en su capacidad verbal, parecerá más maduro e interesado en algunos temas relevantes para sus coetáneos.

La madre tiene la posibilidad de dar al hijo más atención de la que podría si tuviera marido u otros hijos. En consecuencia, parecerá muy sagaz para interpretar los gestos de un hijo, satisfacer sus necesidades y responder sus preguntas. En síntesis, puede generarse un estímulo de vinculación interna que alimente al mismo tiempo la mutua dependencia y el resentimiento recíproco.

Otra familia de pas de deux es la pareja cuyos hijos ya han dejado el hogar. Padecen el síndrome del nido vacío. También, un ejemplo más constituye un progenitor y un único hijo adulto.

En general, la estructura de dos personas es proclive a una formación del liquen, en que los individuos contraen una recíproca dependencia casi simbiótica. El entrevistador puede investigar las fuentes extra – familiares de apoyo o de interés a fin de cuestionar la concepción "somos una isla".

Si las observaciones indican que la unión excesiva limita las potencialidades de los miembros, pueden plantearse intervenciones para deslindar la frontera entre los componentes de la diada y al tiempo cancelar las que mantienen a cada uno de estos individuos desvinculados de otras personas.

FAMILIAS DE TRES GENERACIONES

Tiende a ser la más característica de clase media baja y los grupos socioeconómicos marginales. Por eso, existe una inclinación a considerar en esta configuración familiar sus deficiencias, en lugar de buscar las fuentes de fortaleza.

En una familia compuesta por la madre, la abuela y un hijo (a), la primera pregunta suele ser: ¿Quién se encarga de criar al niño (a)? Es probable que la abuela viva con su hija y nieto. Pero puede ser también la cabeza de la casa y madre e hijo a su cuidado.

Hay aquí una estructura deslindada con claridad en que ambos adultos viven como iguales y uno actúa como el progenitor primario del hijo. ¿Cooperan los adultos en una organización que contempla funciones y pericias diferenciadas, o los dos adultos están empeñados en una lucha por la supremacía? Si esto último es el caso, ¿Está el niño coaligado con una de las mujeres en contra de la otra?

Son muchas las formas de familias de tres generaciones, desde una combinación de progenitor soltero, abuelos y niño hasta la compleja red de vastos sistemas de parentesco que no necesitan ser alojados en un mismo domicilio para ejercer notable influencia. Puede ser indispensable descubrir cuál es realmente "la familia", cuántos miembros tiene y qué nivel de contacto sostienen éstas con la red extensa. En ningún caso, se debe subestimar el influjo de familia extensa sobre las funciones de la familia nuclear.

FAMILIAS CON SOPORTE

Cuando las familias aumentan de tamaño, es preciso delegar autoridad. Cuando son muchos los niños en un hogar por lo común uno de ellos, a veces varios de los mayores reciben responsabilidades parentales. Estos toman sobre sí funciones de crianza de los demás niños, como representantes de los padres.

Este ordenamiento, funciona sin tropiezos mientras las responsabilidades del niño parental están definidas con claridad por los padres y no sobrepasan su capacidad de acuerdo a su nivel de madurez. Existe el peligro potencial de que estos menores contraigan síntomas cuando se descargan sobre sus hombros responsabilidades superiores a sus fuerzas o no les confieren la autoridad que les permitiera ponerlas en práctica.

Los niños parentales por definición quedan entre dos fuerzas. Se sienten excluidos del contexto de los hermanos, pero no aceptados de manera genuina en el Holón¹ parental. Además, el hijo parental puede bloquear el ejercicio de los cuidados que los demás niños pequeños necesitan de sus padres.

FAMILIAS ACORDEÓN

Se caracterizan porque uno de los progenitores permanece alejado por lapsos prolongados. Las funciones parentales se concentran en una sola persona durante una parte de cada ciclo y el cónyuge que permanece en el hogar asume funciones adicionales a expensas de la colaboración entre los miembros de la pareja.

Los niños pueden actuar en el sentido de promover la separación de los padres e inclusive de cristalizarlos en los papeles de "padre bueno, madre mala abandonada". Es posible que los problemas en esta familia surjan cuando un progenitor viajero cambia de trabajo y se convierte en figura "nueva" algo difícil de aceptar porque las "partes de la familia han permanecido juntas durante largo tiempo", sólo la configuración familiar es nueva.

LAS FAMILIAS CAMBIANTES

Algunas familias cambian de domicilio constantemente. También el cambio puede estar referido a la composición misma de la familia, tal es el caso del progenitor que cambia de pareja una y otra vez.

En lo referente a las variaciones de domicilio, hay pérdida de sistemas de apoyo, tanto familiares como de la comunidad. La familia queda aislada. Los niños han perdido su red de compañeros, deben de ingresar en un contexto escolar nuevo y pueden desarrollar disfuncionalidad.

Resulta esencial, no dar por supuesto que la crisis es producto de una patología existente en la familia, pues, esta forma parte de un contexto más vasto cuando este último se altera también la familia manifestará distorsiones por tratarse de un sistema abierto.

FAMILIAS HUÉSPEDES

Un niño huésped es por definición miembro de una familia. Como ejemplo se tiene, la ubicación temporal de un menor por un tiempo determinado. Un problema potencial en esta configuración es que en ocasiones la familia se organiza como si no fuera huésped. El niño es incorporado al sistema familiar.

Lo interesante, si desarrolla síntomas, es que puede ser el resultado de tensiones dentro del organismo familiar. No obstante, el entrevistado y la familia pueden suponer que los síntomas del menor son producto de su experiencia previa al ingreso en la familia, o bien una patología internalizada.

Por consiguiente, resulta necesario evaluar el nexo del síntoma con la organización familiar. Aquel puede deberse a una crisis transitoria del niño al ingresar a un sistema nuevo o bien, si ya está plenamente integrado, a la organización familiar y las tensiones manifestadas por otros miembros.

FAMILIAS CON PADRASTRO O MADRASTRA

Cuando un padre adoptivo se agrega a la unidad familiar, pasa por un proceso de integración más o menos prolongado. El nuevo padre puede no entregarse a la nueva familia con un compromiso pleno o la unidad originaria mantenerlo en una posición periférica.

En esta configuración, las crisis son comparables a los problemas que surgen en un organismo familiar reciente; se deben considerar normales. No obstante, la cultura occidental impone la formación instantánea de la familia, tras el ritual legal o paralegal, pero el tiempo no les ha conferido aún su legitimidad funcional.

Virginia Satir hace un análisis de estas familias "mixtas". Y plantea tres formas básicas:

- a. Una mujer con hijos que se casa con un hombre sin hijos.
- b. Una mujer sin hijos que se casa con un hombre con hijos.
- c. Ambos, mujer y hombre, tienen hijos de matrimonios anteriores.

En el primer caso, la familia mixta se compone de la esposa, sus hijos, esposo y del exmarido de la señora.

En el segundo caso la unidad comprende al esposo, con sus hijos, la esposa y la ex – esposa.

En el tercer caso, la familia incluye a la esposa y sus hijos, al esposo y sus hijos, a la ex - esposa y al ex - esposo respectivos.

Aunque estos grupos pueden o no (y seguramente no), vivir bajo el mismo techo, ellos mal que bien forman parte de las otras vidas. Hay que tener lugar para ellos. Son importantes para el crecimiento y éxito de la familia mixta. Mucha gente en esta familia trata de vivir como si estas personas no existieran.

Todos los integrantes tienen autoridad en una u otra forma. Los problemas surgen cuando no se encuentra tiempo para hablar abiertamente unos con otros. Cuando están en desacuerdo, o en algunos casos cuando son enemigos acérrimos.

Al tener lo expuesto V. Satir sentencia:

"Cuando los adultos cercanos al niño saben ser sinceros unos con otros, y asumir la responsabilidad de lo que piensan o sienten, el niño se beneficia de esta honestidad y tiene mayor libertad de elegir porque también a su vez puede ser honesto. Ser sincero con alguien no significa que hay que quererlo. No se puede esperar que los padres que estuvieron casados sigan amándose, pero si pueden ser sinceros y no cargar a los hijos con sus problemas". (Virginia Satir, 1988).

FAMILIA CON UN FANTASMA

La familia que ha sufrido la muerte o deserción puede tropezar con problemas para reasignar las tareas del miembro faltante. Nadie quiere asumir las funciones de la madre o padre fallecido, por deslealtad a su memoria.

Los miembros de estas familias pueden vivir sus problemas como la consecuencia de un duelo incompleto. Pero a partir de este supuesto puede cristalizar a la familiar en lugar de ayudarla. En realidad, se trata de una familia en transición, en la cual, la configuración anterior estorba las nuevas estructuras.

FAMILIAS DESCONTROLADAS

Uno de los miembros presenta síntomas en el área de control. Se ha de suponer la existencia del problema en:

- La organización jerárquica de la familia.
- Deficiencias en las funciones ejecutivas de los padres.
- Proximidad entre miembros de la familia.

El tipo de problemas de control varía según la etapa de desarrollo o ciclo vital de los miembros de la familia. En la edad preescolar es común el niño "monstruo" que no quiere admitir regla alguna.

"Cuando el tirano de veinticinco kilos aterroriza a una familia entera, se debe suponer que tiene un cómplice. Es preciso que esté subido sobre los hombros de uno de los adultos. Con certeza se puede suponer que los cónyuges se descalifican uno al otro. Lo que confiere al tirano triangulado una posición de poder aterrorizante para él y la familia". (S. Minuchin, 1987).

En las familias con adolescentes, posiblemente los problemas de control se ligen con la incapacidad de los progenitores para pasar del estadio de padres solícitos de niños pequeños al de padres respetuosos de adolescentes.

En familias con hijos delincuentes, el control de los progenitores depende de su presencia. Hay mutuo acuerdo que, tras cierto número de demandas parentales el hijo responderá. Las pautas de comunicación tienden a ser caóticas en estas familias. Los participantes no cuentan con ser escuchados y los mensajes sobre la modalidad del vínculo son más importantes que el contenido.

Otra familia, los niños con maltratos. El sistema no puede controlar las respuestas destructivas de los padres hacia los hijos. Responden a los hijos como si sólo fueran una continuación de ellos mismos. Los progenitores, en esta situación, carecen de un contexto donde pudieran desenvolverse completamente. La familia se convierte en el único campo en que el progenitor puede desplegar poder y capacidad y esta regresión excesiva aflora como agresión.

En ciertos casos, la familia que maltrata a sus hijos se organiza en torno de una diada demasiado unida, uno de los progenitores y un hijo. Por lo común, la forma, la madre y el hijo, a quienes el padre ataca de manera indiscriminada como si se tratara de una alianza enemiga.

LAS FAMILIAS PSICOSOMÁTICAS

Cuando la queja, que motiva la demanda, es un problema psicosomático de alguno de los miembros de la familia, la estructura de ésta incluye una excesiva insistencia en los cuidados tiernos. La familia parece funcionar óptimamente cuando alguien está enfermo.

Entre las características de estas familias se descubre sobreprotección, fusión o unión excesiva entre los miembros de la familia; la incapacidad para resolver conflictos, enorme preocupación por mantener la paz, evitar conflictos y una rigidez extrema.

Estas familias parecen internamente normales, la familia típica. Sus miembros son buenos vecinos. No se querellan con nadie. Destacan las relaciones de lealtad y protección. En suma, es la familia ideal. Justamente, su carácter agradable es un problema: el entrevistador puede creer que cooperan con él, sólo para sentirse una y otra vez decepcionado por los problemas que le presentan, así como por la facilidad con que lo absorben en su política de paz a cualquier precio.

FAMILIAS PROBLEMÁTICAS

La siguiente clasificación fue desarrollada por Helm Stierlin, (1981):

FAMILIA EN PROCESO DE DISOLUCIÓN

Un problema especial lo constituyen las familias que se parten porque los padres están separados o a punto de hacerlo. Con frecuencia no llegan a tratamiento por propia iniciativa, sino porque lo aconsejan o lo han dispuesto tribunales o instituciones de bienestar social y no pocas veces se comunican sólo a través de abogados.

Cabe plantearse las siguientes interrogantes:

- ¿Existen ligazones afectivas dignas de mención, cargadas, negativas o ambivalentes entre los cónyuges?
- ¿Hasta qué punto los padres convierten a los hijos en sus aliados, es decir en qué medida delegan a los niños combatir y destruir al cónyuge y los exponen con ello a insolubles conflictos de encargos y lealtades?
- ¿Determinados niños, obstaculizan que los padres tengan nuevas relaciones o funden una nueva familia?

Por regla general, estos padres podrán volver a ser buenos progenitores en la medida que la separación de los cónyuges si fuera inevitable, los lleve a nuevas formas de individualización relacional y una mayor capacidad de comprensión y disposición a reconciliarse. Esta actitud crea luego condiciones para que los padres puedan trabajar juntos en interés de sus hijos, pese y quizá precisamente a causa de su separación.

En este sentido, puede hablarse de una separación constructiva de los cónyuges, posiblemente a través de una "terapia de divorcio". A la inversa, también es cierto que la intervención y cooperación paternas, en beneficio de los niños, no sólo favorecen a éstos, sino también a los propios padres porque entonces aumentan sus posibilidades de ser amados y respetados por sus hijos, incrementan su integridad personal y se liberan de la culpabilidad derivada de una actitud de esa naturaleza.

FAMILIAS CON INTEGRANTES PSICÓTICOS

En todos los casos, una perturbación aguda o crónica de uno o varios miembros de la familia significan un reto especial para el entrevistador. Esto vale sobre todo para perturbaciones esquizofrénicas.

En numerosas, tal vez en todas estas familias, a lo largo de los años se les viene realizando estudios de comunicación que confunden a las personas que participan de la misma desde afuera; las vuelven impotentes y les dan la impresión de estar pisando arena movediza. Puede hablarse de estilos de comunicación o de relación esquizofrénica o esquizofrenógenos.

Los miembros de la familia hablan sin entenderse; es más, parecen "decirse necesidades hasta volverse locos", descalifican de modo sutil lo que acaban de decir, o sea, se dan, según las palabras de Luce Kaufran (1975) "recibos falsos", cambian imperceptiblemente la dirección de la conversación y no contestan en la misma longitud de onda.

FAMILIAS CON JÓVENES DELINCUENTES

Estas familias, y en especial los padres se encuentran en una auténtica situación de crisis: él (o los) jóvenes delincuentes les demuestran en forma drástica su fracaso como padres en su función de fijar límites y valores. Desairan, hacen pública su vergüenza y los llevan a una justificada preocupación por el futuro. Al mismo tiempo, un joven de esta índole revela la impotencia aparente o real de los padres.

Paradójicamente, se puede ayudar a los padres a volverse más fuertes y eficientes si les damos la posibilidad de aceptar y confesar su debilidad en presencia de los jóvenes. Así se lleva "ad absurdum" la lucha por el poder (Bateson, 1972. La llama "escalación simétrica") entre el delincuente y los padres.

Por tanto, en lugar de la disputa cargada de odio, ahora se puede iniciar una "disputa con amor". Una disensión llevada por la confianza y el respeto mutuo, en el que se pueden articular claramente contrastes, comprender y definir conflictos y revelar y estipular las cuentas corrientes de los méritos.

FAMILIAS CON INTEGRANTES DE TENDENCIA DROGADICTA

El abuso de estupefacientes incluye tanto a jóvenes que los consumen durante un tiempo como toxicómanos insalvables, y en muchos casos adictos, las relaciones familiares cumplen un importante papel. Así las perturbaciones de la individualización relacional se manifiestan en los drogadictos sobre todo en dos ámbitos:

- a. En su menguada capacidad para hacer suyos determinados sentimientos desagradables y convivir con ellos; sobre todo con enojos, soledad o aburrimientos prolongados.
- b. En la ineficiencia para guiarse a sí mismo con responsabilidad propia orientados hacia el futuro.

Los modos de interacción familiar pueden estar caracterizados tanto por la ligazón extrema, cuanto por una expulsión. Stierlin informa sobre familias de ghettos americanos, en las que las madres ligaban a sus hijos adolescentes mediante un mirar regresivo que, de vez en cuando llegaba a incluir la provisión de heroína.

Otros jóvenes drogadictos, en cambio, son expulsados temprana y duramente. Les falta experiencia de ser necesitados por los demás y de ser importantes para ellos. Tales jóvenes, buscan en las drogas "inyecciones de leche tibia y nutritiva" un poco de ese calor y esa seguridad que no se les brindó en las familias.

FAMILIAS CON INTEGRANTES DE TENDENCIA SUICIDA

Cuando en una entrevista familiar se indica que hay riesgo de suicidio, ha de tomarse en serio y esto depende sobre todo de dos puntos de vista:

- a. De la tendencia a la repetición de intentos de suicidio.
- b. De la constelación familiar.

Sobre este segundo aspecto casi siempre ocurren tres factores:

- Un crecimiento y agotamiento del miembro familiar en peligro y el aumento del sentimiento de ser explotado y abandonado, el cual, sin embargo, a menudo no es admitido ni comunicado a sus allegados.

- Fuertes sentimientos de soledad, abandono, imposibilidad de hablar, una desolación, desesperanza y desamparo, los cuales, suelen ser asimismo retenidos y no percibidos por los demás integrantes familiares.
- Un impulso de revancha y vergüenza, que se dirige a los demás miembros de la familia en los que el suicidio genera sentimientos de culpabilidad profundísimos y nunca liquidables como contra la propia persona.

Con frecuencia una conversación familiar bien llevada consigue no sólo captar estos factores, sino también influir en ellos de modo que el riesgo de suicidio disminuye notablemente. Por lo demás, la labor terapéutica con toda la familia es en general la profilaxis del suicidio más eficaz.

FAMILIAS CON NIÑOS CON IMPEDIMENTOS PSÍQUICOS O FÍSICOS

Generalmente, estas familias sienten una carga extraordinaria que suele intensificarse recíprocamente en el sentido de un círculo negativo. Las cargas son tanto de naturaleza económica como social y emocional.

La carga económica a menudo puede reducirse si el terapeuta o asesor brinda a la familia la información que le falte respecto a la asistencia social y si es necesario, establecer los contactos correspondientes.

Más difícil es aliviar la carga social. Pues las familias con niños con discapacidad suelen ser emocionalmente aisladas. Experimentan una y otra vez que otros niños miran a su niño de hito, lo evitan, acaso se burlan de él y que también entre los adultos desencadena sentimientos de desaliento y una actitud más o menos culpabilizada de evitarlo. La consecuencia es una mayor sensibilización frente a rechazos abiertos o encubiertos, un aislamiento aún mayor y un repliegue a la propia familia.

Ahora bien, este repliegue refuerza la carga emocional de todos los integrantes de la familia. Aislados de los recursos del medio finalmente se sienten más sobre exigidos. Se presentan estados de agotamiento e irritación permanente, reacciones depresivas, perturbaciones vegetativas, alcoholismo o abuso de estupefacientes, los cuales, no hacen más que agudizar el círculo negativo de soledad, desvalimiento, vergüenza y culpa en que se halla apesada la familia.

En estos casos con frecuencia se forma una dinámica especial de delegación con un correspondiente cómputo de méritos: los hermanos sanos reciben el encargo de compensar o incluso tapar la vergüenza o el defecto familiar a través de méritos excepcionales y brillantes; el éxito externo y el brillo suelen encubrir entonces el hecho de que el delegado exitoso está profundamente sobre exigido y, como los demás miembros familiares, al borde del agotamiento.

En tales familias se encuentran con frecuencia, ya en la primera conversación, duras recriminaciones o auto acusaciones de tono depresivo.

Ambas alivian momentáneamente a quien las formula, pero a la larga agravan el dilema de todos. Por eso, de lo que se trata es de reconocer las cargas y los méritos de todos y de guiar a la vez la familia hacia la necesaria confrontación con su situación especial y al trabajo de duelo inherente que las recriminaciones y auto acusaciones no hacen más que rechazar.

El fortalecimiento de la vida familiar con miras a propiciar seguridad y el desarrollo de la identidad personal y social requiere relaciones familiares basadas en el respeto y la equidad entre sus miembros. Por otra parte, la complejidad del fenómeno familiar, los procesos demográficos y las pautas culturales, repercuten en la formación de los hogares y las interacciones familiares; se afectan así, de múltiples maneras las redes de parentesco y las normas de convivencia.

CONSIDERACIONES FINALES

En el desarrollo del presente trabajo, se ha podido constatar como el concepto de familia es complejo y difícil de delimitar y lo es más si ahora añadimos la multiplicidad de formas y funciones familiares que varían en función de la propia evolución histórica y la cultura incluso del mismo país.

Así, la familia ha dejado de ser el punto de referencia estable de un mundo definido por la movilidad geográfica, social de las personas y participa de la misma fragmentación y fluidez que la sociedad contemporánea. Por lo tanto, la familia como parte de los diferentes procesos históricos no es un receptor pasivo de los cambios sociales ni el elemento inmutable de un mundo en constante transformación.

La familia en la sociedad actual vive definida por la diversidad y también por la cohesión y solidaridad hechos de suma importancia no sólo en la investigación y estudio de las familias sino también para su tratamiento ya sea en lo preventivo o en lo terapéutico.

Promoción del cuidado familiar en las distintas etapas del ciclo vital-Promoción del cuidado en casa

La familia vive un proceso que se ha descrito como EL CICLO VITAL FAMILIAR en el que se plantea una secuencia de momentos altamente significativos por las expectativas, la tensión y los cambios que desde ellos se plantean.

El ciclo vital familiar es vivido por cada familia de manera singular. Es posible que algunas familias no hayan vivido todas las etapas o que otras vivan simultáneamente varias de ellas, sin embargo, todos los sistemas familiares encuentran en las etapas del ciclo vital familiar un marco de referencia para el estudio, análisis, comprensión, o si se quiere para complementar el diagnóstico de la familia y proyectar acciones preventivas o de asistencia terapéutica a sus miembros.

Las etapas DEL CICLO VITAL FAMILIAR son:

- Noviazgo.
- Pareja conviviente.
- Nacimiento del primer hijo.
- Escolaridad.
- Adolescencia.
- Salida de los hijos.
- Jubilación y vejez

Cada una de estas etapas son importantes para la familia porque al estar marcadas por la evolución natural y progresiva de sus miembros, están cargadas de situaciones nuevas que implican toma de decisiones, redefinición de acuerdos y tareas, así como cambios en cuanto a la estructura y dinámica familiar. A continuación, se detallan algunos aspectos de cada etapa:

NOVIAZGO:

Es la etapa en la cual un hombre y una mujer que hacen parte respectivamente de otras familias de origen (las cuales se aproximan a vivir la etapa de "Salida de los Hijos") se disponen a construir un proyecto en el que se da el enamoramiento y expectativa frente al compañero(a) del otro sexo para conformar una relación de pareja.

La identidad de pareja que se construya a través del análisis y confrontación mutua de los valores, las historias personales, deseos, costumbres, expectativas hacia el futuro; determinarán la consolidación del noviazgo como una familia en embrión motivada a dar el siguiente paso que implica la convivencia de la pareja. En su defecto, al no lograr acuerdos de identidad mutua se esfuma el proyecto de pareja.

LA PAREJA CONVIVIENTE:

Es una etapa en la que dos individualidades (TU - YO) inician la convivencia y dan espacio al NOSOTROS como parte de la interacción bajo el mismo techo.

La pareja pone en evidencia la realidad de las expectativas y los acuerdos hechos durante el noviazgo lo que significa una tensión alta por los ajustes permanentes que se derivan de la nueva convivencia. Ajustes que remiten a la pareja a redefinir acuerdos relacionados con la vida doméstica, las actividades sociales, el manejo de la economía, la sexualidad, etc.

NACIMIENTO DEL PRIMER HIJO:

Esta etapa se inicia desde la concepción del hijo, hasta que éste inicia el preescolar. Es decir, comprende las experiencias que rodean el embarazo, el parto, el crecimiento y desarrollo del bebé hasta el comienzo de la escolaridad.

La relación entre dos, que venía planteada en el noviazgo y la unión de la pareja (sistema conyugal) se convierte, al nacer el primer hijo, en una relación triangular que permite a la pareja asumir la parentalidad (padre y madre respectivamente).

Esta breve descripción de la etapa, remite de inmediato a los cambios en la estructura, dinámica y funcionamiento de la familia y a los múltiples ajustes que se derivan de la situación. Es otra etapa que “desestabiliza” a la familia como sistema, la cual podrá encontrar nuevamente alternativas para el equilibrio, en la redefinición de acuerdos que respondan a las necesidades tanto del subsistema conyugal como del subsistema parental.

ESCOLARIDAD:

Desde el nacimiento del hijo los padres entregan su primer aporte de socialización, el cual se complementa en la institución escolar donde el niño recibirá instrucción académica y el apoyo a los padres en su tarea de formación.

Es la primera salida que tiene el hijo en la que comparte nuevas experiencias de socialización y encuentra en sus compañeros “otras versiones” de la interacción humana; pero es también la primera aproximación que hace la familia, a la institución escolar que en adelante demandará acuerdos y apoyo mutuo en el proyecto de socialización y aprendizaje.

Por lo anterior se entrevén las adaptaciones que suscita esta etapa tanto en el escolar como en la familia, por la nueva interacción con la institución educativa y por las “otras versiones”, que el hijo introduce al sistema familiar desde la nueva experiencia socializadora.

ADOLESCENCIA:

Es una etapa que vive la familia y está marcada por la edad del primer hijo comprendida aproximadamente entre los 12 y los 18 años.

Esa etapa del desarrollo evolutivo del menor, evidencia múltiples cambios que se aprecian en la transformación física, hormonal, emocional, sexual, intelectual, social, etc que son noticia, además, del paso de la niñez a la adultez con la autonomía e independencia que conlleva.

El adolescente está construyendo su identidad desde su autoconocimiento, su opción profesional, su definición sexual, su interacción con los pares (amigos (as) de su misma edad) y cuestiona su relación con los padres y otros adultos que han representado la autoridad mediatizada en las normas.

Durante esta etapa la familia vive momentos de alta tensión en la medida en que direcciona esfuerzos hacia la estabilidad sin reconocer el momento de máxima inestabilidad por la que atraviesa el hijo adolescente.

SALIDA DE LOS HIJOS:

Etapa que se inicia cuando sale uno de los hijos y finaliza cuando sale el último de ellos. Se caracteriza porque los hijos son jóvenes adultos dispuestos a independizarse de la familia como parte de un proceso natural del que se pueden derivar o no, decisiones de conformar nuevas familias con las implicancias,

responsabilidades, cambios y posibilidades ya expuestas en las etapas anteriores y que se inician con el noviazgo.

La etapa es también conocida como el “destete” lo que pretende describir el momento de emancipación ante la inminente salida de la prole; consentimiento de pérdida en los padres por no tener ya el control sobre los hijos, lo que coincide con la etapa de madurez de la pareja, cuando sus fuerzas empiezan a menguar y justamente cuando los hijos están fortalecidos para producir y ser independientes económicamente.

Es también la etapa del ciclo vital que anuncia a la pareja una oportunidad para el reencuentro cuando ya no estén los hijos, lo que estará conectado con la historia que haya vivido la pareja y la interacción que sostuvieron como cónyuges a pesar de la demanda de la crianza.

JUBILACIÓN Y VEJEZ:

La familia se reduce generalmente a la pareja, en pleno retiro laboral. Una pareja envejeciente y envejecida con los hijos independientes estas características han llevado a comparar la etapa con un “nido vacío” la tensión se presenta en el cambio de roles pues los padres ya no son autoridad ni los proveedores pasando a ser dependientes de los hijos y en la recomodación de la pareja que posiblemente proyecta sus esfuerzos en la crianza, descuidando el subsistema conyugal sin visualizar que el ciclo vital los pondría de nuevo cara a cara en el ocaso de la construcción familiar. Cuando la mirada se detiene en lo que hay es posible encontrar un “nido lleno” al regresar los hijos/as con nueras, yernos y nietos en un encuentro intergeneracional en el que los abuelos son acogidos solidaria y afectuosamente por los hijos.

EL CICLO VITAL FAMILIAR:

Puede ser realizado además desde las crisis que se pueden caldear al interior de las familias en cada una de las etapas, desde la vigencia que tiene en los nuevos tipos de familia, desde la prevención de factores de riesgo, desde la comunicación, el afecto a la autoridad, desde los diferentes subsistemas y todas las variables que se ocurra.

Distintos tipos de crisis

A lo largo de la vida, las familias atraviesan distintos tipos de crisis según las características de las mismas las podemos clasificar en crisis evolutivas o inesperadas o accidentales.

Llamamos crisis evolutivas a aquellos cambios esperables por los cuales atraviesan la mayoría de las personas. Dichos cambios requieren un tiempo de adaptación para enfrentar nuevos desafíos, que forman parte del desarrollo de la vida normal.

A diferencia las inesperadas o accidentales son aquellas que sobrevienen bruscamente, que no están en la línea evolutiva habitual (muerte temprana, pérdida de empleo, exilio forzoso, etc.).

Tanto las crisis evolutivas como las inesperadas o accidentales pueden ser atravesadas por las personas/familias de distintas maneras dependiendo de los recursos psíquicos, redes de contención y de las experiencias previas (adaptación a crisis anteriores). Teniendo en cuenta esto, habrá familias, que puedan pasar por estos períodos de cambios con mayor facilidad y capacidad de adaptación y otras donde la rigidez de las estructuras dificultará tal pasaje.

El ciclo vital familiar está inmerso en la cultura a la que pertenece la familia, por lo que no podemos decir que haya formas correctas o incorrectas de pasar por las diferentes etapas. Las diferencias también van a estar dadas por el nivel social, cultural, mitos y creencias de cada familia/persona, esto deberá ser tenido en cuenta al momento de atención y de brindar cuidados a las familias y sus integrantes.

La enfermería comunitaria es quien más cerca está de estos procesos vitales con lo cual debe aprender las complejidades de estos y atender de acuerdo con cada una de las necesidades de las personas, familias y comunidades. Se debe involucrar saludablemente con distancia óptima con las experiencias

humanas que se van atravesando para poder brindar cuidados de calidad que promuevan la salud y el restablecimiento de esta si fuera necesario, evitando las situaciones patologizantes de las distintas etapas.

Debe entender las complejidades de los procesos, estructuras, composiciones y creencias familiares, evitando someter o dejar trascender sus propias creencias. El núcleo central es el cuidado familiar comunitario.

Promoción del cuidado en casa

La promoción del cuidado es una estrategia de salud que la enfermería realiza en todos los ámbitos de su disciplina, pero especialmente en el área comunitaria.

La oportunidad del trabajo comunitario permite conocer los entornos o contextos saludables o no de cada persona o familia. El hogar "casa", de las personas constituye escenarios de trabajo únicos para enfermería.

El ámbito puede ser de intervención, asesoramiento, o solamente acompañamiento de las decisiones de cada grupo o individualidad. Los diagnósticos por tanto deben ser participativos y fundados desde las mismas personas, incluyendo sus decisiones particulares, sus expresiones y experiencias de vida.

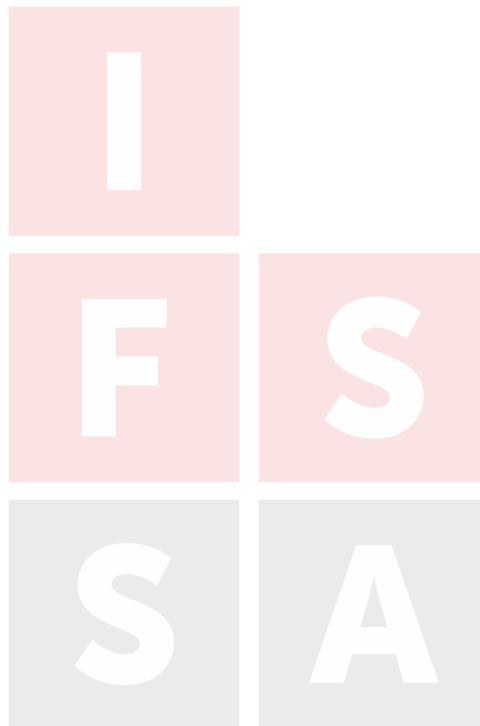
Las situaciones del grupo social, su economía, sus culturas, sus historias, son datos para la valoración de enfermería a ser tenidos en cuenta en todo el proceso de salud-enfermedad-atención. En cualquiera de los casos no deben ser determinantes de su condición y su tratamiento. Por el contrario, deben colaborar al pensamiento y reflexión crítica acerca de los cuidados a brindar, su planificación, ejecución y evaluación, en el proceso de atención de enfermería. Se debe entender que no hay procedimientos o cuidados estándar para estos grupos debido a las particularidades y complejidades sociales que presenta cada persona, familia o comunidad.

Los cuidados en el hogar van desde la visita domiciliaria, atención, promoción de hábitos saludables, prevención de enfermedades y siniestros hogareños, en todos los ciclos vitales.

Conocer las familias y sus entornos permite dar cuidados de calidad adaptados a cada circunstancia de las vidas que solicitan o no el cuidado enfermero.

Todas estas actividades y etapas del proceso de enfermería deben ser muy bien analizados y consensuados con los intervinientes del cuidado.

Se espera que la Enfermería Comunitaria lidere procesos de cuidados por fuera de los espacios considerados seguros, como los hospitales, centro de salud, postas sanitarias, en terreno, en donde mejor movilizó sus conocimientos.



INSTITUTO DE
FORMACIÓN
SUPERIOR