

Necesidades de un modelo de atención en salud con enfoque familiar en el primer nivel de atención en el departamento del Meta

¹PEÑA A. C.; ²HERNÁNDEZ R. F.; ³RUBIANO Y. L.

Universidad de los Llanos - Secretaría de Salud Departamental del Meta

Recibido: Mayo 10 de 2004 Aprobado: Diciembre 10 de 2004

¹Enfermera. Magíster en Desarrollo Educativo y Social. Docente Facultad Ciencias de la Salud. Unillanos.

²Enfermera. Magíster en Desarrollo Educativo y Social. Docente Facultad Ciencias de la Salud. Unillanos.

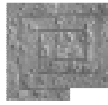
³Enfermera. Magíster en Enfermería con Énfasis en Salud Familiar. Docente Facultad Ciencias de la Salud. Unillanos.

R E S U M E N

El estudio es producto de tres fases de trabajo, la primera aborda los elementos potenciales y reales para el mantenimiento de la salud familiar, de familias que conviven con personas con Hipertensión Arterial (HTA); la segunda fase, caracteriza las familias sujeto de estudio, desde la perspectiva de factores de riesgo para la pérdida de la salud y, una tercera fase que evidencia el conocimiento de las necesidades de cuidado familiar, desde la perspectiva del personal de salud, que asiste en las Empresas Sociales del Estado (ESES) departamentales. El Objetivo del estudio fue demostrar la necesidad de ofrecer modelos de atención familiar, a partir del conocimiento

del modelo de atención actual, que evidencia, una atención no integral, centrada en la enfermedad y escasamente orientada a la promoción de la salud y prevención de la enfermedad, además de evidenciar necesidades de cuidado familiar, a partir del conocimiento familiar en la vivencia de los procesos de salud y enfermedad, y el reconocimiento del contexto familiar, en el que cotidianamente viven, el común de nuestras familias. La metodología del estudio, combinó diversas formas de investigar la realidad social con enfoques cualitativo y cuantitativo, descriptivo e interpretativo. La primera fase del estudio, de orden cualitativo, la segunda fase de orden cuantitativo, utilizó el

paquete estadístico SSPS, que facilitó la sistematización de la información y permitió el análisis de los factores de riesgo familiar para la pérdida de la salud, teniendo en cuenta el ciclo vital familiar. La población considerada, es la atendida en el primer nivel de salud, en las (ESES), del departamento del Meta, familias con adulto mayor y mayor, de estrato socioeconómico, bajo y medio bajo. La muestra de este estudio, estuvo conformada por las familias con personas con HTA, entre 45 y más años, 97 familias en total y por el personal de salud que atiende el programa de HTA, en las (ESES), departamentales. Los resultados y conclusiones señalan la atención de



salud actual con enfoque biólogo, y fraccionado por los miembros del equipo de salud, que en forma similar trabajan aisladamente, sin compartir el conocimiento, potencialmen-

te enriquecedor para los miembros del equipo y para las familias a quienes, es deber atender, entendiendo la salud como derecho fundamental, amparado por la constitución.

Palabras clave: Modelo de Atención en Salud, Salud Familiar, Hipertensión Arterial.

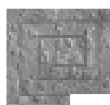
A B S T R A C T

The study is product of three work phases, the first one approaches the potential and real elements for the maintenance of the family health, of families that cohabit with people with Arterial Hypertension (HTA); the second characterize the families subject of the study, from the perspective of factors of risk for the health loss and, the third evidence the knowledge of the needs of family care, from the personnel's of health perspective that you attended in the State Social Companies (ESES). The methodology combines diverse forms of research social reality with qualitative and quantitative, descriptive and interpretive focuses. The considered population, it is the

one assisted in the primary level of health, in those (ESES), of the Meta department, families with mature and bigger adult, of low and half low socio-economic level. The second phase of quantitative order, used the statistical package SSPS that facilitate systematizing the information. The sample of this study, was conformed by the families with people with HTA, between 45 and more years, 97 families in total. The Objective of the study was to demonstrate the need to offer models of family attention, starting from the knowledge of current attention patterns that evidences, a non integral attention, centered in the illness and barely guided to health promotion and disease

prevention, besides evidencing needs of family care, starting from the family knowledge on health and disease processes, and the recognition of the daily family context, the common of our families. Results and conclusions point out the current attention with biological focus, and fractioned by the health team members that work scattered in similar form, without sharing the knowledge, potentially enriching for the members of the team and for the families to whom, it is their duty to assist, more, if health is considered a constitutional right.

Key word: Health Care Model, Family Health, Arterial Hypertension



INTRODUCCIÓN

Este estudio está constituido por tres fases de trabajo; la primera describe los elementos potenciales y reales para el mantenimiento de la salud, de familias con personas con (HTA), a partir de los conceptos familiares sobre salud y enfermedad, el conocimiento de la Hipertensión Arterial y la percepción de los servicios ambulatorios prestados por las (ESES) departamentales. La segunda fase caracteriza las familias sujeto de estudio, desde la perspectiva de factores de riesgo, enfocada en la estructura familiar, componentes de bienestar familiar y la participación comunitaria en procesos

de salud; la última fase identifica las necesidades de cuidado familiar a partir de la experiencia del personal de salud que atiende la salud en las ESES departamentales. Las conclusiones del estudio permitieron dar cumplimiento al propósito, diseñando una propuesta Modelo de Atención en Salud con Enfoque Familiar en el Primer Nivel de Atención, del cual se presenta una síntesis.

La intención del estudio, es resaltar la necesidad de crear modelos de salud familiar, que faciliten la atención integral de las personas, dentro de sus contex-

tos particulares, con apoyo familiar, considerando que la familia es el vínculo afectivo más estrecho y en tal sentido equilibrante bio-psico-social, en situaciones de crisis.

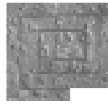
Es importante anotar, que el estudio fue realizado con familias, con personas con HTA, pues esta enfermedad cardiovascular, ocupa los más altos índices de morbi-mortalidad, en la región y en el mundo. Sin embargo el modelo resultante, puede ser adaptable para la atención de otras enfermedades en riesgo o en desarrollo, atendiendo el ciclo vital familiar e individual.

CONTEXTO

El estudio fue realizado en cuatro municipios del Departamento del Meta, uno de ellos Villavicencio su capital, una ciudad intermedia con alta proyección de crecimiento y con muchos contrastes sociales, los municipios de Acacias y Restrepo, con menor desarrollo, que se encuentran muy cerca del pie de monte llanero y el municipio de Granada centro de paso para el comercio de víveres y productos del llano. La población del departamento es cercana a los 590.000 habitantes, y el renglón económico central se desarrolla alrededor de la agricultura y la ga-

nadería. La población en estudio, conformada por familias en su mayoría pertenecientes a la región, pocas pertenecen a zonas rurales aledañas a los municipios la mayoría, ha vivido en zonas rurales con anterioridad y se han trasladado a las zonas urbanas por el desarrollo que estas le permiten, acostumbrándose a ocupar espacios pequeños en sus viviendas, a no contar con agua suficiente ni de buena calidad, y a verse sometidas al sedentarismo, ocupándose de otro tipo de negocios diferentes a los del campo. Viven con algunos animales domésticos, su

alimentación está basada en el plátano, la yuca, la carne y el pescado, no consumen muchas verduras y cuando su situación económica es difícil, les es difícil también la consecución de los alimentos. Ellas tienen fe en la medicina popular y personas como el hierbatero, la partera, el rezandero y el sobandero, aún siguen siendo importantes para su consulta. Muchos de los adultos maduros y mayores trabajaron en el llano cuidando y trasladando el ganado, expuestos a los avatares del clima, la fauna y la flora.



FASE I: ELEMENTOS POTENCIALES Y REALES PARA EL MANTENIMIENTO DE LA SALUD DE LAS FAMILIAS QUE CONVIVEN CON PERSONAS HIPERTENSAS

OBJETIVO: Describir e interpretar los elementos potenciales y reales (concepto de salud, conocimiento de la Hipertensión Arterial y percepción de los usuarios de la atención ambulatoria de las ESES departamentales), que poseen las familias que conviven con personas con Hipertensión Arterial para contribuir al mantenimiento de su Salud Familiar.

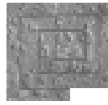
METODOLOGÍA: Estudio de tipo descriptivo, cualitativo e interpretativo. Parte de la referencia de familias atendidas en las (ESES), que fueron ubicadas en su interacción, entre el contexto inmediato (doméstico), el micro-contexto (utilización de los servicios de apoyo comunitario) y el macro-contexto (situación socio-económica del país y políticas de salud). La población informante, estuvo constituida por familias, que convivían con personas con Hipertensión Arterial, que facilitaron la saturación de la información de acuerdo al objetivo propuesto. La recolección de la información se realizó a través de una entrevista semi-estructurada. El análisis de la información, se realizó a partir del texto producto de las entrevistas. Se establecieron

como pautas de análisis las categorías: concepto de salud, conocimiento de la HTA, y percepción sobre la atención ambulatoria ofrecida por las ESES departamentales. La información se confrontó y validó con las familias que participaron en el estudio.

RESULTADOS: Con respecto al concepto de salud, ésta se identifica como la ausencia de enfermedad. Así mismo, la enfermedad se identifica a través de la expresión de la sintomatología que encierra el malestar, que impide la realización de las actividades diarias. El conocimiento de la HTA, como conocimiento de la enfermedad, se limita a los aspectos físicos que lesionan o dañan los órganos, no se implican otras variables, como elementos importantes en la afectación de la salud. El conocer la enfermedad, les permite a las familias, tomar conductas para su control, estas conductas están dirigidas a aliviar el malestar físico o la sintomatología, acudiendo al médico, a la farmacia o a las recomendaciones de las personas cercanas. Por otra parte, la percepción de los servicios ambulatorios de salud, que las familias poseen, se expresa con

quejas, que evidencian desconocimiento importante de los servicios que se ofrecen en las ESES departamentales, demostrándose así, que la atención es fraccionada, individual y puntual, sin que se tenga en cuenta los contextos particulares de las personas que se atienden, así, como lo ha expresado (Duncan, 1992).

CONCLUSIONES: El concepto de Salud expresado por estas familias, se centra, en la visión de ausencia de enfermedad, con bienestar; el concepto de Enfermedad, se define, a partir de la experiencia de estar enfermo (aparición de sintomatología), y culturalmente se enmarca desde la visión biologista. El conocer la salud y la enfermedad, a través de su percepción, se convierte en un elemento real para enfrentar los riesgos y facilitar la búsqueda de ayuda. Estos elementos reales en el mantenimiento de la salud, deben tenerse en cuenta por el personal de salud, para orientar nuevas estrategias de acción, para adicionar otros cuidados en el mejoramiento y mantenimiento de la salud, que incluyan educación relacionada con la importancia del medio ambiente familiar, el



fomento y la construcción de estilos de vida saludables. Así mismo, el conocimiento sobre la HTA, se traduce como un elemento real para el mantenimiento de la salud individual. Para el personal de salud, el propósito particular de atención familiar, debe estar orientado a facilitar dentro de la familia el co-

nocimiento de los múltiples factores que intervienen en el proceso salud – enfermedad, para que las familias estén alertas ante las amenazas que podrían alterar su salud. El modelo actual de atención es ante todo curativo, y no retoma las políticas de participación comunitaria.

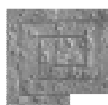
Las instituciones deben procurar la participación social, que tiene como finalidad hacer que las personas se conviertan en sujetos conocedores de su propia historia, con una mayor probabilidad de participar en la construcción de su futuro, en forma más saludable.

FASE II: CARACTERIZACIÓN DE LAS FAMILIAS QUE CONVIVEN CON PERSONAS ENTRE 45 Y MÁS AÑOS QUE PRESENTAN HTA USUARIAS DE LAS ESES DEL DEPARTAMENTO

OBJETIVO: Caracterizar las familias desde el enfoque de riesgo y a partir de la composición familiar, de la etapa del ciclo vital familiar, de los componentes de bienestar familiar y del riesgo familiar por participación comunitaria en salud.

METODOLOGÍA: Estudio descriptivo, cuantitativo. La muestra estuvo conformada por todas las familias que conviven con personas entre 45 y más años con HTA, adscritas a las ESES, de cuatro municipios del Departamento del Meta, que asistieron a consulta, en total 97 fa-

milias. La información se recogió utilizando la encuesta "Búsqueda de Riesgo Familiar Integral", (Espinosa 1995). (Ver Cuadro No. 1). De acuerdo a la etapa de ciclo vital con Adulto Maduro y Adulto Mayor, se analizan los factores de riesgo para enfermar según la etapa.

**Cuadro No. 1. Estructura de la Encuesta Búsqueda de Riesgo Familiar Integral.**

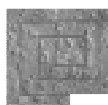
Variable	Sub - variables	Concepto
I. Composición Familiar	Sexo, edad, actividad, escolaridad y problemas de salud.	Características de identidad de los miembros familiares.
II. Componentes de bienestar	<ul style="list-style-type: none"> - Tenencia, estado y tipo de vivienda - Servicios públicos - Principal actividad económica familiar - Posibilidad de accidentarse en casa. - Animales domésticos vacunados - Medios de comunicación utilizados - Motivos de paz afectada. 	Servicios de los que disfrutan dentro de la casa que habitan y características del ambiente físico y social familiar.
III. Riesgo familiar para enfermar por ciclo vital familiar (adulto maduro y adulto mayor)	<ul style="list-style-type: none"> - Limitación funcional física. - Limitación Mental. - Limitación Social - Depresión - Problemas al examen médico (últimos cuatro años). - Sistema linfático y piel. - Asma e hipertensión arterial. - Ejercicio o gimnasia semanal. - Mujer examen médico anual (seno). - Agudeza visual y auditiva. - Sangre oculta en heces. 	Valora el riesgo para enfermar en personas mayores de 45 años y más, de acuerdo a los exámenes médicos periódicos que deben cumplirse para evaluar la salud.
IV. Riesgo familiar por participación comunitaria en salud	<ul style="list-style-type: none"> - Amigos de la salud. - Participación en Comités. comunitarios de salud. - Persona consultada por la comunidad. por problemas de salud. 	Personas de la familia con participación comunitaria en acciones de salud.

R E S U L T A D O S

Se resaltan los más significativos. La mayoría de las familias, estuvo conformada, por adultos maduros y mayores, más por mujeres que por hombres y tuvo baja escolaridad. El ciclo vital familiar predominante correspondió a familias en etapa de lanzamiento y de nido vacío, co-

rrespondiendo a un 20.6%. En cuanto a los riesgos familiares por componentes de bienestar, se encontró, que 79.4% de estas familias, son propietarias de su vivienda, el 87.6%, gozan de servicio de agua, pero solo el 61% tiene conexión al acueducto. La mayoría de las familias, cuenta

con servicio de energía eléctrica 97.9%. Así mismo, el 79.4%, de las familias cuenta con vías de transporte y vive máximo a una hora, de los sitios que les prestan los servicios de salud. El mayor riesgo de accidente en la vivienda, esta dado por los pisos irregulares, en un 29.9%, le si-



guen el calor, con un 27.8% y el ruido con un 24.7%. La fuente de ingreso más importante para estas familias fue el trabajo informal, en 57.7%. El mayor riesgo familiar, para desarrollar enfermedad, se encontró en el ciclo vital de 45-60 años (Adulto Maduro), con 29.1%, por no estar informa-

do acerca de la importancia de la valoración de peso adecuado a la talla y complexión. Se encontró, gran porcentaje de familias, con personas con enfermedad crónica, de tipo asma, e HTA, según se muestra en la tabla 13. El 41.7%, de estas familias, no realiza ejercicio mínimo en tres ocasiones por se-

mana. El 61.9% de las mujeres entre 45 -60 años, se encuentra sin información al respecto de la importancia de la toma de la citología vaginal.

A continuación se presentan las tablas con información significativa correspondiente.

Tabla No. 1. Composición Familiar/ Edad de los miembros

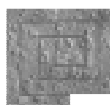
Variable	Frecuencia	Porcentaje
Menores de 1 año	1	0.3
1 a 4años	13	3.8
5 a 10 años	36	10.4
11 a 17 años	42	12.1
18 a 44 años	112	32.4
45 a 59 años	36	10.4
Mayor o igual a 60	106	30.6
Total	346	100

Tabla No.2. Composición Familiar/Sexo

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Mujer	191	55.2
Hombre	155	44.8
Total	346	100.0

Tabla No. 3 - Escolaridad de los Miembros Familiares

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Jardín	6	1.8
Sin estudio	66	17.6
Primaria Incompleta	103	30.3
Primaria Completa	57	16.8
Secundaria Incompleta	66	19.4
Secundaria Completa	38	11.2
Técnica	4	12
Tecnológica ó Universitaria	6	1.8
Total	346	100.0



Se observa para las familias en general una baja escolaridad, con escasas posibilidades de desarrollo; pues con preparación escolar deficiente se incrementa el grupo de desempleados o subempleados en el sector informal y la demanda preferencial de jóvenes en el mercado impul-

sa el relevo de los mayores (Zamudio y Rubiano, 1994).

Esta situación de baja escolaridad determina para estas familias dificultades en la comprensión de su propia salud, en la prevención de la enfermedad y en la recuperación de la salud.

Significa esto, para las instituciones prestadoras de servicios de salud, la importancia de reconocer esta necesidad educativa y de apoyo a la vinculación de empleo, en el momento de establecer e impartir programas de promoción de la salud.

Tabla No. 4. Ciclo Vital Familiar

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Familia Lactante	2	2.1
Familia con Preescolar	3	3.1
Familia con Escolar	5	5.1
Familia con adolescente	9	9.3
Familia en plataforma de lanzamiento	20	20.6
Familia de nido vacío y/o Jubilación	20	20.6
Familia con muerte de uno de los Cónyuges	14	14.4
Sin clasificar	24	24.7
Total	97	100.0

Se encontró dentro de las etapas de ciclo vital familiar estudiadas, predominancia de las familias en las etapas de plataforma de lanzamiento y de nido vacío. Se empieza por analizar las familias en etapa de plataforma de lanzamiento, aquí los hijos mayores empiezan a abandonar el hogar; cada partida de un hijo es un momento estresante que afecta en mayor o menor grado a los miembros de la familia, a medida que la familia va dando salida a cada uno de sus hijos se van reestructurando los roles y las relacio-

nes de apoyo de los que quedan en casa.

Se encontró además, familias en etapa de duelo por la muerte de los cónyuges, lo que se traduce con altas tensiones emocionales, sensación de soledad, cuadros depresivos y gravedad por aparición de sintomatología de enfermedades crónicas propias de la edad de adulto maduro o mayor y posibles conflictos por la inserción del viudo(a), en la familia de sus hijos. En esta etapa es fundamental el apoyo fa-

miliar tanto material como afectivo, que facilite el manejo del duelo.

Los resultados sugieren reforzar el papel del abuelo como sabio consejero de las nuevas generaciones. Le corresponde entonces al personal de salud contribuir a conformar nuevas redes de apoyo intrafamiliar y social que faciliten para ellos la reorganización de sus roles y en sí, de todo el sistema familiar para permitirles funcionar de la mejor manera posible.

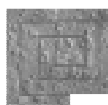


Tabla No. 5. Tenencia de la Vivienda

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Alquilada	16	16.5
Otra	2	2.1
Propia	77	79.4
Usufructo	2	2.1
Total	97	100.0

Tabla No. 6. Tipo de Vivienda

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Apartamento	3	3.1
Casa	88	90.7
Pieza	6	6.2
Total	97	100.0

Tabla No. 7. Servicio de recolección de basura

Variables	Frecuencia	Porcentaje
No	85	87.6
Si	12	12.4
Total	97	100.0

El 87.6 % de las familias no cuenta con servicio de recolección de basuras, hecho que determina múltiples riesgos para la salud por contaminantes, en

el desarrollo de enfermedades de la piel y enfermedades respiratorias, entre otras. Se suma a esta situación la quema de basuras como respuesta parcial al

tratamiento de las mismas; incrementándose el riesgo para presentar enfermedades respiratorias.

Tabla No. 8. Posibilidades de accidentes en la vivienda

	Escaleras	Cables Expuestos	Pisos irregulares	Ruido	Calor	Depósito de agua
No	90.7	91.8	70.1	75.3	72.2	88.7
Sí	9.3	8.2	29.9	24.7	27.8	11.3
Total	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0	100.0

El mayor riesgo de accidente para este grupo de personas en su vivienda son los pisos irregulares. El calor como riesgo se explica por la poca ventilación con que cuentan las casas. El 25% de las

familias se encuentra en riesgo determinado por el ruido en su vivienda, atribuible a la presencia de industrias molineras, cercanas y a la costumbre de colocar los equipos de sonido a gran volumen.

Aunque los depósitos de agua no son reportados en un porcentaje de alto de riesgo, existen tanques de agua subterráneos sin medidas de protección.

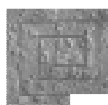


Tabla No. 9. Paz afectada / Orden Público

Variables	Frecuencia	Porcentaje
No	53	54.6
Si	44	45.4
Total	97	100.0

La paz se ve afectada en un porcentaje alto por situaciones de orden público. Este hecho explicable en el alto número de desplazados por la violencia, que ha llegado al departamento del

Meta. Muchas de estas personas se han sumado a las familias en los municipios, con las consecuencias obvias de afectar la calidad de vida, exigiendo que se compartan los recursos disponibles, ini-

cialmente utilizados por menor número de personas dentro de las familias. El estrés familiar puede además verse incrementado por la convivencia con personas sin ubicación laboral ni escolar.

Tabla No. 10. Acceso Medios de Comunicación

	Televisión		Radio		Prensa		Teléfono	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
No	16	11	3	3.4	6	42.1	46	100
Si	81	89	86	96	11	57.9	0	-
Total	97	100	89	100	17	100	46	100

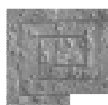
Las familias en su gran mayoría cuentan con radio y televisión y en menor porcentaje cuentan con prensa y teléfono. Esto demuestra sus posibilidades de comuni-

cación e información, sobre lo que sucede a su alrededor y en el mundo. Aspectos que deben tenerse presentes para la

planeación de las actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, desde los servicios de salud.

Tabla No. 11. Base de la Economía Familiar

Variable	Frecuencia	Porcentaje
Negocio Particular	14	14.4
Otros	6	6.2
Pensión –Jubilación	9	9.3
Renta Propia	12	12.4
Trabajo dependiente	56	57.7
Total	97	100



Para analizar la economía familiar se tuvo en cuenta la fuente de ingreso más importante. Se demuestra que las familias cuentan con los ingresos mínimos para cuidar su salud, señalando que los negocios particulares muestran una gran inestabilidad por la economía del país.

Este hecho, a la vez se convierte en una posibilidad de disminuir el ingreso económico de las familias, así como, lo expresan Gage y Elidi, citados por Amaya de Peña P. (1991); el nivel socioeconómico inestable es un factor importante que puede incidir en la probabilidad de enfermedad y dolencia,

amenazando las formas de organización y la salud de la familia.

Riesgo Familiar por Adulto Maduro (45-60 años). Veinticuatro familias del estudio contaron con miembros en este ciclo de vida individual, de un total de noventa y siete.

Tabla 12. Peso -Talla -Complejión / Familias con Adulto Maduro

Peso -Talla -Complejión	Frecuencia	Porcentaje
No	7	29.1
Si	10	41.6
Sin Información	7	29.1
Total	24	100.0

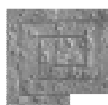
Según, el II Estudio Nacional de Factores de Riesgo de Enfermedades Crónicas, (1999), del Ministerio de Salud, reporta que la población de adultos maduros con mayor frecuencia recurre a

la dietas como medida para reducir de peso, sin mencionar la práctica del ejercicio como intención para reducir o mantener el peso, esto se podría explicar en la no accesibilidad de este

grupo de personas a mensajes efectivos de promoción de la salud sobre el ejercicio, sumado a la escasa disponibilidad de escenarios deportivos para el auto cuidado de la salud.

Tabla 13. Asma, Diabetes, HTA. Familias con Adulto Maduro.

Variables	Asma / Diabetes		Tensión alta		Colesterol	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
Con Control	-	-	22	91.7	5	20.8
No	2	8.3	1	4.2	14	58.3
Sí	21	87.5	-	-	0	0
Sin control	-	-	1	4.2	2	8.3
Sin Información	1	4.2	-	-	3	12.5
Total	24	100	24	100	24	100



Estas enfermedades crónicas pueden causar limitaciones para realizar actividades cotidianas como comer, vestirse, bañarse, cocinar, ir de compras o hacer los quehaceres domésticos. Asimismo favorecen el ausentismo

al trabajo. Es importante establecer mecanismos que aseguren los controles a estas personas con el fin de limitar las complicaciones que ocurren alrededor de las mismas.

Las familias en su mayoría leen y escriben, este factor positivo, se convierte en factor protector para el aprendizaje continuo, al igual, que para el desarrollo y el mejoramiento de las condiciones de salud.

Tabla 14. Leen y Escriben / Familias con Adultos Maduros

Leen y escriben	Frecuencia	Porcentaje
No	2	8.3
Si	22	91.7
Total	24	100.0

Tabla 15. Ejercicio Semanal / Familias con Adultos Maduros

Ejercicio Semanal	Frecuencia	Porcentaje
No	10	41.7
Si	14	58.3
Total	24	100.0

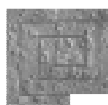
El II Estudio Nacional de Factores de Riesgo de Enfermedades Crónicas, (1999), del Ministerio de Salud, afirma que la

principal barrera psico-social percibida por los adultos para la realización de ejercicio es "la falta de tiempo" y en menor pro-

porción el reconocimiento de que "no le gusta", "le da pereza" o "carencia de escenarios deportivos".

Tabla 16. Problemas de agudeza visual y auditiva / Familias con Adulto Maduro

Problemas	Agudeza Visual		Agudeza Auditiva	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Con Control	12	50.0	1	4.2
No	4	16.7	12	50.0
Sin Control	6	25.0	2	8.3
Sin Información	2	8.3	9	3.75
Total	24	100	24	100.0



Al respecto de los problemas de agudeza visual, las familias sin control, corren riesgos adicionales, demostrados por accidentes en el hogar y fuera de este, restricción de actividades de la vida diaria, para la lectura y así mismo dificultades para percibir en ocasiones la profundidad o el color de los objetos (Branco, 1989).

Tabla 17. Sangre oculta en Heces / Familias con Adulto Maduro

Sangre Oculta en Heces	Frecuencia	Porcentaje
Anormal	7	29.2
Si	3	12.5
Sin	14	58.3
Total	24	100.0

Este factor, sangre oculta en heces, es importante en la valoración individual (adulto maduro), básicamente para la detec-

ción de problemas de vías digestivas. Se demuestra la necesidad de alta promoción para su concientización.

Tabla 18. Citología (mujer activa sexualmente) / Adulta Madura

Citología	Frecuencia	Porcentaje
Anormal	1	4.8
Si	7	33.3
Sin Información	13	61.9
Total	21	100.0

Se encuentra un alto porcentaje de familias sin información al respecto de la importancia en el tamizaje del riesgo para cáncer de útero (citología), evidenciando posible ausencia del conoci-

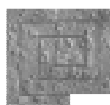
miento sobre la importancia de esta valoración.

Riesgo Familiar por Adulto Mayor (60 y más años). Setenta y tres familias contaron con

miembros familiares en esta etapa individual, del total de noventa y siete para el estudio. Se presentan los resultados más significativos.

Tabla 19. Limitación Funcional, Mental, Social y Depresión / Familias con Adulto Mayor

Variables	Limitación Funcional		Limitación mental		Limitación social		Depresión	
	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%	Frecuencia	%
No	44	60.3	43	58.9	41	56.2	35	47.9
Si	5	6.8	-	-	2	2.7	9	12.3
Sin Información	24	32.9	30	41.1	30	41.1	29	39.7
Total	73	100	73	100.0	73	100.0	73	100.0



En esta tabla se condensa la información con respecto a limitantes para el desarrollo sano de familias con adulto mayor de 60 años. Se observa un alto porcentaje de familias sin

limitación funcional, mental, social o depresión. Sin embargo, se encuentran porcentajes significativos de familias con adulto mayor sin evaluación de

posibles limitaciones funcionales, mentales y sociales; esto se traduce como requisito de concientización de la importancia de valorar el riesgo.

Tabla 20. Tamizaje para Sistema Linfático y Piel. / Familias con Adulto Mayor

Variables	Linfático		Piel	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
No	26	35.6	35	47.9
Si	-	-	10	13.7
Sin información	47	64.4	28	38.4
Total	73	100.0	73	100.0

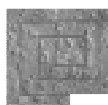
Se determinan porcentajes significativos de no información en la importancia del tamizaje para sistema linfático y piel, esto evidencia la no promoción de estas

pruebas en edad de riesgo (adulto mayor), lo que significa además, que se consulta solo cuando aparece anormalidad percibida por las familias.

De manera similar es relevante el porcentaje de familias con adultos mayores y problemas de piel.

Tabla 21. Asma- HTA / Familias con Adulto Mayor

Variables	Asma		Tensión Alta	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
No	8	11.0	1	1.4
Con control	-	-	66	90.4
Si	64	87.7	-	-
Sin Control	-	-	4	5.5
Sin Información	1	1.4	2	2.7
Total	73	100	73	100.0



Se demuestra como con la edad se incrementan significativamente la presencia de enfermedades crónicas con sintomatología que se traduce en proble-

mas de orden familiar. Esto se explica por los cambios generados a nivel físico y de comportamiento de las personas afectadas por estas enfermeda-

des, que a su vez condicionan dependencia física, mental, social y con compromiso económico adicional.

Tabla 22. Ejercicio semanal/ Familias con Adulto Mayor

Ejercicio	Frecuencia	Porcentaje
No	27	37.0
Si	44	60.3
Sin Información	2	2.7
Total	3	100.0

Se señala significativo, las familias que realizan ejercicio por lo menos tres veces a la semana, le siguen en su orden las familias con adulto mayor que no

hacen ejercicio y que por lo tanto se someten a este factor de riesgo con sus posibles consecuencias como disminución del riesgo sanguíneo, disminución de

la capacidad ventilatoria, con alteración del bienestar físico y mental.

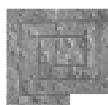
En relación, la tabla 23, es significativo encontrar un porcentaje de 44% de familias sin información, considerando que este factor de riesgo se presenta con frecuencia en mujeres desde edades más tempranas y se convierte en probabilidad alta para cáncer. Existe otro gran porcentaje de 54.2% de familias sin control.

Tabla 23. Problemas al Examen Médico de Seno/Adulta Mayor

Examen de seno	Frecuencia	Porcentaje
No	39	54.2
Si	1	1.4
Sin Información	32	44.4
Total	72	100.0

Tabla 24. Tamizaje de Agudeza Visual y Auditiva / Familias con Adulto Mayor

Examen	Visual		Auditiva	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
Con control	30	41.1	1	1.4
No	7	9.6	23	31.5
Sin Control	20	27.4	10	13.7
Sin Información	16	21.9	39	53.4
Total	73	100.0	73	100.0



Se encuentran valores de mayor riesgo evidente para la agudeza visual y gran porcentaje sin información para la agudeza auditiva. La disminución de la

agudeza visual trastorna necesariamente la realización de actividades de la vida diaria. De la misma manera, probablemente

no se consulta por agudeza auditiva, convirtiéndose en riesgo en el desarrollo de actividades de la vida diaria.

Tabla 25. Sangre Oculta en Heces / Familias con Adulto Mayor

Examen de sangre oculta	Frecuencia	Porcentaje
Negativo	10	13.9
Sin Valoración	61	84.7
Rechazo	1	1.4
Total	72	100.0

Se señala mayor porcentaje un 84.7% que corresponde a familias con adulto mayor sin valoración, respecto a este factor de riesgo para problemas de vías digestivas.

RIESGO FAMILIAR POR PARTICIPACIÓN COMUNITARIA

Tabla 26. Amigos de la Salud. Voluntarios

Voluntarios de salud	Frecuencia	Porcentaje
No	95	97.9
Si	2	2.1
Total	97	100.0

Las familias en estudio, muestran su no participación en procesos de salud en grupos de la comunidad. Este señalamiento se puede considerar como una limitante para su propio cuidado.

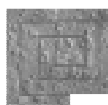
Tabla 27. Participación en Comités Comunitarios/Participación en Juntas de Acción Comunal

Participación comunitaria	Comités Comunitarios		Juntas Acción Comunal	
	Frecuencia	Porcentaje	Frecuencia	Porcentaje
No	88	90.7	88	50.5
Si	29	9.3	9	9.3
Total	97	100.0	97	100

Se muestra una participación escasa tanto en comités comunitarios como en juntas de acción comunal. A través de la participación en este tipo de agrupaciones se vela por el bien-

estar colectivo, su mínima participación podría condicionar bajas expectativas frente a posibilidades para mejorar los ambientes colectivos en cuanto a espacios ecológicos, disposi-

ción de desechos, mejoramiento de vías de acceso y comunicaciones y por su puesto mejorar sus aspectos de seguridad social y física.

**Tabla 28. Personas de Familia Consultadas por la comunidad por Problemas de Salud**

Personas de la familia consultadas	Frecuencia	Porcentaje
No	49	50.5
Si	48	49.5
Total	97	100.0

Es asombroso encontrar un porcentaje significativamente alto, 49.5% que es consultado por problemas de salud por la comunidad, frente los datos anteriores que evidencian la escasa participación en agrupaciones de la comunidad. Esto revela que dentro de las familias existen miembros con algún tipo de saber o conocimiento en el manejo de problemas de salud que tienen un reconocimiento externo a las familias y seguramente útil en casos específicos. Para este estudio es relevante esta información, pues estas personas podrían tener la oportunidad de recibir entrenamiento adicional

sobre cuidado preventivo y promoción de la salud.

En síntesis, en las familias en ciclo vital de **Adulto Mayor** (60 años y más), el riesgo familiar para enfermar, se encontró con porcentajes significativos de familias, sin evaluación de posibles limitaciones funcionales, mentales y sociales; así mismo, sin información sobre la importancia del tamizaje evaluativo del sistema linfático y piel. Se encontró, un 13.7%, de estas familias con problemas de piel. Se incrementa la presencia de enfermedad crónica, como el asma, con control, en 87.7%,

frente al grupo de Adulto Maduro. En cuanto a valoración de seno, se encontró un 44% de familias sin información. El 84.7%, de las familias con Adulto Mayor, se encuentra, sin valoración de sangre oculta en heces. En cuanto al riesgo familiar, por participación comunitaria, es evidente que el 97.9%, de estas familias no participa en procesos de salud, ni en grupos de la comunidad. Sin embargo, en contraste, es asombroso encontrar, un 99.5% de familias, con algún miembro de la familia, que es consultado por la comunidad, en la solución de problemas de salud.

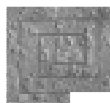
CONCLUSIONES

Para los servicios de Salud, estos resultados deben significar, la necesidad de comprender mejor los contextos particulares, con las características biológicas y sociales de las familias, la necesidad de conformar nuevas redes de apoyo para estas familias, teniendo en cuenta la importancia en la reorganización

de sus roles, para que el sistema familiar logre funcionar de la mejor manera posible, evitando situaciones críticas de salud. Los riesgos por componente de bienestar analizados, deben ubicar a los servicios de salud, frente a las necesidades más comunes de bienestar, que deben ser canalizadas a través de progra-

mas de promoción de la salud y prevención de la enfermedad con estrategias de participación intersectorial, interinstitucional e interdisciplinaria.

Con base en los resultados encontrados, se puede afirmar, que un Modelo de Salud Familiar puede ser determinante, en la



construcción de la salud, este modelo, con perspectiva de Salud Integral, considera a la persona dentro de su contexto familiar y social, y hace relevante el potencial de auto-cuidado personal y familiar. En este modelo los profesionales de la salud, orientan mecanismos de participación para lograr la utilización idónea de los servicios de salud, y la ejecución de conductas saludables específicas, para cada una de las etapas del ciclo vital individual y familiar. (Rodríguez, 1989)

Es necesario romper con el tratamiento episódico de las dolencias físicas ya instauradas y con

los rudimentarios programas de promoción y prevención, carentes de continuidad, de sentido de trabajo en equipo, carentes de pertinencia comunitaria y de estrategias que permitan generar impacto en la construcción de la salud. Si se comprende la salud como derecho humano y se considera a la familia como grupo social primario, que se afecta o se beneficia, según sus propias circunstancias, es por tanto, determinante trabajar en equipo con las familias para la obtención de la salud.

La caracterización familiar particular, permite identificar ries-

gos susceptibles de ser manejados de forma anticipatoria y moviliza recursos para la resolución de situaciones, problema inicial, que para las familias sin orientación, pueden ser condicionante de distress familiar. (Rodríguez, 1992). La caracterización particular de las familias, permite conocer sus condiciones sociales y culturales, oportunidades de desarrollo y creencias, características que descritas y analizadas se constituyen en aspectos fundamentales para poder asumir con mayor responsabilidad la intervención, con enfoque familiar, integral y participativo.

FASE III: NECESIDADES DE CUIDADO FAMILIAR A PARTIR DE LA EXPERIENCIA DEL PERSONAL DE SALUD EN LA ATENCIÓN DE PERSONAS CON HTA

O B J E T I V O

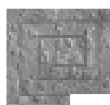
Describir las necesidades de cuidado familiar a partir de la experiencia del cuidar, del personal de salud, a personas que presentan Hipertensión Arterial y a sus familias.

M E T O D O L O G Í A

Estudio de tipo descriptivo interpretativo, tomo como fuente de la información, al personal de salud, que atendió la consulta de personas con HTA, y/o a sus familias, en los centros de salud de cuatro municipios del departamento. La recolección de

la información se cumplió a través de una entrevista semi-estructurada. El análisis de la información, se basó en el texto producto de las entrevistas, resaltando los enunciados significativos y, determinando las siguientes categorías de análisis:

Oferta de los Servicios de Salud, Acompañamiento Familiar a la Consulta, Posibilidades de Participación Familiar en el Cuidado de la de la Persona con HTA y Necesidades de Cuidado Familiar Expresadas por Usuarios de los Servicios de Salud.



RESULTADOS

En cuanto a la forma como se ofrecen los servicios de salud, se mostró que no se incluye en la atención, la visión del entorno familiar, se trata la enfermedad, desde su condición biológica, y con atención fragmentada, simple, puntual y técnica. Se visualiza una política de salud, que intenta ampliar la cobertura a través del ofrecimiento de múltiples servicios, que no son bien conocidos por las familias, y en este sentido, se mostró que se desconoce a la familia, como comunidad básica de apoyo entre sus miembros. Por otra parte, el acompañamiento familiar a la consulta, no demostró un apoyo familiar efectivo, por cuanto el acompañante no se integra al cuidado, este suele ser un niño o un vecino, que aporta apoyo transitorio y no comprometido.

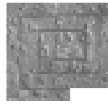
Frente a las posibilidades de participación familiar en el cuidado de su salud, el personal de salud, enfatizó en la posibilidad de la participación familiar en aspectos relacionados con el tratamiento médico de la enfermedad, con la dieta y con el acompañamiento efectivo en la consulta. Según David Locker, (Citado por Amaya, 1995) el éxito de la familia para cumplir con sus funciones de cuidado de la salud, depende de dos factores:

el primero, está relacionado con los problemas estructurales; espacio en el hogar, conformación de la familia, disponibilidad de los miembros, tiempo y dinero para realizar las acciones necesarias; el segundo, se refiere a la presencia de actitudes, habilidades y motivaciones facilitadoras, dentro de los miembros de la familia. Esto señala la necesidad de definir cuidadores familiares, que tengan aprecio por la persona con hipertensión, que puedan ser entrenados por los profesionales de enfermería y, por otros agentes de salud, en el seguimiento y control del proceso Salud-Enfermedad, la familia debe continuar asumiendo una función esencial, en el cuidado y protección de sus miembros.

En relación con las necesidades de cuidado, expresadas por las personas con HTA, al personal de salud, se enuncian como significativas las siguientes: la falta de medicamentos por su alto costo, el reclamo de un tratamiento farmacológico integrado, la insuficiencia de recursos para cumplir con la dieta y, la demora en la atención cuando el servicio de salud es requerido. Por otra parte, se describen las relaciones entre el equipo de salud y las personas con HTA, como buenas y familiares, en los

controles periódicos, de la presión arterial, donde además se reciben recomendaciones nutricionales y de actividad física; ellas se hacen familiares por la frecuencia de las visitas, por la posibilidad de contar con alguien quien escucha y con el recibo de una respuesta ante su necesidad específica. No se evidencia, desde el equipo de salud ninguna estrategia para el logro de trabajo en equipo, que ofrezca interdisciplinariedad y asistencia integral para la persona y la familia. Los recursos para la atención, se limitan a consultorios convencionales y en ocasiones se cuenta con lugares al aire libre para la atención de grupos. Frente a la exigencia de atención integral, el personal de salud, expresa como posibilidad, el acompañamiento familiar efectivo a la consulta y a los controles.

Para la atención de la salud familiar, se proponen otros ambientes, que les permita a las familias interactuar con los miembros del equipo de salud, en una relación más estrecha y sensible a las condiciones sociales y culturales de las familias; además, se precisa utilizar otros instrumentos de valoración integral de la salud familiar, como el Familiograma, el Ecomapa, el Apgar familiar, la Historia Clí-



nica Orientada por Problemas y las Guías Anticipatorias que contribuyen al mantenimiento de la salud. Estos instrumentos facilitan el análisis de la informa-

ción que recibe cualquier miembro del equipo de salud, permiten una visión global del sistema familiar, son dinámicos, permiten apreciar las relaciones fa-

miliares con el entorno ambiental, cultural y social, permiten detectar el grado de funcionalidad o disfunción familiar.

Las relaciones entre los agentes de salud y los usuarios (personas con hipertensión), se describen de tipo individual, que en escasas ocasiones retoman las condiciones psico-sociales de la familia, en la planeación de su adecuada intervención; se evidencia una atención limitada al análisis de la sintomatología, que responde a cuestionamientos inmediatos y a dolencias particulares, no se tiene en cuenta el ambiente familiar, sus caracte-

rísticas, sus capacidades en el mantenimiento de la salud. Se deben atender propuestas alternativas a la actual visión de la salud, ampliando el marco de los contextos en donde se logra la salud. Es obligatorio incidir en las políticas de salud con el fin de observar las inequidades o desigualdades, con las que se atiende la salud, presentando otras posibilidades interdisciplinarias de atención, con mayores costos de inversión en prevención

y promoción desde los ámbitos familiar y social, que bien reducirían costos en la atención de complicaciones, atendidas en un tercer nivel.

Como producto del análisis y los resultados, se elaboro una propuesta de Modelo de Atención en Salud con Enfoque Familiar, de la cual se presenta una síntesis a continuación.

PROPUESTA: MODELO DE ATENCIÓN EN SALUD CON ENFOQUE FAMILIAR EN EL PRIMER NIVEL DE ATENCIÓN

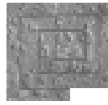
Este modelo con enfoque familiar, surge como propuesta que pretende fortalecer el primer nivel de atención con énfasis en la prevención primaria y, como alternativa para la construcción de un entorno adecuado en la generación de una nueva cultura de la salud y el auto-cuidado, desde la familia, célula fundamental de la sociedad y agente socializador primario. El modelo privilegia los aspectos de

promoción y educación para la salud y la prevención de las enfermedades, hace consideraciones especiales en el control de los factores de riesgo y la promoción de factores protectores de la salud. Se diseña de manera particular para familias que conviven con personas con hipertensión arterial en etapas de ciclo vital individual de adulto maduro y adulto mayor.

1. PROPÓSITO

Mejorar la cultura de la salud con las familias usuarias de las ESES, mediante el fomento y promoción de la salud y la prevención de la enfermedad, en busca del logro de comportamientos saludables de las familias, con la orientación del equipo de salud y del trabajo interdisciplinario.

CONCLUSIONES



2. OBJETIVOS

- Mantener la salud de las familias mediante acciones integrales en salud, con énfasis en promoción y prevención, asegurando el seguimiento de los procesos de salud – enfermedad a lo largo de la vida.
- Estimular la participación de las familias usuarias, en el cuidado y mantenimiento de su salud, con la adecuada utilización de los servicios en el primer nivel de atención.
- Fortalecer procesos de coordinación interinstitucional e intersectorial en búsqueda de la participación familiar en acciones de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.
- Propender por el equilibrio económico y financiero de las ESES del departamento, mediante la estructuración del modelo de atención integral con enfoque familiar, atendiendo a los principios de eficiencia y eficacia.

3. CONCEPTOS GENERALES DEL MODELO

Este modelo de atención en salud se caracteriza por una aten-

ción por ciclo vital individual con enfoque familiar y, propone acciones de promoción, prevención, diagnóstico y tratamiento en el primer nivel de atención.

El modelo considera a la **persona** como ser bio-psico-social, influenciada por factores culturales, sociales y físicos, a la **salud** como resultante de un proceso caracterizado por la armonía funcional de la persona en sí misma y con su entorno, siendo por consiguiente la faceta positiva de la vida, en la cual tanto individuos como familias y sociedad disfrutan de su existencia con satisfacción y alegría, la salud como esencial en el desarrollo de las diversas expresiones del ser humano, para que este pueda hacer frente a los diferentes riesgos a los cuales se ve sometido.

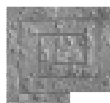
Así mismo, el modelo considera la **enfermedad** como proceso individual y/o colectivo, caracterizado porque en algún momento de la vida predominan situaciones con inequidad, injusticia, insolidaridad, destrucción y contaminación ambiental, desesperanza y desequilibrios emocionales y físicos, por lo que la realidad biológica, no es independiente de la realidad social. El proceso de enfermar es aquel en el que se integra la historia na-

tural y social de la enfermedad, tiene una expresión individual y colectiva, esta última como patrón que se replica. (Trejos Castrillón, 2002)¹

La **familia** se concibe desde lo sistémico y epidemiológico y se considera como conjunto de dos o más personas, que forman una unidad bio-psico-social, entre las cuales se crea y mantiene un sinnúmero de relaciones afectivas, estrechas y de doble vía; ligadas o no por vínculos de consanguinidad, matrimonio o unión estable y cooperación económica, que posee su propia organización, en la cual se observan ciertas líneas de dependencia, jerarquía y autoridad; reside la familia habitualmente en la misma vivienda, comparte alimentos y recursos para la salud, educación, trabajo, vestido, transporte, recreación, cuidado y descanso, así como sus obligaciones; utiliza servicios y áreas sociales en común y tiene objetivos de vida igualmente compartidos.

El **enfoque familiar** se concibe como el esfuerzo conjunto y articulado de los profesionales y demás miembros del equipo de salud, que busca el conocimiento para intervenir el contexto familiar de los usuarios del sistema de salud. Este enfoque ob-

¹TREJOS CASTRILLON, J.L. La Salud Familiar, un Enfoque de Atención Integral en el Contexto de la Seguridad Social. III Congreso Colombiano de Salud Familiar. Medellín, 2000.



serva a la familia en su conjunto como un sistema, es decir, no analiza a sus integrantes de manera aislada sino mediante la influencia reciproca que se percibe en el conjunto familiar, en los aspectos relacionados con la salud. Se rescata el trabajo con todo el grupo familiar, y no con uno de sus miembros, así mismo, el trabajo en equipo interdisciplinario, enfocado a los seres humanos, no como conjunto de órganos, sino como unidades integrales de carácter biopsico-social, que reflejan los ajustes o desajustes de todo orden al interior de la familia.

La **atención integral** encierra para el modelo intervenciones a lo largo del proceso salud-enfermedad, con acciones de promoción, prevención, diagnóstico e intervención oportuna, está basada en factores de riesgo, según la etapa de ciclo vital individual y del ciclo vital familiar. Se permite así, asegurar la continuidad en la atención como responsabilidad longitudinal en el tiempo del usuario y la familia. Implica previsibilidad de los profesionales de la salud, con acciones dirigidas al mantenimiento de la salud a partir del control de riesgos, de acuerdo con el ciclo vital individual, las enfermedades prevalentes, la historia familiar y los comportamientos familiares frente a la salud.

La **promoción de la salud** se refiere a la integración de las acciones que realiza la población, los servicios de salud, las autoridades sanitarias, los sectores sociales y productivos, con el objeto de garantizar más allá de la ausencia de enfermedad, una mejor condición para el bienestar de las personas y las colectividades. Este modelo, centra la promoción de la salud en el ámbito familiar como el escenario en donde se pueden dar las condiciones optimas para construir un ambiente favorable a la salud, donde se pueden elegir las opciones de comportamientos saludables, con mayor lógica; donde cada miembro de la familia puede tomar conciencia de la importancia de cuidar su salud y donde las decisiones se adopten con genuina consideración de priorizar lo que es mejor para todos.

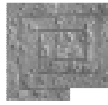
La **prevención** es vista como el conjunto de acciones que tienen por fin la identificación, control o reducción de los factores de riesgo biológicos, del ambiente y del comportamiento para evitar que la enfermedad aparezca, se prolongue, ocasione daños mayores o genere secuelas evitables; desde el enfoque familiar involucra acciones tendientes al auto-cuidado, que son orientadas de manera anticipatoria por los profesionales de la salud.

El **auto-cuidado** con enfoque familiar, se refiere a las actividades de salud organizadas o no organizadas, tomadas como decisiones por las personas, las familias, los vecinos, etc. Estas actividades comprenden auto-medicación, auto-tratamiento, apoyo social en la enfermedad; en el contexto normal de la vida cotidiana de las personas. (OPS, 1996).

La **familia** es considerada como agente de su propia salud dentro de su entorno, a través de iniciativas que promueven el cambio de ambiente y de condiciones de vida, mediante su participación en organizaciones ciudadanas de defensa de los usuarios de los servicios de salud, teniendo incidencia en el sector salud, así como en grupos de auto-cuidado.

Este modelo se fundamenta en los siguientes principios que orientan la atención dentro del contexto familiar, principios que se clasifican en tres grupos:

- Principios relacionados con los usuarios: confiabilidad, compromiso, continuidad, auto-cuidado y satisfacción.
- Principios relacionados con los proveedores: cuidado integral, atención según riesgo, continuidad, individualidad, conocimiento de sí mismo, atención



humanizada, influencia sobre el estilo de vida, capacidad de asesoría, gerencia de recursos, compromiso profesional y conocimiento del contexto familiar.

- Principios relacionados con los recursos: familia como núcleo de atención primaria, énfasis en atención primaria, actuación interdisciplinaria del equipo de salud, uso de tecnología adecuada, atención por niveles de complejidad y ser red de apoyo social y sectorial. (Trejos, 2000).

4. OPERATIVIDAD DEL MODELO

El modelo se diseña para que el usuario reciba bajo la responsabilidad de las ESES la mayor cantidad de servicios posibles de primer nivel, soportadas en las características y riesgos de enfermar propias de la población adulta madura y mayor.

El modelo se planea con una visión ideal posible partiendo del reconocimiento de la situación actual del Servicio de Salud Departamental y considerando la normatividad vigente, expresada en la ley 100 de 1993, sus decretos reglamentarios y sus especificidades en la relación con otros niveles de atención. La atención con enfoque familiar, para las familias con personas con

HTA, requiere de un equipo de salud básico, conformado por médico, enfermera, auxiliar de enfermería y promotores de salud; y de un equipo de apoyo conformado por nutricionista, bacterióloga y edufísico.

Adicionalmente, como recursos materiales de apoyo básico, se requieren dotaciones de consultorios que faciliten la atención familiar, instrumentos de valoración familiar y espacios que favorezcan el desarrollo de acciones para la promoción de la salud y acciones de prevención primaria y secundaria (salas para trabajo en grupo, campos abiertos, otros).

4.1. Sistema de Atención Familiar

La atención familiar se proyecta a través de la detección familiar, su valoración, capacitación sobre la estrategia de atención, la elaboración de planes conjuntos entre equipo de salud y familia para el mantenimiento de la salud, determinando acciones de seguimiento y control.

4.2. Funciones del Equipo Básico de Salud

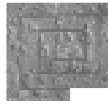
El equipo después de haber sido debidamente capacitado en aspectos básicos de salud familiar, debe conocer las funciones que como equipo se deben cumplir para ofrecer atención integral a la familia, considerando su participación. Todo el equipo parti-

cipa en el diagnóstico de salud familiar.

La enfermera coordina las acciones que se planeen en equipo, participa directamente en acciones de promoción y prevención y determina el riesgo familiar por ciclo vital. El médico realiza la consulta médica familiar y participa en la remisión de acciones individuales, familiares o colectivas para mantener la salud, participa en acciones de promoción y prevención de manera permanente y determina también, riesgo familiar por ciclo vital. El promotor de salud realiza visitas de seguimiento y control de las acciones planeadas para cada familia y contribuye en la detección del riesgo familiar por ciclo vital.

4.3. Estrategias de Implementación

- Iniciar la prueba piloto en un centro de salud con dotación específica.
- Conformar y entrenar el equipo básico de salud en el manejo de los instrumentos específicos de salud familiar (historia clínica familiar, APGAR familiar, famio-grama, eco-mapa, otros que se precisen).
- Las familias deben conocer el modelo de atención a partir de la primera visita de atención familiar y definir su participación voluntaria.



- Asegurar los recursos materiales mínimos y el presupuesto para la implementación y sostenimiento del modelo.
- Contar con una buena base de información, registrando los datos pertinentes en los informes correspondientes (es clave que quienes llevan los informes conozcan con claridad en valor de los mismos).
- Vincular la participación de Universidades con formación específica en salud familiar y otras instituciones con programas de salud familiar.
- Detectar, vincular y capacitar líderes comunitarios en la estrategia que propone el modelo.
- Realizar mapas de las comunas en donde se implementará las acciones, de acuerdo a acceso geográfico, nivel socio – económico y población a atender.
- Para el efectivo desarrollo, conformar un comité interinstitucional e intersectorial en el que participarán representantes administrativos y ejecutivos con el propósito de definir recursos y precisiones para el cumplimiento del modelo.
- Fortalecer financieramente el servicio a través de fuentes de apoyo que se logren, con la presentación de proyectos de desarrollo específico.
- Fomento y desarrollo de investigación continua y participativa entre el servicio de salud, la academia y la comunidad.
- Evaluar y realizar el segui-

miento del modelo de atención con enfoque familiar involucrando a todos los participantes en el mismo.

Cada uno de los pasos expuestos genera otros en su interior, que deberán establecerse específicamente para ajustarse a los centros de salud, de acuerdo con la normatividad estipulada en la ley 100, las características de la comunidad, el equipo de salud básico y de apoyo, de manera que sistemáticamente se logre un engranaje que permita ofrecer un servicio de calidad, con una visión familiar, centrado en la promoción de la salud y en la prevención de complicaciones, circunstancias que por sí mismas evitan mayores costos familiares e institucionales, de todo orden.

Las autoras agradecen a los estudiantes de últimos semestres del programa de Enfermería de las promociones 1999 y 2000, quienes participaron activamente en el proceso de investigación, una vez familiarizados con los

propósitos y problemas y metodología establecidos para el estudio, a través de la recolección de la información en las primeras dos fases del mismo. Así mismo, agradecen al personal de salud que atiende los programas

AGRADECIMIENTOS

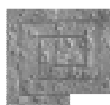
de HTA, en los municipios de Acacias, Granada, Restrepo y Villavicencio, por sus respuestas en el desarrollo del proceso investigativo.

AMAYA DE PEÑA, P. 1998. Riesgo Familiar total 7-70 y del ISF – GEN.25. Referentes Teórico – Conceptuales y Análisis de la Información. Impreso. U. Nacional de Colombia.

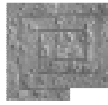
_____. 1995. Familias de Ancianos y Escolares del Sector de la Estrella, Ciudad Bolívar. Universidad Nacional de Colombia, Facultad de Enfermería, Bogotá. pp. 13 –15

BIBLIOGRAFÍA

ARTINIAN, N. 1996. Family Nursing in Medical Surgical Setting. En: Sharmon & Thalman S. Family Health Care Nursing Theory, Practice and Research. Philadelphia, F.A. Davis. pp. 9-21.



- BLANCO, J. H. 1998. Fundamentos de Salud Pública. Tomo I. Primera Edición. Editorial CIB. Universidad de Antioquia, Medellín. pp. 233 –259.
- BRADSHAW, J. 1999. La Conceptualización y Medición de la Necesidad. En: Salud y enfermedad. Compilación de Carmen de la Cuesta Benjumea. Universidad de Antioquia. Yuluka. Medellín. pp. 80- 120.
- DE LA CUESTA, C. 1995. Salud y Enfermedad. Lecturas Básicas en Sociología de la Medicina. Universidad de Antioquia. Medellín. pp. 123- 161.
- DUNCAN, P. 1992. La Construcción Cultural de la Salud y de la Enfermedad en América Latina. Cultura y Salud en la Construcción de las Américas. pp. 146- 170.
- FRIEDEMANN. 1995. The Framework of Systemic Organization a Conceptual Approach to Family and Nursing. Thousand Oaks: 995. p.11
- GARCIA SANTAMARÍA, D. 1.992. Perfil Profesional con Enfoque Familiar para el Médico, el Odontólogo, y la Enfermera en Pregrado. En: Memorias Tercer Congreso Colombiano de Salud Familiar. Medellín. pp.16 – 25.
- GRACIA, E. 1997. El Apoyo Social en la Intervención Comunitaria. Paidós, Barcelona, 659 pp.
- GONZALEZ, S., AGUDO, T. 1997. Factores de Riesgo: Aspectos Generales. Ministerio de Salud, Santafé de Bogotá, pp. 453.
- GUTIERREZ DE PINEDA, V. 1997. La familia en Colombia - Trasfondo Histórico. Universidad de Antioquia, Medellín- Colombia. pp. 426
- _____. 1968. Familia y Cultura en Colombia. Tercer Mundo, Bogotá. pp 564.
- _____. 1994. Modalidades familiares de Fin de Siglo. En: La familia en la perspectiva del año 2000. Magisterio, Santafé de Bogotá. pp 623.
- Mac.DANIEL, S. et al. 1998. Orientación Familiar en Atención Primaria. Sprenger Verlag Ibérica, pp 323.
- MARTINEZ, J. M. 1998. Administración en Salud Pública. McGraw Hill- Interamericana, Madrid. pp. 1.319.
- MALAGÓN – LONDOÑO, et al. 2002. La Salud Pública - Situación Actual Propuestas y Recomendaciones. Panamericana, Bogotá. pp. 530.
- MEJIA GÓMEZ, D. 1991. Salud Familiar para América Latina. Fundación Kellogs. Bogotá - Colombia. pp. 91.
- MINISTERIO DE SALUD DE COLOMBIA. 1987. Enfoque de Factor de Riesgo en los Ancianos. Ministerio de Salud, Bogotá, pp. 108.
- MINISTERIO DE SALUD DE COLOMBIA. 1999. III Estudio Nacional de Salud bucal y II estudio de Factores de Riesgo de las Enfermedades Crónicas. Ministerio de Salud, Bogotá pp. 97.
- LOCKER, D. Citado por Amaya de P. 1995 "Aspectos Psicosociales de la familia". Conferencia, Facultad de Derecho. U. Nacional de Colombia, Bogotá.
- OPS – OMS. 1996. Promoción de la Salud - Una Antología. Publicación Científica No. 557. Washington. P. 115.
- OTTERSTETTER H. 1992. Salud ambiental. En: Conferencia Internacional de Promoción de la Salud, Ministerio de Salud, Santafé de Bogotá. pp. 32- 40.
- QUEVEDO, E. 1990 El Proceso de la Salud- enfermedad. Hacia una Clínica y una Epidemiología no positivista. Material mimeografiado. Po-



nencia en el Seminario Permanente "Salud y Administración", Bogotá. pp. 45- 69.

ROBLEDO, G. 1999. Calidad de vida en Hipertensión Arterial. Cardio – Carr. Cardionews. Vol 1 (1) 7-17.

RODRÍGUEZ, A. 1995. Rutas Epistemológicas Alternas para Conocer. Construcción de Conocimiento con énfasis en Adultos. CINDE, Bogotá, pp. 9-36.

RODRÍGUEZ, et al. Riesgo Familiar: Tecnologías Apropriadas para la Intervención en Sa-

lud con Enfoque Biopsicosocial. En: Memorias III congreso Colombiano de Salud Familiar. Corporación Social para el desarrollo Integral Familiar. 29 de abril – 3 de mayo, 1994, Medellín. pp. 547 561.

SANCHEZ HERRERA, B. 2000. Dimensiones del cuidado - Por qué hablar del cuidado de la salud humana?. pp. 17-25. Universidad Nacional de Colombia, Bogotá.

SPANN STEPHEN, J. 1996. El Impacto de la Familia sobre la Salud y la Enfermedad. En: Memorias Primer Congreso

Colombiano de Salud Familiar. 1,2 y 3 de Octubre, Bogotá, OPS- Ministerio de Salud. pp. 75 –90.

TREJOS CASTRILLON, J. L. 2000. La Salud Familiar, un Enfoque de Atención Integral en el Contexto de la Seguridad Social. VI Congreso Colombiano de Salud Familiar. Medellín. pp. 89 -98.

ZAMUDIO, L., RUBIANO, N. 1994. Las Familias de Hoy en Colombia. Tomo I. Presidencia de la República, ICBF – UNICEF, Bogotá

**ESQUEMA DEL PROCESO INVESTIGATIVO Y PRODUCTIVO
FASES DEL ESTUDIO SOBRE FAMILIAS CON PERSONAS CON (HTA) Y SERVICIOS DE SALUD**

FASE	OBJETO	METODOLOGIA	RESULTADOS
FASE I	Determinar elementos potenciales y reales para el mantenimiento de la Salud.	Cualitativo Descriptivo Interpretativo	Evidencian necesidades de cuidado Familiar de familias con personas con (HTA) de adulto maduro y adulto mayor y la necesidad de un modelo de atención de la salud con enfoque familiar
FASE II	Caracterización de familias con enfoque de riesgo, Familias Adulto Maduro y Mayor.	Descriptivo Cuantitativo	
FASE III	Necesidades de Cuidado Familiar determinadas por el personal de salud que asiste a personas con (HTA).	Cualitativo Descriptivo Interpretativo	

MODELO DE ATENCION EN SALUD CON ENFOQUE FAMILIAR