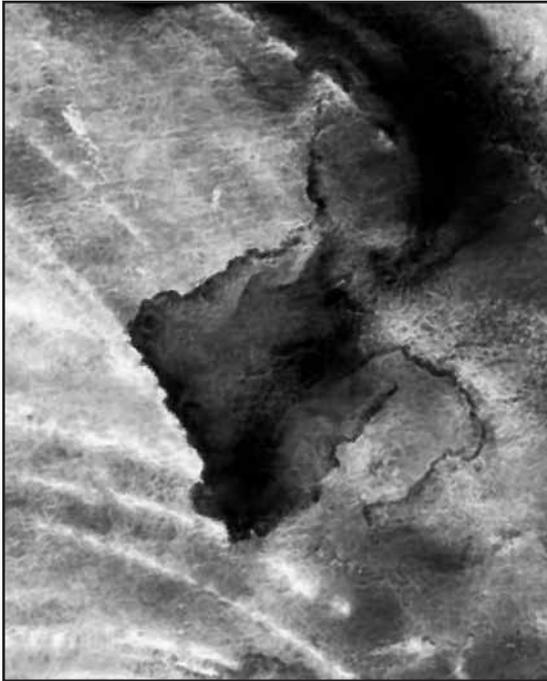


# INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA EN EL SISTEMA FAMILIAR: VALORACIÓN

Varela Feal, N\*; Rodríguez Maseda, E\*; Romero Martín, M\*; Castro Pastor, A\*;  
Fernández Cao, MJ\*.

\* *Enfermeras/os. Profesores de la E.U. de Enfermería y Podología de la  
Universidad de A Coruña, Campus de Ferrol.*

*Trabajo presentado en el II Convenio Nacional de Estudiantes de Enfermería,  
"Liderando el futuro profesional". Ferrol, 27 y 28 de marzo de 2003*



## NURSING INTERVENTION ON THE FAMILY SYSTEM: ASSESSMENT

### ABSTRACT

The importance of the assessment stage is widely known as it is the first stage in the Nursing Care Process. This phase deals with the collection of data on the patient's health status in order to obtain a conclusion or diagnosis leading to an individualized care plan, which is our aim as nurses.

But the changes brought by the new millennium concerning new pathologies and therefore new types of patients, offer new challenges in patient care. We suggest a change in the model that will guide this assessment process: the SYSTEMIC FAMILY MODEL.

**Key words:** Assessment, NCP (Nursing Care Process), family

### RESUMEN

De todos es conocida la importancia de la fase de valoración, puesto que es la primera fase, dentro del Proceso de Atención de Enfermería. Esta fase constituye la recogida de datos sobre el estado de salud del paciente con el fin de llegar a una conclusión o diagnóstico y una planificación individualizada de cuidados, que es nuestro principal propósito como enfermeros.

Pero los cambios que nos trae el nuevo milenio, en relación al tipo de patologías, y consecuentemente en relación al tipo de pacientes, nos presenta nuevos retos en la atención. Principalmente proponemos un cambio en el modelo de actuación y

Y OS DIGO QUE LA VIDA ES REALMENTE  
OSCURIDAD,  
SALVO ALLÍ DONDE HAY ENTUSIASMO,  
Y TODO ENTUSIASMO ES CIEGO, SALVO  
DONDE HAY SABER  
Y TODO SABER ES VANO, SALVO DONDE HAY  
TRABAJO  
Y TODO TRABAJO ESTÁ VACIO, SALVO DONDE  
HAY AMOR.

¿Y QUE ES TRABAJAR CON AMOR?  
ES PONER, EN TODO LO QUE HAGAIS, UN  
SOPLO  
DE VUESTRO ESPÍRITU

KHALIL GIBRAN

que guiará por tanto este proceso de valoración del que hablamos, se trata del **MODELO FAMILIAR SISTÉMICO**.

**Palabras clave:** Valoración; PAE; Familia

## INTRODUCCIÓN

Como profesionales o futuros profesionales debemos estar preparados para poder atender y adaptarnos a los nuevos retos que se nos presentan. En las próximas décadas la sociedad se caracterizará por una mayor esperanza de vida, cuya consecuencia, se verá en el aumento de las patologías crónicas, degenerativas e incapacitantes, y donde la familia se convertirá en el eje fundamental de nuestras actuaciones. La tecnología y los avances científicos mejoraran el tratamiento de muchas enfermedades y accidentes, pero a su vez nos encontraremos a personas con limitaciones o minusvalías más o menos graves, y que requieren una atención a domicilio. Aumentaran los problemas sociales y de salud mental como: la drogadicción, alcoholismo, desempleo, depresión, etc..., y en donde la continuidad de los cuidados de enfermería será el eje fundamental para dar respuesta a estos cambios, pero donde también será importante la multidisciplinaridad. Debemos, por tanto prepararnos para el manejo de situaciones difíciles como: ser generadores de cambios, negociación, atención terminal y muerte, trabajo individual, en grupo y el trabajo con la familia.

Por todo esto, ¿de que manera los profesionales podemos estar preparados para poder afrontar tantos y nuevos desafíos?.

Nosotros creemos que todo ello radica en mantener una actitud abierta, que aliente a pensar de una manera contextual, es decir, todo ocurre dentro de un contexto que es necesario conocer, y a respetar las múltiples realidades y perspectivas. En este sentido Humberto Maturana nos recuerda que “nuevas situaciones pueden requerir soluciones o juicios hasta ese momentos desconocidos o no experimentados”. Así nos hemos propuesto presentar una nueva “explicación” que nos ayude a entender mejor y a tener una visión más global, holística y ecológica de los cuidados de enfermería.

## LA VALORACIÓN EN ENFERMERÍA

Sin duda es la primera y una de las más importantes etapas de un proceso. La valoración de enfermería es la etapa del proceso de cuidados de enfermería en la cual radica la dirección que van a tomar nuestras actuaciones. Por ello, para entender su importancia, nos hemos propuesto responder a tres preguntas, estas son: ¿que es valorar?, ¿Como valorar? y ¿que debemos valorar las enfermeras?.

### ¿QUE ES VALORAR?

Valorar es un proceso de “descubrimiento”. Y descubrir quiere decir que no se sabe algo de antemano.

Todas las situaciones que se nos presentan como profesionales de los cuidados constituye un encuentro entre personas (nosotros y el otro: el paciente y la familia), y en el cual se tiene que buscar sus complementariedades respecto a una necesidad de salud. Por ello nuestro primer descubrimiento debe consistir en “situarse”, es decir en saber quien es el otro, aprender a conocerlo a través de sus diferentes estatus y roles sociales: esposo, esposa, madre de familia, hijos, edad nacionalidad, cultura, contexto, rural, urbano, religión, etc. Pero aunque todo esto pueda parecer de una vanidad extrema, todos los días las enfermeras nos enfrentamos a toda esta información en la historia clínica o administrativa del paciente, y en la mayoría de los casos no reaccionamos ante ella.

Además de esto, toda situación, que como anteriormente decíamos, se nos plantea como profesionales, también es un encuentro de personas que “viven” una enfermedad, un defecto físico, o que tiene una dificultad que puede tener efectos sobre su salud. Son ellos, los usuarios de los cuidados, sus familias, los que tienen todos los elementos fundamentales de la situación, son la primera fuente de conocimientos, y no sólo por lo que ellos dicen, sino por todo lo que podemos captar, de lo que nos dejan a través de la comunicación no verbal. Entre palabra y palabra, entre silencios, la postura, el rostro y la mirada, se encuentra mezclado lo que nos agita a todos: el amor, el trabajo, el destino, la vida (Colliere M. F. 1993).

Por valorar, también entendemos como la primera fase del proceso de atención de enfermería (PAE), la cual consiste en la recogida de datos para

determinar el estado de salud del paciente con el fin de poder planificar individualmente los cuidados de enfermería (Alfaro R. 1999). Así, La valoración puede definirse como el acto de revisar una situación con el propósito de emitir un diagnóstico acerca de los problemas de un paciente. Pero, debemos de tener en cuenta que la valoración de enfermería como parte del proceso requiere establecer previamente un sistema o marco conceptual que determine que datos deben reunirse en primer lugar, marco que, a su vez dependerá del modelo teórico de enfermería que utilicemos (Hernández Conesa. 1999). Es decir, es el modelo que empleamos el que nos dice que datos y que información debemos recoger para llevar a cabo nuestra intervención como enfermeras. Así tenemos, como la valoración de Virginia Henderson se basa en recoger información sobre las 14 necesidades básicas del ser humano, a como en el modelo D. Orem se recoge información sobre los requisitos de autocuidado, etc.

Trabajar conforme a un modelo implica la necesidad de obtener información que permita valorar el estado de salud de una persona, familia o grupo con relación a los cuidados que necesita. Pero también debe suponer, en este caso para la enfermería, considerar a la persona como ser único y holístico, en continua adaptación a los cambios que se producen en sí mismo y en su entorno.

El modelo que queremos presentar aquí, y por tanto el que va guiar la recogida de datos e información, es el **MODELO FAMILIAR SISTÉMICO**. Este modelo está basado en enfoques holísticos y ecosistémicos que unen conceptualmente la mente y el cuerpo, y consideran a la persona dentro de sus contextos sociales específicos. Desde esta perspectiva se tiene en cuenta: al individuo, su familia, su contexto social y las demandas psicosociales de la situación a la que deben enfrentarse, en este caso un problema de salud, y valorar como todo esto (individuo, familia, contexto, recursos...) está estrechamente relacionados e interaccionan entre sí para producirse, un ajuste (adaptación) o no, a la situación.

Como punto inicial de este modelo, es que, debemos considerar a la familia, y no solo a la persona enferma, como unidad central de atención (Rolland J. 2000).

Por tanto, este modelo requiere un forma de pensamiento y visión que enfatiza la interrelación que se produce entre la enfermedad, la familia, el individuo y su contexto social; en el que tampoco debemos olvidar que el sistema de salud, nosotros los profesionales, también estamos incluidos.

Pero antes de entrar de lleno en mostrar que información debemos recoger, es decir, en ¿que valorar?, se hace necesario conocer cuales son los principios que nos deben guiar para recoger esa información, hablamos en este caso del ¿**COMO VALORAR?**

### ¿**CÓMO VALORAR?**

El como valorar hace referencia directamente a la entrevista clínica. El objetivo primordial del profesional a lo largo de la entrevista en el modelo sistémico, consiste en recoger la adecuada información sobre los factores que consideramos esenciales para cada caso. La adecuada información constituye un requisito imprescindible puesto que sirve de fundamento sobre el cual se planifican y se realizan las intervenciones. Para conseguir tal información se requiere tiempo, perseverancia y un esfuerzo que sin duda valdrá la pena (Fish R, Weckland JH. 1994).

Los principios de la entrevista para trabajar desde este enfoque o modelo son: la circularidad y la neutralidad.

### **LA CIRCULARIDAD**

Hipócrates, afirmaba que “todas las partes de un organismo forman un círculo, Por lo tanto cada una de las partes es tanto comienzo como fin”.

En un trabajo en el cual se realiza la actividad en cadena, como por ejemplo una fabrica de pantalones donde se comienza por el patronaje del pantalón y se termina por el etiquetado, es factible hablar en términos de un comienzo y un fin. Pero estos términos carecen de sentido aplicados a sistemas, y en este caso aplicado a las interacciones humanas, en las que existe una retroalimentación.

Una perspectiva lineal está focalizada en el individuo y en sus acciones, es decir, en lo que hace y su efecto. Este enfoque está adoptado mayormente en el mundo sanitario a través del modelo de causalidad, por el cual siempre se intenta descubrir la causa del problema, (el problema es

que hace mal la dieta, por tanto es un no cumplidor y tendrá problemas con su salud). Mientras que una perspectiva circular está focalizada en las relaciones (Watzlawick P. Beavin J. 1997).

Este enfoque busca los efectos del comportamiento de una persona en otra y los efectos de los efectos. En el contexto de la enfermedad la perspectiva circular busca los efectos de la enfermedad en el individuo y en su familia y los efectos de estos en la enfermedad, siempre desde una perspectiva holística y ecológica. A la vez, también tiene en cuenta la relación que se establece entre el individuo, la familia y el profesional de la salud (enfermera/o). La enfermera influye en la familia y el individuo, pero también la familia y el individuo influyen sobre la enfermera, así las familias e individuos aprenden a través de las intervenciones de las enfermeras, pero nosotros también aprendemos a través de esas intervenciones con las familias. Por lo tanto la esencia del modelo circular es que A influye sobre B y B influye sobre A.

El modelo sistémico el cual utiliza el enfoque circular, trata de entender el problema y generar soluciones. Sus preguntas no van dirigidas a ¿quien tiene la culpa?, ¿que hace mal?, sino a: ¿Como está cada uno implicado?, ¿como tuvo que reorganizarse la familia y paciente ante la enfermedad, o como deberán hacerlo?, ¿quien asumió mas responsabilidad? ¿como respondieron los demás miembros de la familia a la enfermedad?

## NEUTRALIDAD

Otro principio de entrevista esencial en este modelo es la NEUTRALIDAD. La neutralidad está presente cuando el paciente y la familia perciben que la enfermera está igualmente interesada por cada uno de los puntos de vista de cada miembro de la familia (Watson W.L. 1992). *Es importante que entendamos que, la neutralidad no significa que nuestras creencias, temores, valores, principios puedan enfrentarse a las del paciente y su familia, desde este punto de vista podemos decir que no existe la neutralidad, que no se puede ser neutral.*

Sin duda, la neutralidad está basada en el RESPECTO, esto implica una postura de profesional no-enjuiciadora, no-culpabilizadora y no comprometida (fiel) a una solución en particular, que la familia

deba escoger o tenga obligatoriamente que elegir. En este sentido, la neutralidad y el respeto también nos dice que debemos ver a la familia como experta. Experta, en relación con los problemas asociados a una enfermedad, es decir, experta en términos de experiencia de la enfermedad (Robinson C. 1994). El paciente y la familia son los que más saben de como viven con esa enfermedad, como funciona la familia y como se enfrentan y se ajustan, y surgen las soluciones a las nuevas demandas que la enfermedad les exige. La enfermera no demanda un cambio, sino que invita a él a través de los recursos que poseen las familias.

La neutralidad ayuda a la enfermera a mantener la maniobrabilidad con la familia. Cuando la neutralidad está presente, la familia no ve a la enfermera como alguien que está solamente al lado de una persona; es decir un aliado de una sola persona. Sino que es vista como un profesional que defiende, aboga por todos los miembros de la familia y sus relaciones.

Dos son las llaves de la neutralidad, la primera es la **curiosidad**. Curiosidad significa mostrar interés por cada uno de los miembros de la familia, y la familia como un todo. La segunda llave es la **actitud igualitaria** ante el paciente y la familia. La imagen de autoridad, de superioridad o de pericia profesional puede resultar útil en algunos casos, o situaciones; pero en la mayoría de los casos una posición de este tipo intimida a los pacientes y sus familias, que quizás puedan verse ya abrumados por sus problemas y situaciones, y con lo cual limita considerablemente el desarrollo de una buena relación terapéutica.

En muchas ocasiones esta relación de superioridad, que solemos utilizar muy a menudo con nuestros pacientes y sus familias, es interpretada como un signo de sabiduría y sagacidad del profesional, como consecuencia de esto, el paciente y la familia limitan los datos e información que ellos consideran importantes al entender y asumir que el profesional es perspicaz y sagaz, y por lo tanto lo comprenderá de todos modos, (el peligro es mayor cuando asumimos que los paciente y sus familias ya tienen la información, o asumimos que ya lo saben todo).

La relación profesional-paciente implica de por si una situación en la que se da por supuesto que el

primero tiene mas poder que el segundo. La actitud igualitaria es la forma más segura de evitar una actitud de superioridad, y de anular la tendencia del paciente a mirar desde abajo al profesional, lo cual bloquea y limita nuestras intervenciones. En la actitud igualitaria que consigue mayor colaboración del paciente y su familia, y además concede al profesional mayor capacidad de maniobra. En definitiva, se trata sobre todo, de trabajar juntos y conseguir así una buena ALIANZA O ENGANCHE TERAPÉUTICO.

El primer contacto, “la acogida”, con el paciente y su familia constituye un momento de gran importancia, ya Aristóteles decía que “un buen inicio es la mitad del trabajo”. Nuestro objetivo principal en este primer contacto no es otro que establecer una relación de confianza, una buena alianza.

Sin duda, la neutralidad, el respeto y la actitud igualitaria, nos facilitará establecer una buen **enganche** con el paciente y la familia.

El enganche o alianza, se produce cuando el profesional conecta a nivel emocional y social con el paciente y la familia. Así la alianza y la aceptación con y de la familia son claves básicas en esta fase del proceso. Del mismo modo lo definen Minuchin y Fishman (1981) bajo el termino “integración” (Carpenter J. 1993).

“Integrarse en una familia es mas una actitud que una técnica, y es la sombrilla bajo la cual ocurren todas las transacciones terapéuticas. Integrarse es conseguir que la familia sepa que el profesional la entiende, trabajo con ella y para ella... bajo su protección..., la familia puede tener la seguridad de investigar alternativas, ensayar lo desacostumbrado y cambiar. La integración es el ligamento que mantiene unido al sistema terapéutico”.

Además, de la neutralidad, el respeto y actitud igualitaria. Una estrategia fundamental para conseguir el enganche consiste en observar, aprender y **“hablar el lenguaje del paciente”**. No solo nos estamos refiriendo a la utilización de un lenguaje comprensible, sin tecnicismos que resulten confusos y complejos para las familias. Nos referimos a entrar en sintonía con las modalidades de representación de la persona, de su construcción del mundo, lo cual para ello es necesario primero esforzarse por comprender con rapidez y amplitud sus posibles expectativas, temores, prejuicios,

experiencias y esperanzas.

Por otra parte también esta claro que no se le debe hablar de la misma manera a una persona sencilla que a un catedrático, a un adulto como a un niño.

Debemos aprender a ser sensibles a posibles señales o respuestas de la familia como consecuencia de nuestra conversación. **El hablar pausadamente**, nos puede ayudar a percibir estos signos, es decir, conversar despacio da tiempo a las familias a hacernos saber sus respuestas y a nosotros percibirlos.

Debemos **darles la oportunidad de preguntar**, incluso a hacernos saber que pueden preguntarnos aquellas dudas o preguntas para las cuales no tenemos la respuesta adecuada o esperada, o sencillamente no se tiene la respuesta.

Lo importante no es tener la respuesta, sino dar a las personas la posibilidad de preguntar, hacerles entender que serán escuchados con respeto y que obtendrán del profesional respuestas sinceras.

La comunicación con la familia debe convertirse en un **diálogo mas que un monólogo** del profesional, en el cual éste se encarga de dar unas pautas, unas indicaciones y recomendaciones sin entender que significan, o que representan.

Es evidente que tanto el profesional como el paciente y su familia contribuyen al desarrollo y al mantenimiento de la alianza terapéutica; pero es responsabilidad del profesional cuidar esta relación y que no sufra ninguna alteración. La retroalimentación periódica, clarificar sentimientos, emociones, silencios e información, así como discutir con la familia y el paciente sobre la dificultad en la relación o por que las cosas no van bien, ayuda a anclar o obtener una mayor alianza, ya que la familia y el paciente responden positivamente a nuestro intento de corregir nuestros errores.

## ¿QUÉ VALORAR?

Nos proponemos, ahora dar respuesta a la última pregunta que nos planteábamos, ¿qué debemos valorar las enfermeras?.

La evaluación sistémica está basada en cuatro áreas básicas: Como se organiza la familia, y pautas estructurales, en que etapa de desarrollo se encuentra la familia, es decir, ciclo vital del paciente, su familia y sus experiencias multigeneracionales; el

proceso de comunicación de la familia y finalmente el sistema de creencias (Rolland J. 2000).

### **PAUTAS ESTRUCTURALES Y ORGANIZATIVAS DE LA FAMILIA.**

Aquí, se valora fundamentalmente dos aspectos:

El primero constituye la “constelación familiar”, es decir, quien constituye la familia. Esta constelación familiar puede dividirse en: Estructura interna, externa y contextual

Estructura interna.- corresponde a la unidad doméstica actual. ¿Quién la compone?

La estructura externa.- hace referencia a la familia extensa, amigos, recursos sociales con los que cuenta la familia, trabajo, escuela, profesionales de la salud. Incluye todo aquello que rodea a una familia, para superar o hacer frente a los desafíos de la vida.

Finalmente, también recogemos información sobre la estructura contextual de la familia, esto es: etnia, raza, clase social, religión, entorno, etc.

El segundo aspecto que debemos valorar es, como funciona la familia; la capacidad de adaptación de la familia ante nuevas situaciones; en este caso una enfermedad. Se trata de conocer si la familia tiene una excesiva cohesión o por el contrario respetan la autonomía e independencia de los demás miembros de la familia, y sus diferencias individuales. Así las familias que son altamente cohesionadas pueden impedir la autonomía y la toma de decisiones de la persona enferma, y su normal desarrollo (si bien debemos de ser conscientes de la diversidad cultural; ya que en muchos grupos étnicos; gitanos, italianos, la alta cohesión puede ser normal).

Valorar si la familia se encuentra en una etapa de ciclo vital de alta cohesión, como la niñez, donde se necesita que la familia trabajen en equipo o cohesionados; o por el contrario, si la aparición de una enfermedad en la adolescencia impide el desarrollo de una etapa de cohesión, a una de mayor autonomía y respeto de su privacidad, con el consiguiente riesgo de infantilización del adolescente. Las familias pueden llegar a ser sobreprotectoras e inhibir así el desarrollo de la autonomía e independencia.

En definitiva se trata de conocer quien hace qué, donde y cuando dentro de la familia.

Conocer las pautas de apego excesivo y desapego familiares, constituyen factores importantes para lograr una buena adaptación familiar ante la enfermedad. Por ejemplo: Una enfermedad que requiere un gran apego familiar, como por ejemplo las demencias, resultará especialmente difícil para aquellas familias que evitan o han evitado siempre la proximidad, y los esfuerzos conjuntos. Por otro lado, el trabajo en equipo de la familia es menos necesario, ante enfermedades como la úlcera gástrica, o la HTA arterial, por lo que resultará menos problemático para una familia desapegada.

Por ello, conocer que hace, que está haciendo, la familia ante las dificultades nos dará información importante para valorar la posibilidad de respuesta exitosa, o de adaptación a la enfermedad.

Valorar las **fronteras generacionales y las fronteras entre la familia y la comunidad** son aspectos también esenciales de nuestra valoración. En las fronteras generacionales valoramos las reglas que diferencian los roles, derechos y obligaciones de padres e hijos. Estas fronteras pueden romperse cuando aparece una enfermedad, por ello se trata de conocer ¿quien asume toda la responsabilidad del cuidado?, ¿Quién asume la responsabilidad de ayudar económicamente, si es necesario?. Si un hijo asume toda la responsabilidad del cuidado puede verse obstaculizado su desarrollo personal, sus expectativas de vida y profesionales, sus sueños y proyectos.

La responsabilidad compartida es de vital importancia para hacer frente y conseguir un ajuste ante las demandas de la enfermedad y las necesidades de cada uno de los miembros de la familia.

Por otra parte, valorar las fronteras entre la familia y la comunidad, nos permite conocer como la familia conecta con la comunidad y sus recursos, o por el contrario, como la familia se cierra al mundo exterior con el riesgo de llegar al aislamiento social.

### **CICLO VITAL Y EXPERIENCIAS MULTIGENERACIONALES**

Acontecimientos importantes en el ciclo de vida familiar como: adolescencia, matrimonio, nacimiento de un hijo, etc.; anuncian un paso de una etapa a otra, y cada etapa presentan desafíos y tareas de desarrollo. La presencia de una enferme-

dad física o discapacidad, pueden influir en el desarrollo normal del momento evolutivo en el cual se encuentra la familia y cada uno de sus miembros.

Cuando se diagnostica una enfermedad o una discapacidad es importante conocer en que fase del ciclo evolutivo de vida se halla la familia y la etapa de desarrollo individual en que se encuentran todos sus miembros. Así nos podemos encontrar con familias con hijos pequeños, adolescentes, matrimonio recién contruidos, parejas en edad adulta o vejez.

Del mismo modo que valoramos el ciclo vital de la familia y sus miembros, también debemos pararnos en conocer el ciclo de la enfermedad, es decir su desarrollo, aquí hacemos referencia a la tipología psicosocial desarrollada por Rolland (2000), la cual presenta variables que van desde el **comienzo de la enfermedad**: agudo o crónico, **el curso**: progresivo, constante o episódico, **el desenlace**: mortal, con expectativas de vida reducida o muerte súbita; o no mortal, **incapacidad**: ninguna, leve, moderada o grave. Otros elementos que también debemos tener en cuenta son el grado de incertidumbre y previsibilidad en la aparición de complicaciones, la visibilidad o no de los síntomas, el régimen exigido de tratamiento, la contribución genética en la transmisión de la enfermedad, o la edad de comienzo de la enfermedad.

Este esquema se completa con las fases temporales de la enfermedad crónica: la fase de crisis, la fase de cronicidad y la fase terminal, donde cada una presenta desafíos y tareas básicas a los que las familias deben dar respuesta.

Otra dimensión a valorar es las experiencias multigeneracionales. El comportamiento actual de una familia no puede entenderse aislado de su historia. Esto consiste en rastrear acontecimientos y transacciones claves, así como las estrategias de afrontamiento y respuesta que presentó la familia a estas situaciones o factores estresantes.

Del mismo modo también debemos indagar sobre las experiencias anteriores con el sistema de salud y como fue su relación con los profesionales,

ya que las experiencias frustrantes o traumáticas con el sistema de salud pueden dificultar el comienzo de una nueva relación, y por lo tanto, de una buena alianza.

### **PROCESO DE COMUNICACIÓN.**

En una evaluación familiar, debemos valorar la capacidad de los miembros de la familia para comunicarse cuestiones tanto prácticas (instrumentales), como emocionales relacionadas con la enfermedad. Las áreas específicas a valorar incluyen: temas nocivos o delicados como la muerte donde la comunicación suele fallar entre la familia y los profesionales como por ejemplo la conspiración de silencio. Limitaciones de género, por lo general los hombres son eficaces en tareas instrumentales, pero suelen estar limitados en la expresión emocional.

Valorar si la familia discute abiertamente sobre sus emociones y sentimientos, miedos e inquietudes y como la enfermedad influye en el clima afectivo de la familia y al comunicación entre ellos.

### **SISTEMA DE CREENCIAS Y POSTURA DEL PACIENTE Y FAMILIA**

Epictetus decía *“que no son las cosas las que alteran a los hombres sino la imagen que tenemos de esas cosas”*.

Del mismo modo podemos decir que la manera en que la persona y la familia viven su salud y la enfermedad, está determinada por “nuestra estructura individual, nuestra composición genética, del medio o contexto en el que vivimos, la cultura, nuestras relaciones con los demás, elecciones y creencias, nuestra situación en el espacio y en el tiempo”. Los pacientes y sus familias son personas que poseen sus propios valores, creencias y prioridades, que están fuertemente consolidadas y que determinan el modo en el que actuaran o no actuaran (Fish R. Weckland J. H. 1994). Del mismo modo los profesionales tenemos nuestro propio sistema de creencias, que debemos revisar para valorar su puede interferir u obstaculizar nuestro trabajo con el paciente y su familia.

El sistema de creencias constituye un fuerza muy poderosa: cuando las creencias son mal utilizadas o no son tenidas en cuenta pueden hacer estragos en las relaciones e impedir una buena adaptación, pero cuando se les usa con criterio fortalecen todas las relaciones y proporcionan la base para una buena adaptación.

Los pacientes y sus familias tienen sus propias ideas sobre la naturaleza de su problema (signifi-

cado) y algunas teorías sobre como podrían resolverlos. Conocer cual es la “postura” del paciente y la familia ante la enfermedad y su tratamiento nos permitirá conocer hasta que punto se hallan comprometidos y aceptan los cambios y recomendaciones sugeridos. Las creencias de la familia y el paciente acerca del control y dominio de una enfermedad nos ayudan a predecir comportamientos relativos a la salud, especialmente la adherencia al tratamiento, e indican las preferencias de la familia de participar o no en el tratamiento y el proceso curativo del familiar enfermo. Así, recordamos que aquellas familias que consideran que el control de la enfermedad depende de un control externo e intenso de los profesionales y especialistas, tendrán una mayor dependencia del sistema de salud y tendrá mayores dificultades para participar en sus cuidados y alcanzar así una mayor autonomía.

## CONCLUSIONES

Hemos tratado aquí, de presentar otra solución a posibles situaciones. Esta nueva solución se basa en que la enfermera no demanda o exige a los pacientes y sus familias a cambiar, sino que ella invita a ese cambio. Y a que, como se expresa en una reflexión realizada por un equipo de un centro de salud, “las personas tienen el potencial de su salud. Nosotros solo tenemos que ayudarles a liberarlo” (Colliere M.F. 1993). Los pacientes y sus familias tienen la solución a la mayoría de las situaciones, nosotros solo tenemos que mostrárselo o guiarles para que la encuentren.

## BIBLIOGRAFÍA

- ALFARO, R. (1999) Aplicación del proceso enfermero. Guía paso a paso. 4ª ed. Springer, Barcelona.
- ANTÓN Mª V. (1998) Las enfermeras entre el desafío y la rutina. Una mirada al siglo XXI. Díaz de Santos, Madrid.
- CARPENTER, J. TREACHER, A. (1993) Problemas y soluciones en terapia familiar y de pareja. Paidós, Barcelona.
- CASTELL, A. (1999) Las enfermeras del futuro: propuesta para la excelencia profesional. Rev AE Enferm Urolog 73, 17-23.
- CASADO, R. (1996) Algunas reflexiones sobre el futuro de la enfermería. Salud 2000 X(55), 25-27.
- COLLIERE, M. F. (1993) Promover la vida. De la práctica de las mujeres cuidadoras a los cuidados de enfermería. Interamericana, Madrid.

- DUCH LLUIS. (2002) Antropología de la vida cotidiana. Trota, Madrid.
- MARTÍNEZ SANDE G. (1997) Aspectos psicológicos de la enfermedad física y de la discapacidad crónica II. Aspectos de intervención desde la terapia familiar. Cuadernos de Atención Primaria 4, 212-222.
- FISH, R. WEAKLAND, JH. SEGAL, L. (1994) La táctica del cambio. Como abreviar la terapia. Herder, Barcelona.
- HERNÁNDEZ CONESA, J. (1999) Fundamentos de la enfermería. Teoría y método. Interamericana, Madrid
- MARTÍNEZ SANDE G. (1997) Aspectos psicológicos de la enfermedad física y de la discapacidad crónica. Cuadernos de Atención Primaria 4, 151-158.
- PUBLICACIONES DE LA OMS. (1993) Enfermería en Acción. Ministerio de Sanidad y Consumo, Madrid.
- ROBINSON, C. (1994) Nursing interventions with families: a demand or an invitation to change?. Journal of Advanced Nursing 19, 897-904.
- ROLLAND, J. (2000) Familias, enfermedad y discapacidad. Una propuesta desde la terapia sistémica. Gedisa, Barcelona.
- SHUMAN ROBERT. (1999) Vivir con una enfermedad crónica. Una guía para pacientes, familias y terapeutas. Paidós, Barcelona.
- VON FOERSTER, H. (1996) Las semillas de la cibernética. Obras escogidas. Gedisa, Barcelona.
- WATSON, W. L. (1992) Family Therapy. En Bulechek G.M, McCloskey J.C. Nursing Interventions: Essential Nursing Treatments 2nd ed. Saunders, Philadelphia pp. 379-391.
- WATZLAWICK, P. (1992) La Coleta del barón de Münchhausen. Herder, Barcelona.
- WATZLAWICK, P. BEAVIN, J. JACKSON, D. (1997) Teoría de la comunicación humana. Herder, Barcelona.

