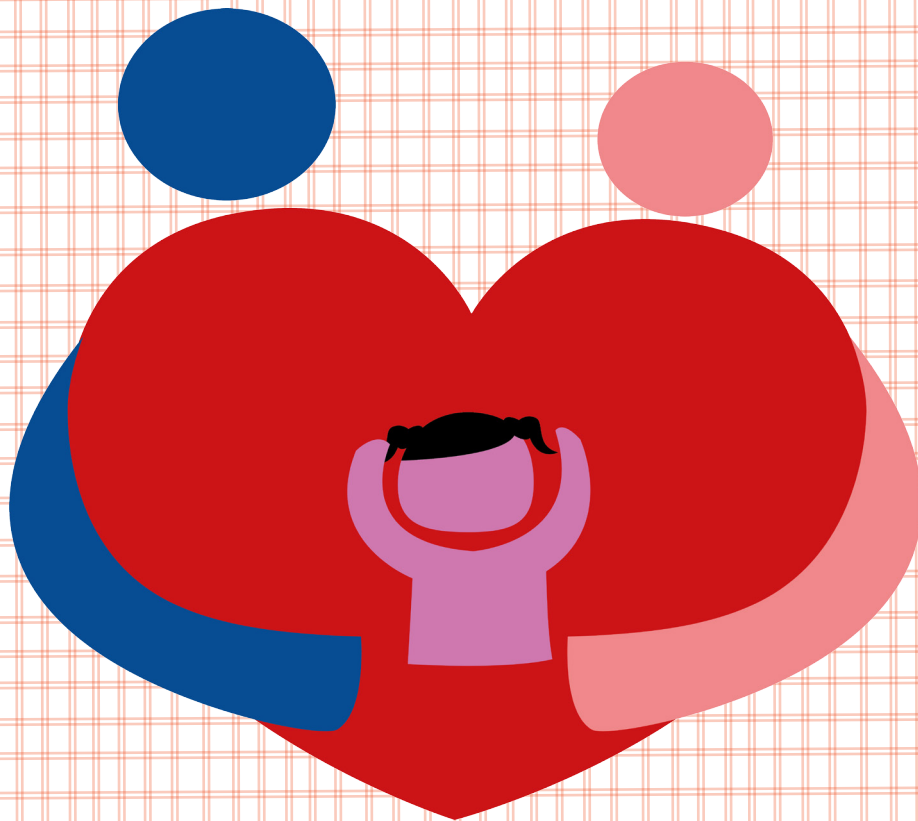



Reflexiones teóricas y prácticas del cuidado de enfermería a la familia



**Elcy Forero Beltrán
Doris Lucía Lozano de Ramírez
Rosalba Montalvo Varón
Martha Cecilia Veloza Morales
Jenny Carmiña Rodríguez González
Betsy Milena Venegas Ariza
Danixa Lizjanne Rodríguez Giraldo**



Reflexiones teóricas y prácticas del cuidado de enfermería a la familia

Elcy Forero Beltrán

Doris Lucía Lozano de Ramírez


Rosalba Montalvo Varón

Martha Cecilia Veloza Morales

Jenny Carmiña Rodríguez González

Betsy Milena Venegas Ariza

Danixa Lizjanne Rodríguez Giraldo



Reflexiones teóricas y prácticas del cuidado de enfermería a la familia

Elcy Forero Beltrán

Doris Lucía Lozano de Ramírez

Rosalba Montalvo Varón

Martha Cecilia Veloza Morales

Jenny Carmiña Rodríguez González

Betsy Milena Venegas Ariza

Danixa Lizjanne Rodríguez Giraldo

AREANDINA
Fundación Universitaria del Área Andina

Forero Beltrán, Elcy / autor

Reflexiones teóricas y prácticas del cuidado de enfermería a la familia -- / autor Elcy Forero Beltrán y otros seis autores -- Bogotá: Fundación Universitaria del Área Andina, 2020.

ISBN (impreso): 978-958-5139-03-9

ISBN (digital): 978-958-5139-04-6

142 páginas : gráficos ; 27 cm.

Incluye índice

1. Enfermería general. – 2. Medicina familiar. – 3. Salud pública.

Catalogación en la fuente Biblioteca Fundación Universitaria del Área Andina (Bogotá)

610 – scdd22

REFLEXIONES TEÓRICAS Y PRÁCTICAS DEL CUIDADO DE ENFERMERÍA A LA FAMILIA

© Fundación Universitaria del Área Andina.
Bogotá, mayo de 2020

© Elcy Forero Beltrán, Doris Lucía Lozano de Ramírez, Rosalba Montalvo Varón, Martha Cecilia Veloza Morales, Jenny Carmiña Rodríguez González, Betsy Milena Venegas Ariza, Danixa Lizjanne Rodríguez Giraldo

ISBN (impreso): 978-958-5139-03-9

ISBN (Digital): 978-958-5139-04-6

FUNDACIÓN UNIVERSITARIA DEL ÁREA ANDINA

Calle 70 No. 12-55, Bogotá, Colombia

Tel: +57 (1) 7424218 Ext. 1231

Correo electrónico:
publicaciones@areandina.edu.co

Dirección editorial:

Omar Eduardo Peña Reina

Coordinación editorial:

Camilo Andrés Cuéllar Mejía, Héctor Alfonso Gómez Sánchez

Diseño cubierta:

Stephanie Lizeth Alvis Garzón

Correo electrónico: lizalvis93@hotmail.com

Corrección de estilo, diagramación e impresión:

Proceditor Ltda.

Calle 1C No. 27A-01, Bogotá, Colombia

Tel.: 757 9200

Correo electrónico:proceditor@yahoo.es

Impreso en Bogotá, Colombia.

Depósito legal según Decreto 460 de 1995.

Todos los derechos reservados. Queda prohibida la reproducción total o parcial de esta obra y su tratamiento o transmisión por cualquier medio o método sin autorización escrita de la Fundación Universitaria del Área Andina y sus autores.

BANDERA INSTITUCIONAL BOGOTÁ

Pablo Oliveros Marmolejo †
Gustavo Eastman Vélez
Miembros Fundadores

Diego Molano Vega
Presidente del Consejo Superior y Asamblea General

José Leonardo Valencia Molano
Rector Nacional
Representante Legal

Martha Patricia Castellanos Saavedra
Vicerrectora Nacional Académica

Ana Karina Marín Quirós
Vicerrectora Nacional Administrativa y Financiera

María José Orozco Amaya
Vicerrectora Nacional de Planeación y Calidad

Darly Escorcia Saumet
Vicerrectora Nacional de Crecimiento y Desarrollo

Erika Milena Ramírez Sánchez
Vicerrectora Nacional Administrativa y Financiera

Felipe Baena Botero
Rector - Seccional Pereira

Gelca Patricia Gutiérrez Barranco
Rectora - Sede Valledupar

María Angélica Pacheco Chica
Secretaria General

Omar Eduardo Peña Reina
Director Nacional de Investigaciones

Paola Ruiz Díaz
Decana Facultad de Ciencias de la Salud y el Deporte

María Trinidad Hernández Garcés
Directora Programa de Enfermería

Camilo Andrés Cuéllar Mejía
Subdirector Nacional de Publicaciones



Presentación

13

Parte 1

Cuidado de enfermería a la familia. Reflexiones teóricas

15

Capítulo 1

Nuevas realidades de familia: adaptación a los cambios económicos a través de la historia

Elcy Forero Beltrán

19

Capítulo 2

Teorías de enfermería aplicadas al sistema familiar

Doris Lozano de Ramírez

27

Capítulo 3

La familia y la salud mental en Colombia

Rosalba Montalvo Varón

47

Capítulo 4

La familia y el cuidado de la salud

Martha Cecilia Veloza Morales

59

Capítulo 5

La construcción de espiritualidad en la familia

Jenny Carmiña Rodríguez González

71

Capítulo 6

Presentación de conductas violentas en el noviazgo

Betsy Milena Venegas Ariza

83

Parte 2

Cuidado de enfermería a la familia. Reflexiones prácticas

93

Capítulo 7

Fundamentos teóricos

Martha Cecilia Veloza Morales

Danixa Lizjanne Rodríguez Giraldo

Elcy Forero Beltrán

97

Capítulo 8

Cuidado de enfermería a la familia

Martha Cecilia Veloza Morales

Danixa Lizjanne Rodríguez Giraldo

Elcy Forero Beltrán

105

Índice de figuras

Figura 1. Sistema familiar	30
Figura 2. Teoría ecológica, modelo del desarrollo humano	32
Figura 3. Esquema de la teoría de Rogers	35
Figura 4. Modelos de sistemas de Neuman	37
Figura 5. Modelo de Interacción Familiar	39
Figura 6. Diagrama "Teoría de la organización sistémica"	41
Figura 7. Esquema general del familiograma	114
Figura 8. Símbolos y convenciones del familiograma	115
Figura 9. Ejemplo de familiograma	116
Figura 10. Ejemplo de psicograma	117
Figura 11. Símbolos de psicograma y ecomapa	117
Figura 12. Ejemplo de ecomapa	120
Figura 13. Intervención familiar por enfermería	138

Índice de tablas

Tabla 1. Apgar familiar	122
Tabla 2. Cuestionario de apoyo social funcional de Duke-UNC	124
Tabla 3. Escala de vulnerabilidad familiar	125
Tabla 4. Instrumento escala de valoración de vulnerabilidad familiar	125

Presentación

La familia es la forma como los seres humanos, a través de su propia evolución, han venido transformando sus relaciones más íntimas como individuos sociales. Se ha denominado a la familia de muchas maneras desde la transdisciplinariedad, como núcleo, sistema, unidad, entidad e institución. Pero en todos estos apelativos hay un punto que no se modifica y es que en esta se visibilizan conceptos que le asignan funciones y formas comunicativas fundamentales para el desarrollo y crecimiento de los individuos. Esta es una singular red de apoyo interna, que es bordeada e influenciada por las redes de apoyo externas, entramadas, existentes, desde el comienzo de la humanidad.

Esta publicación permite la revisión de la familia y su cuidado desde la enfermería, con el propósito de motivar a los lectores a cuidar a la familia, suscitar un acercamiento en la comprensión del cuidado familiar, mediante la reflexión y análisis crítico, desde diferentes miradas, permitiendo el diálogo de distintos saberes que conlleven a la construcción colectiva del cuidado familiar.

Este libro es el resultado de las revisiones, experiencias y trabajo de las autoras, que han realizado en el aula de clase con sus estudiantes y como parte de su trabajo investigativo relacionado con el cuidado familiar. La importancia del tema radica en que consolida varias formas de abordar la familia, dando orientaciones para el cuidado de la familia.

El libro se divide en dos partes. En la parte uno se realizan seis reflexiones expuestas en igual número de capítulos, en los que se relacionan los temas de transformaciones familiares, teorías de enfermería, salud mental, cuidado familiar, espiritualidad y violencia en el noviazgo. En la parte dos, se parte de una descripción conceptual de los componentes

familiares y el cuidado de enfermería a la familia, para centrarse en la valoración familiar mediante técnicas e instrumentos, que permiten abordar la familia por parte de la enfermera o enfermero.

P A R T E

1

Cuidado de enfermería a la familia
Reflexiones teóricas

El cuidado de enfermería en la familia requiere la comprensión de los procesos familiares como sistema con interacciones complejas entre los seres humanos, las familias y su entorno. La familia se puede abordar desde dos enfoques, el primero, en el cual el individuo está en un contexto familiar, y el segundo, en el cual la familia es un conjunto; en ambos enfoques, el medio ambiente es un factor influyente en los procesos culturales y en la participación de los miembros de la familia.

Esta primera parte expone las reflexiones basadas en algunas revisiones, experiencias y trabajo de las autoras relacionados con el cuidado familiar. Es así como en el capítulo uno, desde las nuevas realidades de la familia, se reflexiona sobre la adaptación a los cambios económicos a través de la historia, dando cuenta de los desafíos propios que la familia debe abordar, debido a los sistemas globalizantes del comercio, la cultura y la tecnología que le obligan necesariamente a cambios en su interior desde su estructura, roles, jerarquías e interrelaciones con el entorno que le rodea, los cuales le permiten la existencia y supervivencia.

En el segundo capítulo, se reflexiona sobre las teorías universales y de enfermería aplicadas al sistema familiar, para la mejor comprensión de sus aportes. Estas teorías son las ecológicas, las de desarrollo humano, la de sistemas, la de la organización sistémica y modelos de sistema, la de interacción familiar, entre otras, que han sido de vital importancia dada la participación de teóricos de enfermería que comprenden la familia como una entidad dinámica, organizada, funcional, en búsqueda del equilibrio y que propende por el crecimiento de sus miembros y el fortalecimiento del ser humano con una visión de la integralidad para el bien colectivo.

Un tópico que motiva y genera inquietud sobre la familia es el campo de la salud mental, el cual se considera en el tercer capítulo. Es necesaria su reflexión tanto en los mismos ambientes familiares, como en los institucionales y académicos, que le permiten ser reconocida como parte fundamental del desarrollo integral del ser humano y su sistema familiar. Esto repercute necesariamente en las adecuadas relaciones sociales y culturales de la familia y, por ende, en los grupos humanos. La intencionalidad es pensar en los sistemas familiares colombianos afectados por la violencia social desde hace medio siglo que le han impedido avanzar hacia la construcción de procesos que garanticen equilibrio social y humano.

El cuidado es una temática tratada por muchas disciplinas, especialmente por enfermería. Es así como el cuarto capítulo plantea la familia y el cuidado de la salud, considerando que en ella están definidas funciones primordiales como la formación de la personalidad, la crianza, la trasmisión de valores y la protección integral de sus miembros. Esto hace posible ofrecer una revisión de las relaciones internas que permiten comportamientos que promueven la salud. Además, previenen y tratan la enfermedad reconociendo el valor del cuidado de la salud con el apoyo familiar y de redes de apoyo social, que hacen posible la salud de los colectivos desde una favorabilidad en oportunidades y recursos existentes para el servicio del sistema familiar y sus miembros. Así mismo, se observa que el cuidado de enfermería, como cuidado especializado, es un actor principal que motiva

y promueve la participación de la familia en la toma de decisiones sobre sus procesos de cuidado.

Una de las dimensiones que diferencian al ser humano de los demás seres vivos es la dimensión espiritual, entendida como las relaciones-conexiones que se establecen consigo mismo, con los otros, con el entorno, con una proyección de trascendencia, y es este el tema de la quinta reflexión, que invita a las profesiones relacionadas con la salud a propender por competencias culturalmente sensibles que permitan tener una relación sin prejuicios, con aceptación y empatía con la familia.

Finalizando, en la sexta reflexión se relacionan las conductas violentas en el noviazgo con el propósito de realizar una aproximación a la comprensión de los índices de violencia que se mantienen elevados, en especial los referidos a la violencia intrafamiliar, y que abren la posibilidad de vincularla a las relaciones románticas y las nuevas formas de relación de pareja.

El interés y propósito fundamental es generar una alianza entre los lectores y conceptualizaciones de pensadores teóricos, y reflexiones sobre los diferentes tópicos, permitiendo una transferencia del conocimiento para los interesados en el cuidado de la familia desde su corresponsabilidad social y disciplinar para la asunción del compromiso como cuidadores de individuos en el entorno familiar y comunitario, así como en la búsqueda del equilibrio social y la consecución de la felicidad tanto individual como colectiva en los diferentes sistemas sociales.

Capítulo

Nuevas realidades de familia:
adaptación a los cambios
económicos a través
de la historia

Elcy Forero Beltrán

Enfermera, Especialista en Consultoría en Familia y Redes Sociales. Magíster en Desarrollo Educativo y Social. Docente de la Fundación Universitaria del Área Andina, programa de Enfermería.

Introducción

Las familias actuales no son iguales a las anteriores y serán aún más diversas en el futuro. Es así como la perdurabilidad del vínculo de pareja no es la meta al iniciar una relación y tampoco la reproducción biológica es la finalidad esencial como lo eran en las familias de antes; igualmente, las asignaciones de los roles diferenciados según el sexo ya no son tan marcadas. A pesar de que la familia cambió y sigue cambiando, su propósito se mantiene, la sobrevivencia cultural y social de la familia es posible en relación con la interacción con los demás sistemas que hacen parte de los entornos sociales (Agudelo y Bedoya, 2015).

La familia debe adaptarse a complejas relaciones interinstitucionales que, a su vez, generan riesgos frente a los desafíos propios de los cambios consecuentes al desarrollo económico, la cultura y la tecnología. Se realiza una reflexión sobre las realidades que la familia afronta con relación a los cambios económicos sufridos a través de la historia.

Efectos económicos en la estabilidad familiar y la emergencia de nuevas formas familiares

La institución familiar no es ajena a los diferentes procesos históricos; las estructuras familiares se han adaptado a los más diversos ambientes sociales, culturales y económicos de cada época. Con el desarrollo de la industria, las migraciones y la urbanización se producen cambios en las familias patriarcales extensas, de las cuales se separan las familias nucleares para adaptarse a las exigencias del mercado y a los limitados espacios de las construcciones modernas.

Para Engels (s. f., pp. 32-38), la instalación de la familia monogámica estuvo ligada al triunfo de la propiedad privada sobre la propiedad comunitaria, no tanto al amor o la atracción sexual individual, sino a los asuntos del patrimonio, linaje y poder en las monarquías. Esping (2000), en su descripción sobre la modernización y la industrialización, afirma que el efecto sobre las familias en las grandes fuerzas convergentes del industrialismo es la muerte de la familia extensa y la confirmación de la familia moderna y nuclearizada.

En el periodo preindustrial predominó la familia tradicional, patriarcal y extensa, caracterizada por el autoritarismo, el poder centrado en la figura masculina y la sumisión de la mujer y los niños a la figura autoritaria del padre (Galvis Ortiz, 2011). Rodríguez-Brioso (2006) señalan que en anteriores etapas de la historia la vida de los individuos giraba en torno al matrimonio, la vida de pareja, y la estructura económica se basaba en la propiedad y en el sistema de herencia patrimonial, de tal manera que los propósitos de las personas se situaban en torno a la formación de la familia mediante parejas estables

cuyo fin último era la procreación. Es decir, los proyectos en los que no estuviera incluida la vida en pareja, la formación de una familia, tener descendencia y, en su lugar, se optara por la opción de vivir solo y en soltería, no se consideraban el escenario natural para los seres humanos.

Mujer, género y familia

Durante siglos, la historia muestra un mundo gobernado por hombres. El término *hombre* se presume que incluía a las mujeres. Sin embargo, en esa universalidad de los derechos, las mujeres no tienen cabida, ya que no son cobijadas con el derecho a la propiedad, derecho al sufragio, derecho a la libertad, entre otros. Esa exclusión femenina del mundo de los derechos se naturalizó por varios siglos, solo a partir del siglo xx se dio paso en las diferentes democracias a la participación política. No obstante, aún en pleno siglo xxi, la humanidad aún no alcanza la igualdad en cuestiones laborales, acceso a la justicia y equidad en los laborales ni al interior de la vida doméstica.

Las revisiones de algunos documentos muestran la naturalización de la condición de desigualdad y sumisión de la mujer ante el hombre, a este último se le otorga el derecho al manejo de “la propiedad competencia del varón en la sociedad conyugal [...] por ser el más fuerte y capaz” (Sánchez, 2010, p. 23). De manera natural se le concede el espacio público en el cual asume el rol de productor, se capacita a través de la experiencia y educación propia para desempeñarse en el comercio, la política o la industria; y a la mujer se le asigna el espacio privado (Sánchez, 2010). En este sentido, para Jelin (2005), “las mujeres no eran ciudadanas plenas ni tenían competencia legal, sino que se las definía como dependientes y necesitadas de tutela, incapaces de conducir actividades públicas por sí mismas” (p. 79).

En la comprensión del papel de la mujer en la historia es necesario remontarse al pasado para interpretar el presente. El ideario femenino es una construcción cultural y social, reforzada a través del tiempo. La identidad de la mujer se moldea desde su nacimiento en el seno de su propia familia, reforzada además por la religión y el contexto social; bajo esa premisa se predefinía su destino al punto que “las mujeres estaban educadas para entender que el matrimonio no era necesariamente un asunto de amor, sino un asunto de familia” (Fargas, 2015, p. 6). En consecuencia, su rol en la sociedad estuvo en el ámbito doméstico en el cuidado de la familia; funciones poco valoradas, ignoradas y consideradas secundarias. En otras palabras, el trabajo de la mujer como ama de casa no es cuantificado, lo que implica en sí, menos aportes al desarrollo económico y menos oportunidades para las mujeres de ingresar al mercado laboral.

¿Es la familia nuclear el modelo ideal de familia?

Con respecto a la tipología familiar, Golden (citado por Fishman, 1990) afirma que no es la familia la que está en crisis sino el concepto que se tiene de la familia; señala

que la familia nuclear compuesta por la “pareja de raza blanca, clase media que se casan [...] crían a los hijos y no se divorcian” se ha desintegrado, esta “[...]era la norma para las parejas [...] en las primeras décadas posteriores a la segunda Guerra Mundial” (p. 271).

En el mismo sentido Colombok (2016) señala que “a partir de la década del setenta se incrementaron los hogares con un solo progenitor, se han disminuido el número de matrimonios [...] se aumentaron los divorcios” (p. 17). Al respecto cabe señalar que también en Colombia el Observatorio de Familia (2019) muestra que de un total de 14.187.079 hogares del país el 43,5 % son biparentales, mientras que el 13,5 % están encabezados por un solo padre. Estos datos muestran que la familia nuclear conformada por padre y madre son solo una parte de los hogares colombianos (p. 68). Por otro lado, estudios de Naciones Unidas (2014) indican que “en los patrones de matrimonio y de formación de pareja, una unión consensuada ha debilitado la relación entre matrimonio y nacimiento de los hijos. En los últimos 20 años, los nacimientos fuera del matrimonio han aumentado como proporción total en muchos países con un nivel bajo de fertilidad” (p. 6).

Nuevas formas familiares

Son varios los aspectos que han influido en los cambios de la estructura de las familias. Se podría afirmar que está relacionado en gran parte por los avances de las políticas públicas que favorecen a la mujer, tales como el acceso a la educación y al mercado laboral, de la misma manera el acceso a los métodos anticonceptivos que permitieron regular la fecundidad.

De hecho, la resignificación de la mujer cuyo papel va más allá de la maternidad o la de formar una familia, se refleja en aspectos demográficos como lo muestra la Encuesta Nacional de Demografía y Salud (Minsalud, 2015) entre otros datos se tiene que las personas tienden cada vez más a vivir solas (11,2 %), el (9,8 %) lo conforman parejas sin hijos, y que de diez hogares cuatro son liderados por una mujer, además entre las familias denominadas diversas se registra que el 98,8 por ciento de los hombres y el 92,2 % de las mujeres que viven en parejas (son parejas heterosexuales), mientras que el 1,7 % de las mujeres y el 1,1 % de hombres en unión tienen parejas del mismo sexo (son parejas homosexuales) (EDNS, 2015, p. 57).

Estos datos estadísticos reflejan los cambios en la estructura y formas familiares, corroborando que no hay modelos únicos de familia, sino que contrariamente hoy las familias tienen manifestaciones diversas en su forma, estructura y funciones, alejándose del marco de familias consideradas normales por las instituciones tradicionales y conservadoras de la nación colombiana.

Conclusiones

Las particularidades de la familia actual son la inestabilidad de la pareja, las frecuentes rupturas, los divorcios, separaciones, matrimonios tardíos, la reconfiguración de nuevas

uniones o matrimonios, uniones libres, la decisión de no tener hijos, el monoparentalismo o la opción de permanecer solos y no formar pareja en ningún momento de la vida.

En consecuencia con lo anterior, las uniones familiares hoy no son a perpetuidad, sino que son más flexibles entre otras razones porque se ha avanzado en la búsqueda de mayor igualdad entre las relaciones de género. La mujer es más independiente, tiene más oportunidades de educación y facilidad de acceso al mundo laboral, lo que le da mayor libertad económica y autonomía para tomar sus propias decisiones, entre estas el divorcio, y conformar nuevas uniones sin que sea mal visto por la sociedad e incluso llegue a ser aceptado por su propia familia.

Bibliografía

- Agudelo, M. E., Estrada, P. (2015) *Realidades familiares que cambian: Invitación a nuevas comprensiones*. Recuperado de <http://ojseditorialumariana.com/index.php/libroseditorialunimar/article/view/701>
- Colombok, S. (2016). *Familias modernas: Padres e hijos en las nuevas formas de familia*. Madrid: Siglo XXI de España Editores.
- Engels, F. (s. f.). *La familia, la propiedad privada y el estado*. Recuperado de Centro de Estudios Socialistas, www.engels.org
- Esping-Andersen, G. (2000). *Fundamentos sociales de las economías postindustriales*. Barcelona: Ariel.
- Fargas, M. A. (2015). *Las mujeres en el antiguo régimen*. Barcelona. Editorial oec Universitat Oberta de Catalunya.
- Fishman, C. F. (1990). *Tratamiento de adolescentes con problemas. Un enfoque de terapia familiar*. Barcelona: Paidós.
- Galvis, L. (2011). *Pensar la familia hoy*. Bogotá: Ediciones Aurora.
- Hernández, J. (2006). *La modernidad líquida. Política y cultura*. Recuperado de <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=26745428014>
- Jelin, E. (2005). *Las familias latinoamericanas en el marco de las transformaciones Globales*. Recuperado de https://dds.cepal.org/eventos/presentaciones/2005/0628/Elizabeth_Jelin.pdf
- Minsalud. (2015). Encuesta Nacional de Demografía y Salud. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/ENDS-libro-resumen-ejecutivo-2016.pdf>
- Naciones Unidas. (2014). La situación demográfica en el mundo: Informe conciso. Recuperado de [Unidahttps://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/tr](https://www.un.org/en/development/desa/population/publications/pdf/tr)

- Observatorio de Familia. (2019). Familia Infancia y Adolescencia. Recuperado de <https://observatoriodefamilia.dnp.gov.co/Documents/Boletines/BOLETIN%20No%2012.pdf>
- Rodríguez-Brioso Pérez, María del Mar. (2006). *Familia y opinión pública en la segunda mitad del siglo xx* [Tesis doctoral]. Universidad Complutense, Madrid. Recuperado de: <https://eprints.ucm.es/7273/>
- Sánchez, M. M. O. (2010). Igualdad sexual y diversidad familiar: ¿la familia en crisis? *Cuadernos de la Cátedra de Democracia y Derechos Humanos*, (3).

Capítulo

Teorías de enfermería aplicadas al sistema familiar

Doris Lozano de Ramírez

Enfermera. Especialista en salud familiar. Magíster en Educación y Procesos Cognitivos. Docente del programa de Enfermería en la Fundación Universitaria del Area Andina.

Introducción

La familia es el primer lugar en el que se procura el cuidado de sus integrantes llevado a cabo principalmente por la mujer, con el transcurrir del tiempo el hombre ha asumido el papel de cuidador familiar incursionado en disciplina de enfermería para brindar atención y cuidado con calidad. En la actualidad las familias se han transformado por las influencias del entorno, adquiriendo distintos aspectos y funciones, así como roles, estructura, pautas de crianza y valores, pero, aun así, sigue siendo el núcleo en el cual se cuida a cada uno de sus integrantes, haciendo énfasis en aspectos de salud física y emocional.

Esta es la razón por la cual las teorías y modelos de enfermería se enfocan desde la perspectiva de seres humanos unitarios, modelos de sistemas, interacción familiar y teoría de la organización sistémica; observando los elementos fundamentales para realizar el abordaje a la familia y proporcionar un cuidado óptimo, con énfasis en el cuidado familiar como elemento dinámico y transformador del cuidado de la salud. La caracterización de las familias colombianas realizada por Virginia Gutiérrez de Pineda proporciona elementos como la tipología, estructura y evolución, facilitando la aplicación de las teorías a la familia; por otra parte, la labor de Pilar Amaya, en la medición de la salud y riesgo familiar, permite acceder a una serie de particularidades que facilitan el planteamiento de intervenciones en prevención de la enfermedad y promoción de la salud, generando un estado de salud familiar óptimo.

Reflexión

La teoría de sistemas abiertos fue publicada por Ludwig von Bertalanffy en 1925, y, desde su aparición, ha tenido amplia aplicabilidad en distintas disciplinas, tanto en las ciencias sociales como biológicas; considera al organismo como todo un sistema, en el cual existen interacciones que pueden o no ser lineales, lo que permite ser aplicable a “la familia” entendiéndola como un enfoque sistémico (Bertalanffy, 2015).

Desde la perspectiva sistémica, se enfatiza la relación entre las partes como subsistemas, en las que los cambios, por pequeños que sean, afectan al sistema y pueden generar efectos de grandes proporciones en alguno de los miembros de la familia; adicionalmente, se considera la familia como un “sistema abierto” dado que tiene contacto permanente con el medio en el cual se encuentra inmersa, llevándola a una sensible transformación en su estructura y funcionamiento. Se consideran también los múltiples flujos de información a los cuales está expuesta, lo cual la hace permeable para el intercambio con el medio que la rodea, permitiéndole fortalecerse y mantenerse a lo largo del tiempo, asumiendo modificaciones en sus distintos aspectos familiares provenientes de

transformaciones propias de los organismos o de fuerzas que promueven los cambios en los miembros de la familia lo que significa que es capaz de adaptarse a las exigencias del desarrollo individual de sus miembros y a las exigencias del entorno; esta adaptación asegura la continuidad y a la vez el crecimiento psicosocial de cada uno de los miembros. (Espinal, Gimeno y González, 2006, p. 26)

De esta manera se obtiene la estabilidad e integración como función de la retroalimentación que sucede en la vida familiar; las distintas relaciones que tienen cada uno de los miembros de la familia y su incidencia con los otros permiten la existencia de un sistema interrelacionado e interdependiente en los nexos.

Los subsistemas familiares están sujetos a cambios de acuerdo con la edad y los intereses de cada miembro. La familia es una entidad dinámica, organizada, con estructuras y funciones establecidas, con un fin común, que asume de manera consciente que le permite un equilibrio propio; como sistema abierto recibe influencias de los distintos suprasistemas y subsistemas culturales, religiosos y políticos. Las familias contemporáneas enfrentan cambios en aspectos como su composición, funcionamiento, autonomía, roles e interdependencia; sus acciones como sistema independiente no son fácilmente predecibles y requieren de mayor esfuerzo para mantenerse en su equilibrio natural, por ello los vínculos se mantienen condicionados a la necesidad y son fácilmente cambiables; las múltiples interacciones que se llevan a cabo con el entorno hacen posibles innumerables opciones de la vida o complejidad familiares.

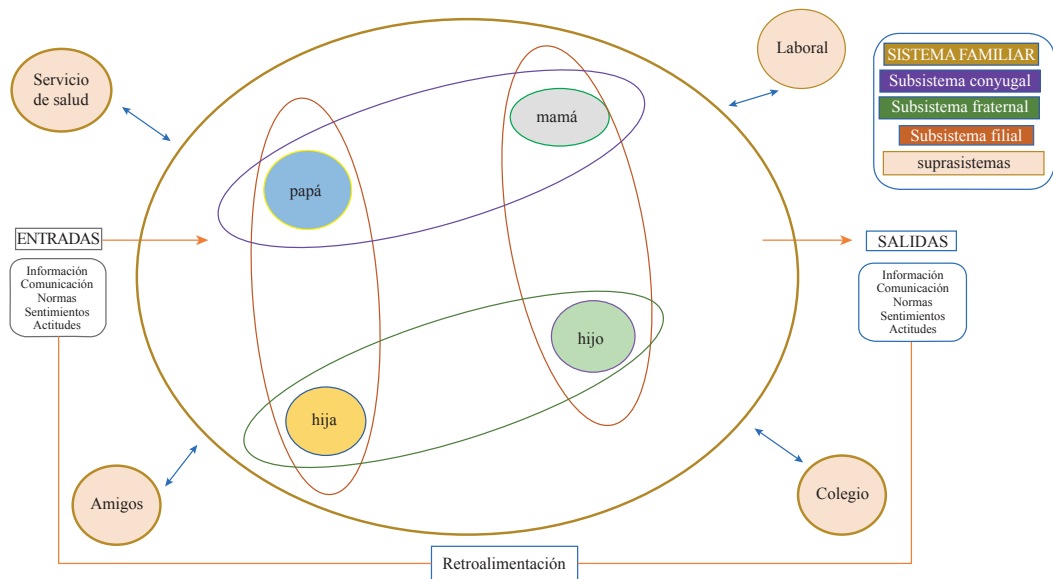


Figura 1.
Sistema familiar.

Fuente: Elaboración propia basada en la teoría general de sistemas de Ludwig Von Bertalanffy.

La teoría del modelo ecológico del desarrollo humano de Urie Bronfenbrenner, considera de gran importancia el contexto en el cual se desenvuelven los individuos y enfatiza la interacción de estos con los diferentes subsistemas, que a su vez explican la influencia de estos en el desarrollo humano. Para Bronfenbrenner, la ecología del desarrollo humano comprende el estudio científico de la progresiva acomodación mutua entre el ser humano activo y las propiedades cambiantes de los entornos inmediatos en los que vive la persona, el desarrollo del individuo y su familia, afectado por las relaciones que se establecen entre los entornos y por los contextos más grandes en los que están incluidos (Bronfenbrenner, 1979, p. 21).

Bronfenbrenner concibe el ambiente ecológico como una disposición seriada de estructuras concéntricas, en la que cada una está contenida en la siguiente. La estructura del microsistema son las relaciones interpersonales que una persona en desarrollo experimenta en un entorno determinado con características específicas como la interacción, y la reciprocidad (Bronfenbrenner, 1979, p. 22).

A partir del modelo ecológico, la familia parte del individuo como elemento que conforma el microsistema, expuesto a factores ambientales como las relaciones de pareja. El siguiente nivel es mesosistema que comprende las relaciones de dos o más entornos con participación del individuo, para el niño la relación entre hogar y escuela; del mismo modo un exosistema, se refiere a microsistemas, en los que la persona en desarrollo no participa, pero se producen hechos que ocurren en el entorno e involucran a la persona en desarrollo, en un niño sería el lugar de trabajo de sus padres, el círculo de amigos de los padres. Además, el macrosistema se relaciona con las correspondencias en forma y contenido de los sistemas de menor orden, (micro, meso y exo) representado en la cultura, o ideologías, lo que significa que desarrollo humano es el resultado entre el organismo en evolución y el medio (Bronfenbrenner, 1979, pp. 25-26).

Bronfenbrenner habla también del cronosistema, al cual agrega la dimensión del tiempo, el grado de estabilidad o cambio en el mundo del niño; puede incluir cambios familiares como lugar de residencia, la combinación de los roles e interacciones y transacciones que establece la familia con su entorno, que determinan su desarrollo y pueden afectar positiva o negativamente por las relaciones diversas que se establecen de manera simultánea. El cambio de un sistema a otro se denomina una transición ecológica, que se da ante situaciones diversas de índole biológico y de las modificaciones ambientales, como puede ser la llegada de un hermano (Bronfenbrenner, 1979, p.26).

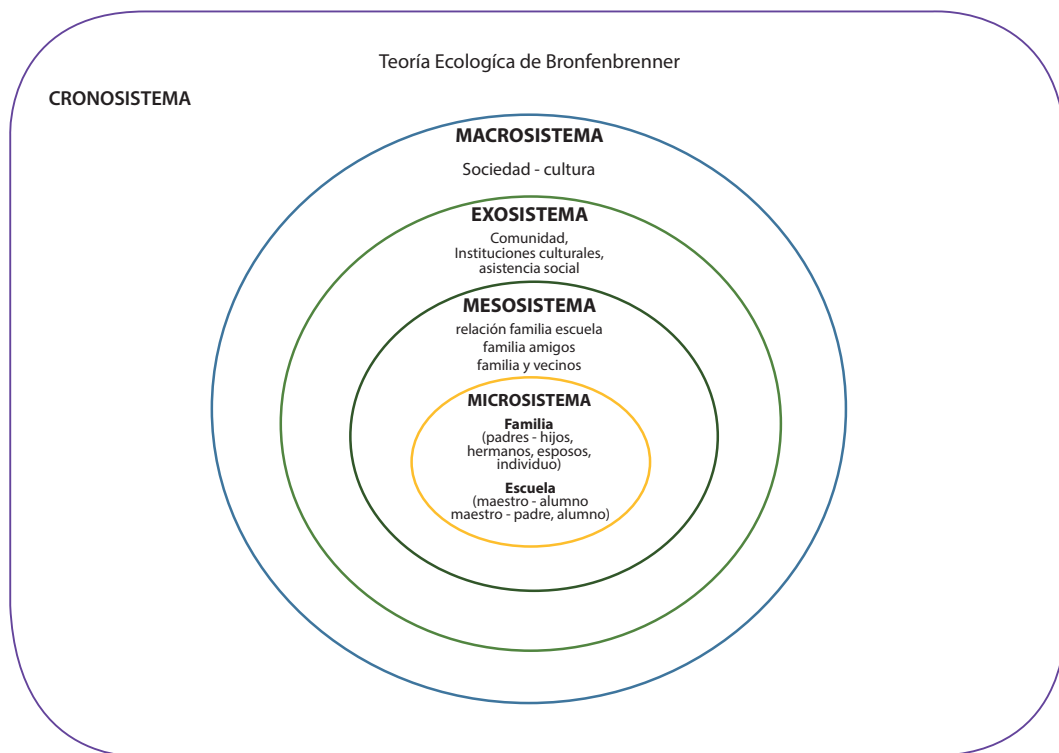


Figura 2.

Teoría ecológica, modelo del desarrollo humano.

Fuente: Adaptado de *Familia y desarrollo en terapia familiar* (Vélez, 2007, p. 18).

La teoría ecológica relaciona el medio ambiente y el individuo; la familia recibe influencias de acuerdo con el entorno y el tiempo en el cual sucede el evento. Para un adolescente el microsistema familia genera poco interés, sus relaciones se tornan conflictivas, crece el interés por el vínculo del exosistema y macrosistema, ocasionando variaciones de comportamiento del adolescente, dado que en esta etapa es de mayor disposición por el grupo de pares y existe un gran deseo de asumir nuevos retos, de tal manera que se originan cambios en los subsistemas parentales y esto produce el restablecimiento de nuevas normas o reglas que rigen la convivencia familiar. En esta etapa empieza a aparecer la necesidad de una autonomía en los adolescentes, lo cual requiere de un cambio en el poder en cada uno de los integrantes del sistema familia, estableciendo nuevas relaciones entre los diferentes subsistemas.

En relación con los estudios en familia se destaca a Virginia Gutiérrez de Pineda como pionera de los estudios sobre familia en Colombia en distintos tópicos como: la tipología,

estructuras, influencia regional, clases sociales, interrelación de los individuos y grupos, la influencia de la sociedad y la culturas, y la evolución de la familia.

La familia con su conjunto de valores y estructura es suma integrada de influjos y presiones que emanan del todo institucional y de la cultura. Lo que se ha venido reflejando en un devenir histórico, resultante de un ambiente social creado por el total institucional: economía, religión, socialización, poder político, ley, y otros y por un cerco cultural tratando la familia de adecuarse a estos influjos institucionales. La familia en las multiplicidades de relaciones se enfrenta a situaciones que le generan tensiones y se puede alterar su estabilidad. (Gutiérrez de Pineda, 1988, p. 29)

Los modelos conceptuales, como las teorías, corresponden a descriptores de las diversas realidades, y Fawcett (1996) los define como “palabras que describen imágenes mentales de los fenómenos; son generales y se relacionan para explicar fenómenos del cuidado” (citado por Alligood, 2015, p. 32); los modelos y teorías definen los términos específicamente.

Los teóricos en enfermería han visualizado una realidad, cada una en su momento histórico y en su campo de acción disciplinar, estableciendo concepciones de atención o cuidado en torno a una realidad del ser humano en referencia a su propia vivencia, en relación con el entorno o ambiente social y físico.

Desde los modelos de enfermería brindan cuidado a la familia con el objeto de mantener, recuperar la salud o prevenir la enfermedad. Encontramos las primeras teorías que se plantearon desde los inicios de la enfermería con Florence Nightingale, fundadora de la enfermería moderna, quien centra como entorno y objetivo fundamental de su modelo el conservar la energía vital del paciente considerando la acción que ejerce la naturaleza sobre los individuos, colocándolo en las mejores condiciones posibles para que esta actúe sobre él. Su teoría cuenta con cinco componentes esenciales del entorno saludable, aire puro, agua potable, eliminación de aguas residuales, higiene y luz; además Nightingale incluyó los conceptos de tranquilidad y dieta en su teoría, estos aún siguen vigentes para el cuidado de enfermería (Alligood, 2015, pp. 63-64).

Teoría de los seres humanos unitarios

En el modelo conceptual de Martha Rogers, “los seres humanos unitarios” describen su proceso vital, en el que el hombre se entiende como un todo unificado en constante relación con su entorno; los seres humanos son energía dinámica, que se integra tanto en los campos de su aspecto humano como los del medio ambiente que lo rodea, se identifican por un modelo y se caracterizan por formar un universo de sistemas abiertos, cuyos elementos son como sigue: campo de energía, un universo de sistema abierto, el patrón y pandimensionalidad; estos son definidos de la siguiente manera.

- **El campo de energía:** campo concepto de unidad y energía es la naturaleza dinámica del campo; estos son infinitos y pandimensionales; se identifican dos tipos: el campo humano y del entorno. El ser humano unitario se describe como un campo de energía irreducible, indivisible, y pandimensional.
- **Universo de sistemas abiertos:** los campos de energía son infinitos y se integran entre sí.
- **El patrón:** identifica los campos de energía, es la característica distintiva y se percibe como un único movimiento, este cambia de forma innovadora y continua, a su vez dan identidad al campo de energía; cada patrón de campo humano es único y se integra con el campo del entono.
- **Pandimensionalidad:** es un dominio no lineal sin atributos especiales o temporales, aquí se expresa la idea de un todo unitario (Alligood, 2015, p. 215).

Para el desarrollo de la teoría se aplicaron principios de hemodinámicos como:

- **Resonancia:** Cambio continuo de ondas de alta y baja entre el hombre y el entorno.
- **Helicidad:** Cambio continuo de interacción entre el hombre y entorno a través del eje longitudinal de forma espiral con tiempo y espacio delimitado.
- **Integración o reciprocidad:** combinación mutua y simultánea entre el ser humano y el entorno (Alligood, 2015, p. 218).

En el ámbito familiar la salud es considerada un elemento esencial para el buen funcionamiento de las relaciones y roles de la familia. De no disponer de este elemento se cae en crisis y se altera la funcionalidad familiar; Rogers usa el término salud como un valor definido por la cultura o el individuo. La salud y la enfermedad son manifestaciones del modelo y se consideran indicadores de los comportamientos que son de alto o bajo valor. En parte las costumbres, prácticas y valores se aprenden en la familia; ahí se adquieren hábitos en la alimentación y en el comportamiento social (Alligood, 2015, p. 216).

El individuo al interactuar con el entorno familiar en el cual existen campos de energía que evolucionan dentro del ambiente, que bien pueden ser procesos de salud, enfermedad o eventos propios del curso de vida familiar como el nacimiento de su hijo, el inicio de la adolescencia, situaciones como la pérdida de un miembro de la familia, o simplemente el no tener trabajo. Lo anterior genera cambio de energía mutua entre el campo humano y el entorno, esto influye en la salud y las percepciones de cada uno de los miembros de la familia; los campos de energía al ser dinámicos y abiertos sufren las transformaciones que pueden ser positivas o negativas dentro del sistema familiar afectando a cada uno de los miembros de forma distinta de acuerdo con sus resonancia y energía. Lo que se desea obtener es el balance y armonía entre el individuo, el entorno y su energía para que evolucione de manera integral en cambio continuo en su adaptabilidad ante situaciones que proporcionen el bienestar familiar. Aquí es válido mencionar “que los patrones de campo más diversos evolucionan más rápidamente que los menos diversos” (Phillips, 2016, p. 30).

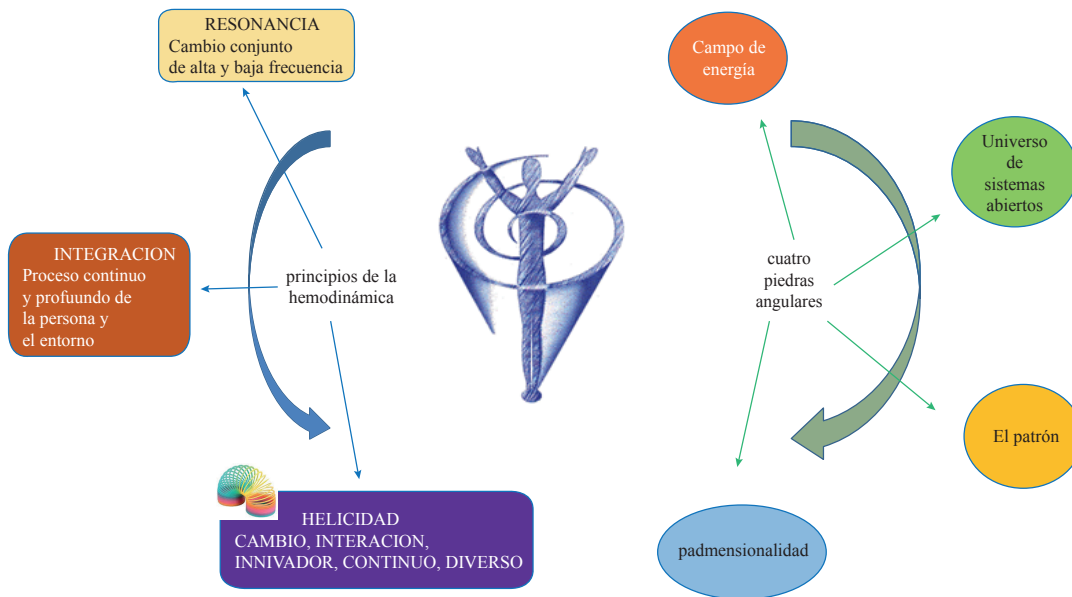


Figura 3.

Esquema de la teoría de Rogers.

Fuente: elaboración propia. Adaptado de https://4.bp.blogspot.com/-t7gbY3c_buc/ViHR_TL8ztI/AAAAAAAAABI/BhNeGrpcZrI/s1600/ser.png

Modelo de sistemas

El modelo de Neumann tiene como

eje principal la teoría general de sistemas, en el cual se muestra la naturaleza de los organismos como sistemas abiertos (Von Bertalanffy) con una permanente interacción entre ellos y el entorno, que reacciona y se adapta a ambos factores estresantes internos y externos. (Alligood, 2015, p. 272)

Así mismo el modelo de sistemas de Neumann, es un sistema dinámico y abierto para el cuidado del cliente, basado en los sistemas como una persona, familias o comunidades con capacidad de reacción ante factores estresantes; se basa en múltiples conceptos como el estrés, la adaptación, homeostasis, niveles de prevención, aspectos intra, inter y factores personales adicionales; incluye cinco variables: “Fisiológicos, Psicológicos, sociocultural, del desarrollo y espiritual, ubicadas en el sistema cliente o núcleo interno o recursos energéticos básicos, son factores comunes esenciales para la supervivencia de todos los seres humanos” (Alligood, 2015, pp. 272-274).

Este modelo permite brindar cuidado a la familia como sistema abierto susceptible de modificaciones del entorno por la acción de las entradas y salidas al sistema; la familia actúa de manera dinámica generando un equilibrio o desequilibrio que afecta la salud.

Otro elemento a considerar son las líneas de resistencia, que se definen como los factores de recursos que ayudan al defenderse de los elementos estresantes y actúan como protección, las líneas normales de defensa son: el nivel adaptativo de la salud desarrollado durante el transcurso del tiempo y es considerado como normal, la línea flexible de la defensa es el amortiguador de protección para evitar que los elementos estresantes lleguen hasta el bienestar habitual; y los elementos estresantes son estímulos productores de tensión, que se producen dentro del sistema cliente, pueden ser intrapersonales y se dan dentro del individuo como respuestas condicionadas o interpersonales, que se relacionan entre uno o más individuos, como las expectativas del rol, y extra personales se dan en el exterior del individuo, como circunstancias económicas (Allgood, 2015, p. 274).

Para Neumann existen muchas necesidades que pueden ocasionar la pérdida del equilibrio o estabilidad en el individuo. Neumann define “el ajuste como un proceso en el cual el organismo satisface sus necesidades; el proceso se considera dinámico y continuo”. Este modelo tiene en cuenta todas las posibles modificaciones que pueden llegar afectar al sistema al cual pertenece el individuo tales como: psicológicas, socioculturales, fisiológicas, desarrollo y espirituales, cualquier factor de estrés incide en alguna de las anteriores variables (Allgood, 2015, p. 272).

De igual manera el modelo de Neuman se utiliza como guía de la enfermera práctica, por ser amplio y flexible y su enfoque en lo congruente con las tendencias del cuidado de la salud; este modelo centra la atención en las percepciones de la salud holística, de las percepciones del cliente y en las decisiones que tiene que tomar para mantener el mejor nivel de salud en las personas; además, las variables socioculturales del modelo pueden expandirse para dar un mejor entendimiento de las bases culturales creencias y valores (Neuman, 1996, pp. 69-70).

El modelo de atención de Neumann es aplicable a la familia, involucra variables del individuo como unidad funcional de la familia, sus afectaciones ante cualquier situación tienen efecto en los entornos y la interacción de los individuos en los distintos sistemas; los elementos estresantes afectan las líneas flexibles de defensa, un ejemplo de ello es el proceso de enfermedad crónica de uno de los miembros de la familia, esta nueva situación genera estrés traspasando las líneas de defensa de la familia desencadenando incertidumbre ante esta situación. Las líneas de resistencia son permeadas, actúan como un protector estimulando al sistema para obtener una respuesta que le permita su recuperación al generar estrategias dentro de la familia que favorecen un cuidado integral y óptimo, así el individuo mantiene su salud al realizar cambios en las conductas de vida, y la familia, con los ajustes realizados dentro del sistema, aprende a aceptar los ajustes y logra encontrar su equilibrio o el equivalente a la reconstrucción; es de agregar que en esta situación las intervenciones preventivas secundarias.

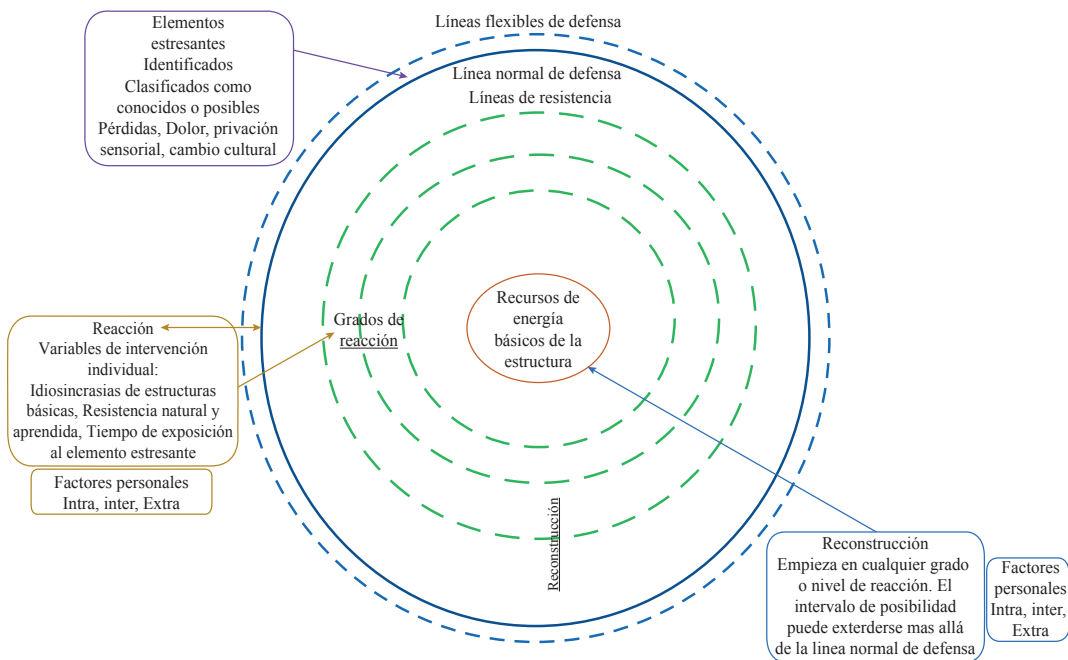


Figura 4.
Modelo de sistemas de Neuman.

Fuente: Alligood (2015, p. 276).

Modelo de interacción familiar

Virginia Satir (1988), pionera en terapia familiar, se basa en la teoría de la comunicación y en las pautas transaccionales entre las personas. Los elementos más importantes del enfoque de esta autora son: comunicación, autoestima, reglas y enlace con la sociedad. Satir hace mención al estado de salud como fuerza y base de la existencia humana, el cual va a estar determinado por ocho dimensiones que caracterizan su modelo: contextual, interaccional, nutricional, sensorial, emocional, intelectual, espiritual y física.

Para Satir (1988), “es el sitio donde encontramos amor, comprensión y apoyo, aun cuando falle todo lo demás; el lugar donde podemos refrescarnos y recuperar energías para enfrentar con mayor eficacia el mundo exterior”. En consonancia con lo anterior es el lugar donde se establece relaciones significativas como “eslabones vivos que unen a los miembros de una familia; al explorar distintas partes de estas relaciones podrán alcanzar un mayor entendimiento del sistema en el que viven hoy” (pp. 6-12).

Un elemento en el que se hace mayor énfasis es la comunicación como “factor determinante de las relaciones que establecerá con los demás, la manera como sobrevivimos,

la forma como desarrollamos la intimidad, nuestra productividad, nuestra coherencia, la manera como nos acoplamos con nuestra divinidad, todo depende de nuestras habilidades para la comunicación” (Satir, 1988, p. 51).

En la actualidad se evidencia dificultades en la comunicación familiar por distintos aspectos como el poco tiempo que se dispone para compartir en familia, el trabajo de los dos padres fuera del hogar, el uso inapropiado de las tecnologías; todos ellos mecanismos inadecuados de comunicación, disminuyen la posibilidad de un dialogo claro, sincero, veraz y efectivo, que proporcione interrelaciones de unidad entre los miembros de la familia, resaltando la comunicación, uno de los aspectos más importantes y significativos en la vida familiar.

Por otra parte, Satir (1988) considera la autoestima como la “capacidad de valorar el yo y tratarnos con dignidad, amor y realidad; es el factor fundamental implícito en lo que sucede dentro y entre los individuos” (p. 32), de ahí la importancia de poseer una autoestima alta; “este es el primer paso para mejorar la situación familiar, siempre existe la esperanza de que cambie tu vida, porque tienes la capacidad de aprender cosas nuevas” (Satir, 1988, p. 27).

La dinámica familiar está regida por ciertas reglas implícitas, estas “se pueden definir como guías o formas de regular la conducta; como fuerzas vitales, dinámicas y muy influyentes en la vida familiar; por otra parte, reglas tácticas, que rigen la libertad de expresión de los miembros de la familia, son difíciles de percibir”, (Satir, 1988, p. 118). Estas restricciones inciden en la expresión de sentimientos, emociones, autoestima y en la fluidez de las relaciones de cada uno de los miembros de la familia; la familia dentro su dinámica enmarca aspectos como la autoestima y las normas o reglas que se establecen dentro de una organización que le permiten realizar cambios, mantener posiciones o modificar interacciones que pueden incidir en la autoestima, que desfavorecen el crecimiento de cada miembro del grupo familiar entorpeciendo la dinámica.

Desde el enlace con la sociedad, Satir (1988) define al sistema como: “una fuerza dinámica, que está conformada por partes individuales, cada una de ellas es fundamental y tiene relación con las otras”, por consiguiente, las implicaciones de los “sistemas que dirigen la conducta personal, familiar y social, tienen un objetivo, desarrollar nuevos individuos y favorecer el crecimiento de los ya existentes”. La familia considerada como sistema cerrado es en el que “las partes tienen una conexión muy rígida o se encuentran conectadas por completo”; la comunicación no fluye entre las partes, del exterior hacia adentro o viceversa. Cuando las partes se hallan desconectadas, disminuye la funcionalidad, la información escapa (p. 131). En consecuencia, en los sistemas cerrados, la expresión sincera de uno mismo es imposible, y si ocurre, los otros miembros del grupo o de la familia consideran dicha expresión como anormal (Satir, 1983, p. 237).

Para Satir (1988), en el “Sistema Abierto las partes se encuentran interconectadas, responden y son sensibles a los demás, permiten que la información fluya entre el ambiente interno y externo, la autoestima es necesaria y se mantiene una relación entre el

sistema, las normas y la comunicación” (p. 131). En consecuencia, en estos sistemas “el individuo puede decir lo que siente y lo que piensa, y puede luchar por conocer la realidad, para obtener un crecimiento personal, sin destruirse ni destruir a los otros participantes del sistema” (Satir, 1983, p. 238).

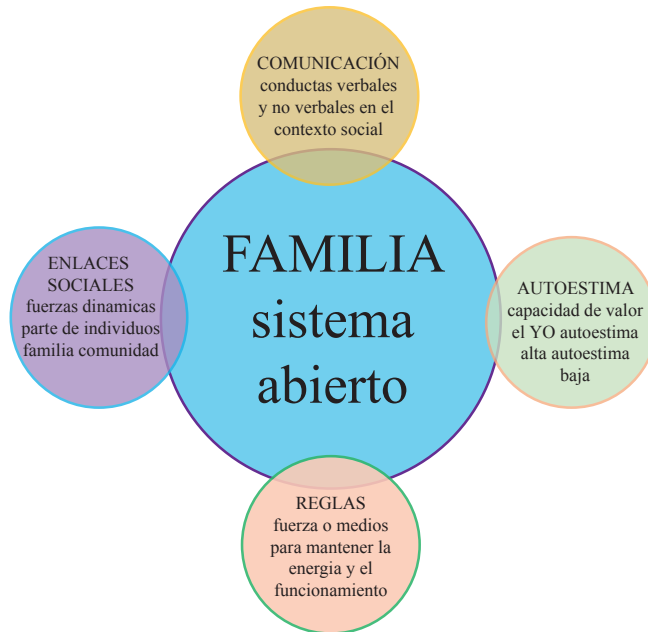


Figura 5.
Modelo de Interacción Familiar.

Fuente: Elaboración propia con base al modelo de interacción familiar de Satir.

Teoría de la organización sistémica

Marie Luise Friedemann desarrolló la teoría del Marco de Organización Sistémica basado en los principios de la teoría de sistemas abiertos (Von Bertalanffy, 2015) y ecología social (Bronfenbrenner). Para Friedemann el entorno, las personas y familias son sistemas abiertos en constante movimiento en búsqueda de la congruencia, esta se refiere al estado dinámico de sistemas y subsistemas que son compatibles entre sí con ritmos sincronizados; al interior de un sistema se genera tensión, las personas se tornan ansiosas e inestables, para disminuir la tensión se orientan a metas, para el cumplimiento de estas se requiere de estrategias que se denominan dimensiones de procesos; para la obtención del logro de la congruencia se establece cuatro objetivos que son: estabilidad, crecimiento,

control y espiritualidad (Friedemann, 1995). A medida que “interactúan entre sí los objetivos, a lo largo de la periferia del sistema para formar un equilibrio dinámico a través del cual el sistema saludable se ajusta continuamente para encontrar congruencia entre su propio orden y el de su ambiente” (Friedemann, 2013, p. 6).

Objetivos

1. **Estabilidad:** mantiene los rasgos básicos, de tal manera que la tradición y los patrones de conducta arraigados en los valores y las creencias culturales, se transmitan de generación en generación.
2. **Control:** Regula las fuerzas externas e internas del sistema familiar con el fin de reducir la vulnerabilidad y protegerlo de las amenazas.
3. **Crecimiento:** reorganización de los valores primarios y prioridades con el fin de adaptarse a las demandas de los miembros de la familia y del entorno físico social.
4. **Espiritualidad:** Es el esfuerzo por unificarse con un nivel más alto de voluntad y lograr la identidad familiar, la unión y el compromiso que llevan a un sentido de unidad (Friedemann, 2012, p. 56).

Dimensiones

1. **Mantenimiento del sistema:** estabilidad y control e incluye todas las acciones que mantienen la estructura familiar y lo protege de cambios amenazantes; tiene como propósito suplir necesidades físicas, emocionales y sociales.
2. **Cambio de sistema:** control y crecimiento del sistema familiar, la tensión o infelicidad son las situaciones presentes que llevan a la persona a probar valores y a determinar nuevas prioridades en la vida.
3. **Coherencia:** Está dirigido a la espiritualidad y la estabilidad familiar, la dimensión es la unión de los subsistemas (miembros) de la familia con un todo unificado y todos los comportamientos necesarios para mantener la unidad.
4. **Individuación:** crecimiento y espiritualidad, incluye actividades físicas e intelectuales que expanden el horizonte de una persona y la familia, le enseñan acerca de sí mismo o de los otros, con una nueva perspectiva y sentido de propósito en la vida (Friedemann, 2012, p. 56).

En las dimensiones de proceso “las flechas que forman el límite de los cuatro segmentos representados apuntan en dos direcciones, lo que significa que cada grupo de comportamientos conduce a dos de los objetivos” (Friedemann, 2003, p. 9). Los cuadrantes de las dimensiones del proceso

tienen diferentes tamaños. Estos tamaños han sido elegidos arbitrariamente para significar diferencias persona a persona. Los individuos pueden distinguirse según su patrón de vida básico o el énfasis que ponen en cada una de las dimensiones y, en consecuencia, en los objetivos relativos del sistema. (Friedemann, 2003, p. 12)

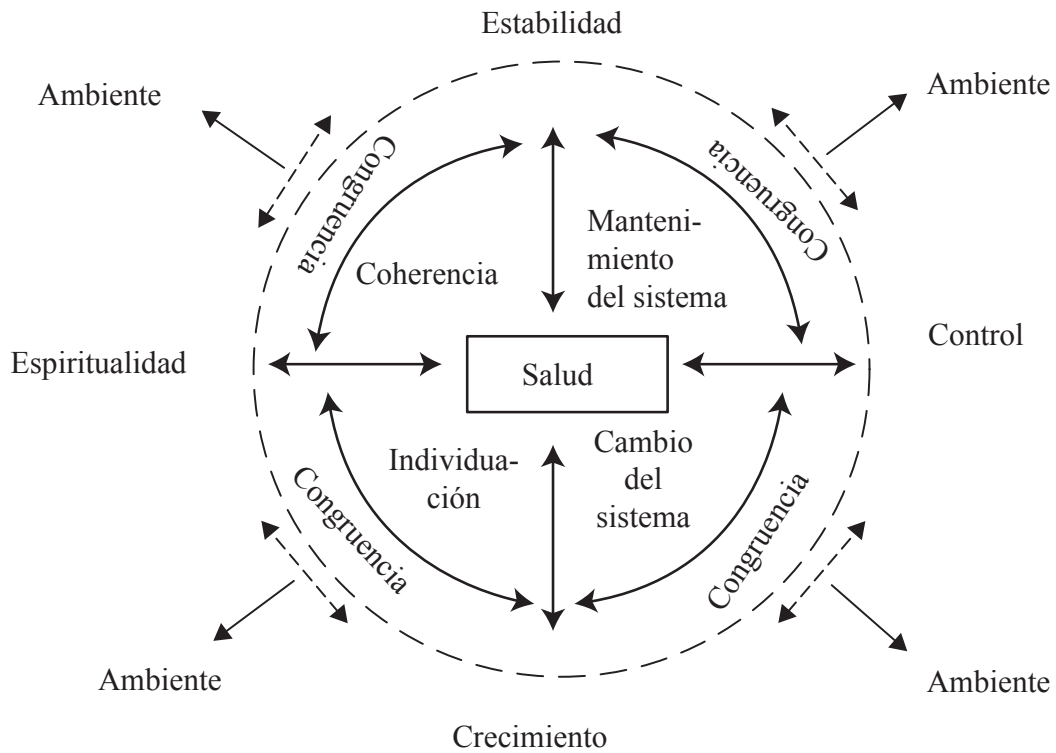


Figura 6.
Diagrama “Teoría de la organización sistémica”.

Fuente: *The framework of systemic organization* (1995, p. 21).

Según Friedemann (1995), la salud familiar la define como “la experiencia de la congruencia en la familia y es logrado por el balance de cuatro metas, estabilidad, crecimiento, control, dinámica espiritual, de acuerdo con la situación cambiante de la familia” se requieren de tres criterios para alcanzar la salud familiar, la presencia de cuatro dimensiones en proceso, satisfacción con la organización familiar y la congruencia entre el sistema familiar y el sistema primario ambiental (pp. 30-31).

Desde la perspectiva de Friedemann (2012) existe un gran interés por el sistema familiar para convertirlo en un medio ambiente que promueva la salud de los individuos

y trabaje las relaciones familiares para que aumente la coherencia y la flexibilidad familiar, de modo que se brinden espacios y oportunidades para crecer u organizar, e incluso distribuir el trabajo para convertirlo en un sistema justo (Cambio de Sistema), de acuerdo con las prioridades establecidas por la familia (p. 57).

Cuando se trabaja en las relaciones familiares lo que se busca es impactar las dimensiones y así obtener una posibilidad para el crecimiento y organización a nivel familiar, por la complejidad de las relaciones y la influencia que llega a tener con acciones implícitas en todo el sistema. Para la aplicación de este modelo se deben incluir los individuos, grupos y familias, adicionalmente involucrados con el paciente y su familia para evaluar las necesidades. Friedemann (2012) mide la funcionalidad familiar a través del instrumento *Assessment of Strategies in Families*, basado en la teoría de terapia familiar, su fundamento está en cuatro dimensiones y cuatro metas (p. 57).

Esta teoría permite desarrollar un trabajo mancomunado con los individuos, familia y comunidad, los cambios familiares que conducen al desarrollo de la familia modifican sus comportamientos y relaciones, en este modelo es importante el funcionamiento familiar; las actividades familiares que satisfacen las necesidades de los miembros de la familia.

Investigación en enfermería familiar

Para Pilar Amaya (2004b) su interés en la investigación la ha encaminado al área de salud familiar, con énfasis en la medición de la salud y el riesgo familiar en situaciones de pobreza y tensión social. Como resultado de sus investigaciones se obtuvo la elaboración de tres instrumentos que miden la salud: familiar en general, en familias con gestantes, y riesgo familiar total; estos instrumentos son herramientas válidas y confiables para la evaluación y toma de decisiones en investigación e intervenciones de los equipos multidisciplinarios y profesionales en el área de la salud. Pilara Amaya se convierte en pionera en elaboración de instrumentos para la valoración familia en Colombia (Amaya, 2004a, 2004b).

Para la construcción de los tres instrumentos tiene como referente la teoría de organización sistémica de Marie Louise Friedemann, que permite describir y explicar la salud familiar utilizando la aproximación general de sistemas. El primer instrumento de salud familiar tiene como “finalidad la medición de la percepción individual de la organización sistémica familiar, de la satisfacción con dicha organización y de una escala global de salud familiar total” (Amaya, 2004b. p. 17).

Cada ítem se desarrolló para medir la dimensión del proceso (mantenimiento del sistema, cambios de sistema, cohesión, Individuación) y la satisfacción como organización familiar con la forma como funciona; cada una con su respectiva escala. La salud familiar es reportada por el miembro de la familia como él la percibe en un momento específico; no se puede olvidar que la salud familiar es proceso cambiante que depende de las influencias de las variables internas o externas de la familia, que modifican la percepción individual

tanto en la organización sistémica (dimensiones y metas) como la de satisfacción (Amaya, 2004b, p. 23).

El segundo instrumento de salud familiar con gestantes, que “busca la caracterización de las familias para la asistencia y la practica familiar en gestación” (Amaya, 2004c, p. 27) “la finalidad de este es evaluar la percepción individual de la organización sistémica familiar, satisfacción de dicha percepción, y escala global de salud familiar total” (Amaya, 2004c, p. 17).

El tercer instrumento, el riesgo familiar total se define como “la probabilidad de las consecuencias adversas individuales y familiares (enfermedad, desorganización, o disfunción) debidas a la presencia de algunas características detectadas en el momento de la valoración”. El instrumento enfatiza en dos aspectos, el primero se relaciona con la medición del riesgo y el segundo con los sistemas de salud y su funcionamiento (Amaya, 2004b, p. 20). La finalidad de este instrumento es la evaluación de cinco dimensiones de riesgo familiar: condiciones psicoactivas, servicios y prácticas de salud, condiciones de vivienda y vecindad, situación socioeconómica y manejo de menores, y una escala de riesgo familiar total (Amaya, 2004b, p. 17).

Cada uno de estos instrumentos aporta a las familias colombianas sobre la organización y el riesgo; elementos que se correlacionan para determinar el óptimo crecimiento y mantenimiento familiar, el cual es susceptible de modificarse de acuerdo a los elementos con los cuales está en contacto y las condiciones sociales, económicas y políticas en la cuales se encuentra, lo cual genera un compromiso para fortalecer las acciones desde lo familiar, desde la evaluación hasta la intervención, buscando modificaciones para mejorar el impacto en la salud.

Conclusiones

En la familia como sistema, cualquier alteración por mínima que sea en alguno de sus miembros repercute en su totalidad y se altera en sus múltiples dimensiones; sin olvidar que la familia está inmersa en múltiples subsistemas de los cuales recibe influencia. Su permeabilidad posibilita las acomodaciones o cambios en situaciones en las que se altera su dinámica, lo cual es elemento a contemplar dentro del cuidado de enfermería, bien sea para recuperar o mantener la salud física o emocional; por tanto, el abordaje de la familia desde la óptica de prevención y promoción es esencial por lo cual se han trabajado los modelos de enfermería de salud familiar para la aplicación en distintos ámbitos del cuidado.

La construcción de la familia es una de las tareas más difíciles y complicadas que pueda existir, no hay una fórmula mágica para construir la familia, es un proceso de prueba y error en el cual se embarcan las parejas que buscan una convivencia sana y fructífera llena de alegría y de amor, pero a la vez de tristeza y dolor; es dualidad, es una convergencia entre muchos elementos; entre estos, los cambios a los que se enfrenta la familia contemporánea por efecto de los sucesos sociales, culturales y planetarios a los cuales se

ve sometida. Estos sistemas requieren de una acomodación para poder subsistir y mantenerse, por tanto, se hace necesario una mayor presencia de la enfermera como componente dinamizador del cuidado en la familia y la aplicación de los modelos que en su totalidad, integrando elementos para que se involucre cada uno de los miembros en el cuidado y mantenimiento de la familia.

El objetivo de la aplicación de las teorías en la práctica de enfermería permite hacer una reflexión de los procesos familiares en situación de vulnerabilidad, proporciona un marco conceptual en la práctica, investigación y la formación; es la enfermera(o) la primera persona que tiene un contacto directo y abierto con los miembros de la familia, facilitando la observación de primera mano en lo sucedido que le acontecen dentro del sistema familiar. Por tanto, es la enfermera(o) quien procede a hacer las intervenciones propias de acuerdo con el hallazgo de cada situación, lo cual hace necesario el conocimiento exhaustivo de las teorías por parte del profesional de enfermería, para brindar un cuidado de calidad, además es posible su aplicación en áreas clínicas y comunitarias.

Bibliografía

- Allgood, M. R. (2015). *Modelos y Teorías en Enfermería*. Barcelona: Elsevier.
- Amaya, P. (2004a). *Instrumento de Riesgo Familiar Total*. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia.
- Amaya, P. (2004b). *Instrumento de Salud Familiar: Familia en General*. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia.
- Amaya, P. (2004c). *Instrumentos de Salud Familiar: Con gestante*. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia.
- Bertalanffy, L. (2015). *General System Theory: Foundations, Development, Applications*. Vienna: George Braziler Inc.
- Bronfenbrenner, U. (1979). *The Ecology of Human Development. Experiments by Nature and design*. Massachusetts: Harvard University Press.
- Espinal, I., Gimeno, A., y González, F. (2006). El enfoque sistémico en los estudios sobre la familia. *Revista internacional de sistemas*, (14), pp. 21-34. Recuperado de <https://dialnet.unirioja.es/servlet/articulo?codigo=5042892>
- Friedemann, M. L. (2012). Teoría de Organización Sistémica: Investigación y Práctica de Enfermería. *Universalud. Rev. Ciencias Salud Unisangil*, 2(1), 55-59. Recuperado de <http://publicaciones.unisangil.edu.co/index.php/revista-universalud/article/download/69/72>

- Friedemann, M. L. (2003). *El marco de la organización sistémica: un enfoque conceptual para las familias y la enfermería*. DOI: <http://dx.doi.org/10.4135/9781483327426>
- Gutiérrez de Pineda, V., y Villa de Pineda, P. (1988). *Honor, familia y Sociedad*. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia.
- Neuman, B. (1996). The Neuman Systems Model in Research and Practice. *Nursing Science Quarterly*, 9(2), 67–70. DOI: <https://doi.org/10.1177/089431849600900207>
- Phillips, J. R. (2016). Rogers' Science of Unitary Human Beings: Beyond the Frontier of Science. *Nursing Science Quarterly*, 29(1), 38–46. DOI: <https://doi.org/10.1177/0894318415615112>
- Satir, V. (1983). *Conjoint Family Therapy*. California: Science and Behavior Book, Inc.
- Satir, V. (1988). *The New Peoplemaling*. California: Science and Behavior Books, Inc.

Capítulo

La familia y la salud mental en Colombia

Rosalba Montalvo Varón

Enfermera, psicóloga. Especialista en Consultoría en Familia y Redes Sociales. Magíster en Salud Pública. Docente del programa de Enfermería en la Fundación Universitaria del Área Andina.

Introducción

Entendiendo la salud mental como una esfera potencializadora del desarrollo humano que debe ser sostenible, sinérgica y resiliente en un complejo sistema de interacciones psicosociales, se hace perentoria su observación desde el enfoque sistémico, que coadyuve a la comprensión de los fenómenos que día a día se presentan en los micro y macrosistemas de un país, propicio a la generación de eventos desfavorables para la formación integral de los miembros familiares.

En una reflexión sobre la salud mental en el sistema familiar en Colombia, se intenta revisar algunos aspectos de la intervención psicosocial en el contexto de violencia social en el que las familias colombianas se han visto involucradas y que ha dejado diezmada la salud colectiva de los microsistemas, permeando sus redes de apoyo social, sus recursos familiares y los apoyos sociales posibles. Se ha generado, entonces, una intrincada forma de convivencia en los ambientes internos y entornos psicosociales de la familia, en los que reconocer la salud mental y su fortalecimiento se hace cada vez más complejo.

Reflexión

La familia como sistema primario tiene la función y la responsabilidad de la educación desde el primer ciclo de vida, la infancia. La familia debe desarrollar durante la crianza prácticas saludables observadas en buenos hábitos que se verán reflejados durante el curso de vida del individuo, y que aportarán luego en las nuevas familias que se generen en el tiempo.

Desde lo sistémico, se aborda la comprensión de la familia en el marco relacional en el que la suma de las partes no es superior al todo y permite un desarrollo en la comunicación y retroalimentación, sinergia que enlaza los miembros de la familia en una circularidad propia de los sistemas.

Maganto (2004) argumenta que, además de la familia, todo ser humano está a su vez integrado en contextos, de menos a más amplios, que configuran sistemas organizativos. Un microcontexto es el sistema familiar, un mesocontexto es la comunidad, barrio, localidad y otros a los que la familia y sus miembros pertenecen, y un macrocontexto es la estructura o entramado social del que forma parte.

El sistema familiar se define como un conjunto invisible de demandas funcionales que organizan los modos en que interactúan los miembros de una familia. El sistema se adapta a las circunstancias cambiantes de tal modo que mantiene una continuidad (estabilidad) y fomenta el crecimiento de cada miembro (cambio). Se diferencia y desempeña sus funciones a través de subsistemas.

Así, cada individuo pertenece a distintos subsistemas en los que ejerce diferentes niveles de poder y en los que aprende habilidades diferenciadas. Los límites de un sistema están constituidos por las reglas que definen: quiénes participan y el modo en que participan. La función de los límites es proteger la diferenciación del sistema y aclarar las interferencias con otros subsistemas.

Para que el funcionamiento familiar sea adecuado, los límites de los subsistemas deben ser claros y precisos, que permitan el desarrollo del propio sistema y las relaciones con otros subsistemas sin confundirse con ellos. La claridad de los límites dentro de una familia constituye un parámetro útil para la evaluación de su funcionamiento (Maganto, 2004). Considerando a Valdés Cuervo (2007), en su argumento “la familia se constituye para la mayor parte de personas, en la más importante red de apoyo social para las diversas transacciones vitales que han de realizar durante la vida” (p. 15), se invita a pensar en la importancia de las redes de apoyo familiares en el mantenimiento de la salud, en este caso particular de la salud mental.

Es necesario aproximarse al concepto de la salud mental con el ánimo de fortalecer las concepciones que se tienen del individuo como ser humano (sus orígenes posibles y la evolución de la familia desde sus comienzos) y de la diferenciación cultural, que hacen posible la transformación de las mismas en torno a las prácticas culturales-sociales y por ende la integración del campo mental en su cuidado.

El Ministerio de la Salud y Protección social en Colombia reconoce la salud mental como la capacidad de las personas y de los grupos para interactuar entre sí y con el medio ambiente. Es el bienestar subjetivo, el desarrollo y uso óptimo de las potencialidades mentales, ya sea cognitivas, emocionales/afectivas o sociales/relacionales, así como el logro de metas individuales y colectivas, en concordancia con la justicia y el bien común.

La misma definición involucra habilidades como la capacidad de manejar los cambios, reconocer, aceptar y comunicar los pensamientos y los sentimientos. También habilidades para crear y mantener relaciones, para hacer frente al estrés y /o modificar ambientes o relaciones que causan estrés (Organización Internacional para las migraciones. Ministerio de Protección Social, 2006).

La salud mental involucra sentimientos y creencias como sentirse valorado; se puede influir en los contextos en los que se encuentre el individuo a través del poder ejercido sobre las experiencias vividas. Deberá asumirse que se tienen deberes y también derechos. Es importante el nivel o grado de comprensión que el individuo desarrolle para la aceptación de las diferentes situaciones conflictivas que pueden presentarse en cada uno y también en las relaciones con otras personas. En el mantenimiento de la salud mental, la persona debe también sentirse positivo, capaz de desarrollar sus propias habilidades personales tanto en sí mismo como en torno a otros, para gozar de la aceptación personal íntima y también de la alegría del compartir con otros su experiencia de vida y sus retos.

Por tanto, la persona debe integrarse a los diferentes sistemas familiares, educativos y laborales, con entusiasmo, pertenencia, adaptación a los diferentes contextos y formas de

relación, logrando así un equilibrio de su campo cognitivo, afectivo/emocional y trascendental. Esto le permitirá formarse y participar como ser integral, capaz de ofrecer y recibir lo mejor de otros, al ponerse en su lugar para interpretar y comprender mejor sus necesidades tanto personales como de interés colectivo, que le generen resultados satisfactorios y le permitan ser exitoso para finalmente llegar a sentir emociones felices en torno a su existencia y la de otros.

La salud mental en la familia y en la sociedad tiene gran incidencia en los individuos y sistemas familiares durante todos los ciclos vitales. Para ofrecer un análisis más preciso del rol del sistema familiar en el campo de la salud mental y el compromiso de cada uno de los sistemas individuales, se debe establecer un punto de apoyo, como lo relata Builes y Bedoya (2008), en su artículo “La familia contemporánea: relatos de resiliencia y salud mental”, en el que se habla de la estructura de la familia como un sistema cambiante en permanente evolución y transformación que hace posible en la posmodernidad una comprensión de la familia inserta en la cultura que también es modificable y variable en el tiempo y espacio.

La familia contemporánea se enmarca en el logro de la privacidad o intimidad, en cambio en la familia antigua se integraban parientes, allegados, amigos y hasta domésticos, en los que la autoridad se compartía. Esta relación dinámica fortalecía los lazos afectivos y la distribución de los roles de autoridad directamente a los padres generando una función socializadora de los miembros familiares.

La comunicación al interior del sistema familiar identifica y hace visible a cada uno de los miembros a través del lenguaje y la capacidad de expresarse como ser pensante y cocreador de su propia realidad. Es entonces cuando puede resignificarse el propósito de la convivencia y de la existencia en el reconocimiento de la diferencia y de lo símil, de la discrepancia y del acuerdo. Allí la salud mental tiene sus raíces en el sistema familiar, cada uno con un paquete de deseos, que le hacen buscar su propia realización personal, en búsqueda de la felicidad a través de la construcción paulatina y exitosa de su proyecto de vida.

Intervenir en el mantenimiento de la salud mental se considera una acción muy compleja debido a las condiciones psicosociales y sociopolíticas en las que está inmerso el sistema individual y familiar; es decir, la influencia del macrosistema social que causa reacción y retroacción en los comportamientos humanos. Estos últimos se ven afectados por la insatisfacción de necesidades básicas como las afectivas/emocionales, nutricionales, ocupacionales, de reconocimiento social, entre otras, produciendo cambios o transformaciones no deseables en las funciones familiares.

Los cambios abruptos no normativos en muchas ocasiones generan trastornos del comportamiento ya sean de carácter fisiológico, mental, emocional y/o social, ya que la familia es un sistema que tiene una función y se encuentra interrelacionado, de tal forma que cada uno afecta a los demás, significando esto que la salud de uno de sus miembros es la salud de la familia.

El mismo Valdés Cuervo (2007), que menciona a Arranz y Olabarrieta (1998), evidencia que “dentro del grupo familiar se producen una serie de interacciones sociales que, por ser significativas para el sujeto, van a ser interiorizadas y por lo tanto van a influir de manera decisiva en el curso del desarrollo” (p. 15), por tanto, se vuelve necesario intervenir la persona en su sistema familiar y comunitario.

El cuidado de la familia y el mantenimiento de la salud mental es un compromiso multisectorial, multidisciplinario y de vital importancia en el campo de la academia, considerando que el sistema familiar se nutre de los microsistemas y que se está transformando por la acción sinérgica de los macrosistemas políticos, sociales y económicos (que le propician espacios de promoción de la salud y prevención y asistencia en la enfermedad). Esto genera recursos familiares, desarrollo de habilidades y apoyos sociales que coadyuven al afrontamiento en situaciones problemáticas y previenen la presencia de trastornos mentales o del comportamiento.

Dada la condición de conflicto social sostenido durante décadas por Colombia, se observa con preocupación los cambios abruptos sucedidos que han permitido una confrontación interna del macrosistema social y familiar que produce una desarticulación frontal de las familias. Rupturas en muchos casos irreparables permean las estructuras de poder y autoridad familiar y la funcionalidad de la misma. Es un proceso que hay que intervenir a través de la gobernabilidad, intersectorialidad y acciones transdisciplinarias, con la urgente necesidad de restaurar los derechos fundamentales a la vida digna, a la seguridad y otros valores fundamentales que se han vulnerado en los procesos de violencia social.

Una forma de interpretar los efectos producidos por la guerra y la violencia organizada es ubicarlos en un contexto subjetivo o de traumatización psicológica... Los constructivistas dicen que la realidad psicológica es construida. Si la construcción se afecta, se debe reparar. Entre más desastrosa es la destrucción mayor es el trabajo de la reparación incluyendo la construcción de nuevas estructuras (Castaño, Jaramillo, y Summerfield, 1998).

El desplazamiento forzoso por violencia social en Colombia ha sido un camino de migraciones internas y externas, que han llevado a un marcado deterioro de la salud mental de los sistemas familiares que lo han tenido que sufrir. Cabe decir que los niños y niñas desde el vientre materno han tenido que perder, por la violencia, a sus padres y/o hermanos, lo cual ha dejado a la familia abruptamente mutilada, rotas sus ilusiones de vida en paz y la pérdida total de bienes materiales, trabajo y pertenencia al campo y a sus labores agrícolas, entre otras.

La salud mental no puede mantenerse mientras las esferas corporales, mentales, emocionales, cognitivas y espirituales se han desmembrado en el individuo y la familia, a lo largo de sus diferentes ciclos vitales, en circunstancias en las que los duelos (pérdida de sus seres queridos, la victimización de la mujer a través de violencia sexual o torturas como instrumento y estrategia de guerra, muerte de sus hijos y compañeros) no han podido elaborarse.

Los trastornos mentales más frecuentes presentados en las estadísticas nacionales en Colombia —depresión, ansiedad, psicosis, esquizofrenias, bipolaridades (Muñoz, 2011)— son patologías en muchas ocasiones no intervenidas en forma adecuada, por la inexistencia de los servicios cualificados en los diferentes sectores que deben ser corresponsables de su atención, tanto en los niveles de prevención, diagnóstico oportuno, tratamiento idóneo, seguimiento y control, como en los medicamentos disponibles y preparación de las familias para el cuidado de los miembros familiares involucrados.

Muchos de estos casos no se detectan o son casos mal manejados que de alguna forma derivan en intentos de suicidio o suicidio consumado en niños, adolescentes, adultos jóvenes y adultos mayores en ambos sexos, marcando especialmente al sexo masculino (Ministerio de Salud, 2015).

Igualmente se complejiza la situación de salud mental con el consumo de sustancias psicoactivas tanto lícitas (licor) como no lícitas que generan adicción y, por tanto, trastornos del comportamiento y enfermedad mental, debido a la deficiente educación y preparación para la vida de niños/niñas, adolescentes. Esta cultura del consumo especialmente asociado al licor y sus derivados está en todo el territorio colombiano, agravado por la ausencia de servicios suficientes y especializados en la atención de adicción que garanticen resultados de rehabilitación.

El abuso sexual en niñas, jóvenes y mujeres adultas a través de la seducción y/o la violencia ha sido una de las acciones de guerra consentidas, como ejercicio de poder e intimidación; ha producido un daño irreparable en la salud mental y social de las víctimas, considerando que la frecuencia por sexo es mayor en mujeres, aunque se registran ya casos en varones. La violencia basada en género ha sido una de las causas de muerte reconocida como feminicidio; tasas que se incrementan en Colombia día a día que causan alarma y preocupación a los sistemas de control, tanto organizaciones de mujeres como instituciones privadas y estatales encargadas de la vigilancia del evento. El feminicidio permite observar que la equidad de género, el ejercicio de buenas prácticas comunicativas en las relaciones de pareja, basadas en el respeto a la diferencia, a la vida, y el control de emociones, entre otros, es apenas una fuerza social y político-jurídica a ponerse en marcha, para el logro de la transformación cultural del ejercicio del poder masculino tradicional y convertirse en una fuerza genuina de protección de la vida y del derecho a la seguridad de las mujeres y niñas/niños.

La prostitución infantil y la trata de personas es otro de los fenómenos adversos en la familia colombiana que afecta negativamente la salud mental de la población más vulnerable, como son los niños y las mujeres. Impide que una sociedad crezca y se desarrolle en forma equilibrada y sostenible. Por tanto, se considera que el país pasa por un período crítico en su más profunda estructura mental, emocional y espiritual tanto individual como colectiva que le exige una atención inmediata y comprometida de todos los sectores corresponsables.

La intervención psicosocial debe ser una estrategia global y permanente dirigida a la restauración de los derechos fundamentales vulnerados de las familias que tuvieron afectación directa o indirecta por los actos de guerra en el país, durante más de medio siglo. A partir del año 2000 el Ministerio de Salud estableció lineamientos para el abordaje de las familias en condición de desplazamiento forzoso, precisando aspectos diferenciales entre atención psicosocial e intervención del sector de la salud, con miras a impactar en el campo de la salud tanto preventiva como restaurativa de las morbilidades producidas por este fenómeno social.

El Gobierno colombiano a través de su Ministerio de la Protección Social, en la actualidad Ministerio de Salud y Protección social, durante una década o más trabajó a través de sus profesionales, técnicos y expertos consultores los diagnósticos y protocolos, basados en experiencias locales y nacionales que les permitieran acercarse a la realidad social y mental de la población civil y establecer los lineamientos de política pública en el campo de la salud mental.

En Colombia, la salud mental es reconocida por el Estado como una prioridad en salud pública y prueba de ello lo constituye su inclusión en el Plan Decenal de Salud Pública 2012-2021 en la Dimensión Convivencia Social y Salud Mental, así como la Expedición de la Ley nacional de Salud Mental (Ley 1616/2013 República de Colombia. Ministerio de Salud y protección Social, 2013). Considerándose como una interacción social de todos los sectores, corresponsables de las acciones para el mantenimiento y protección de la salud mental, se establecieron líneas de intervención transdisciplinarias e intersectoriales como competencias claras que coadyuvarían en el logro de la política pública.

En la Encuesta Nacional de Salud Mental 2015, se definen aspectos y efectos que la violencia ha causado en los colombianos, descifrándose algunos resultados que, por su gravedad e impacto, es muy importante mencionarlos en este artículo. El psiquiatra Gómez Restrepo, investigador principal de la Encuesta Nacional de Salud Mental entre el 2014 y el 2015, se refiere a las consecuencias que en la esfera psicológica tiene la violencia social y que afecta necesariamente a la familia, convirtiéndola en un foco de violencias físicas, emocionales, sexuales; advierte que hay que enseñarles a responder de otra forma a los conflictos, a ser más tolerantes, a expresar sus emociones de forma constructiva; promover el dibujo, el juego y las actividades lúdicas colectivas; educarlos para que sean colaboradores, perdonen y se reconcilien con los demás; evitar educar para la defensa; y dar ejemplo de vida, convivencia, honradez e interés por los otros (Salazar, 2016, p. 14).

Se argumenta también sobre las consecuencias de no intervenir adecuadamente en la salud mental, dejando ver los daños irreparables por la revictimización o traumas repetidos que destruyen el bienestar individual, familiar y social, dejando una estela de daños en la salud mental que potencializa los factores de riesgo y minimiza los factores protectores. Se requiere de vigilancia epidemiológica: observatorio de la familia, de la violencia de género y del consumo de estupefacientes. Gómez Restrepo en entrevista refiere que la violencia ha afectado a los colombianos tanto en las personas como en su cultura. Hay

desconfianza, dificultades con la empatía, con manifestaciones afectivas, en el reconocimiento del otro y con las emociones que es necesario intervenir (Salazar, 2016, p. 14).

El sistema de salud generó una categoría especial para la atención en salud, de las familias que lograron demostrar su condición de desplazamiento por violencia social, permitiendo así acceder a servicios sin límites como una retribución del Estado a los derechos vulnerados por la guerra y que no puede ser desconocida por los diferentes Gobiernos que aún tienen la responsabilidad social de atender en forma integral, debido al grave daño social y humano que se ha producido a estas familias (Fundación FES, 2005).

Posteriormente, los lineamientos y guías de intervención psicosocial tuvieron reformas sustanciales en aras de proveer recursos en la formación para el trabajo, generación de trabajo y ocupación de mujeres y hombres en microempresas autogestionadas que dieron algunos frutos y en ocasiones permitieron a los miembros de la familias obtener recursos para su manutención, ocupación del tiempo libre y encontrar un espacio físico y social donde continuar la vida salvaguardándose de mayores riesgos, y sanar en alguna forma sus heridas emocionales y espirituales.

La intervención en el campo de la salud mental se volvió indispensable, dada la gravedad de las acciones en la guerra irregular que vivió y aún vive este país; siendo los riesgos psicosociales más relevantes los homicidios selectivos, desaparición forzosa, secuestro, prostitución y trata de personas, violencia de género, abuso sexual y feminicidio. Riesgos ligados a las malas prácticas, algunos como: uso y abuso de sustancias adictivas. Ligados a la presencia de las sustancias: comercialización y trabajo en su producción y mercadeo, comportamientos delincuenciales comunes, intentos de suicidio y suicidio, entre otros, como consecuencias de los actos de guerra históricos en Colombia.

La intervención psicosocial, desde la concepción de expertos, se considera como un campo interdisciplinario e intersectorial que conlleva a múltiples responsabilidades en las áreas políticas, económicas, culturales y sociales. Es por tal razón que la intervención en este campo debe ser desarrollada por todos los niveles de atención con visión integradora que permita comprender la esencia del ser y el valor de un cuidado responsable desde el microsistema individual y familiar hasta la interacción con los macrosistemas políticos, económicos y sociales integrando la existencia del ser humano en un ambiente ecológico para su desarrollo sostenible.

Gómez (2016), ante el interrogante de por qué el plan de atención se recomienda para las grandes ciudades receptoras de población desplazada, argumenta que

[...] lo ideal sería poder retornar a las tierras y condiciones de bienestar anteriores al conflicto. Acompañar este proceso para que restituyan su hogar, familias, comunidades, actividades laborales y económicas, es fundamental para una rehabilitación real y para el mantenimiento de la paz. (Salazar, 2016, p. 15)

La atención primaria en salud renovada se convierte en la estrategia por excelencia que permite llegar con servicios de salud con calidad, oportunidad a todos los sistemas familiares e individuales. Se forma en este campo a los profesionales, tecnólogos y técnicos, sin olvidar que en todos los sectores es de compromiso político/social/humano el dar cumplimiento a los lineamientos trazados en bienestar y protección, seguridad, educación y vivienda, entre otros, buscando la dignificación de la vida, con una política incluyente de género, etnia, ciclo vital, discapacidad y otros, en el marco de los derechos humanos.

Cabe mencionar que la atención en el campo de la salud mental no es exclusiva de los profesionales especializados, sino de todos y cada uno de los profesionales de enfermería y otras disciplinas, ubicados en cualquiera de los contextos comunitarios, ambulatorios y clínicos, capaces de promover, prevenir y tratar los trastornos mentales y del comportamiento. Se debe detectar a tiempo dichas alteraciones, informar y remitir oportunamente a los equipos de especialistas, y aportar al reintegro de los sistemas individuales rehabilitados a su sistema familiar y comunitario.

Conclusiones

La salud mental debe considerarse un derecho, dado que la salud mental forma parte del ser en un todo integral con sus potencialidades mentales, emocionales, espirituales y biológicas que le permitan vivir y convivir en un contexto familiar y comunitario equilibrado para su reconocimiento de ser con dignidad.

La academia debe ir de la mano con la institucionalidad procurando resolver en su interior los vacíos de la normatividad y conservar el natural compromiso de formar profesionales idóneos, abiertos al cambio, sanos y comprometidos con las familias y sus entornos, en un claro sentido de la corresponsabilidad.

El cuidado de la familia, especialmente desde la disciplina de enfermería, es de vital importancia en el campo de la salud mental, propiciando espacios de promoción y prevención y asistencia en la enfermedad. Esto con el fin de generar desarrollo de habilidades, recursos sociales y personales que coadyuven al afrontamiento en situaciones problemáticas previniendo y/o atendiendo los trastornos del comportamiento. Estos deben ser detectados a tiempo de tal forma que se genere una atención de calidad de las morbilidades mentales, reduciendo la discriminación y estigmatización, basado siempre en los determinantes sociales de la salud (OMS 2013), considerados en el plan decenal de salud pública 2012-2021.

En la intervención psicosocial [...] se hace referencia a la identidad, la autonomía, la dignidad, la cultura, la comunidad, la vida [...] el trabajo psicosocial nace de la práctica terapéutica con personas sujeto de la represión, de la persecución política, y de las guerras. (Castaño, Jaramillo, y Summerfield, 1998, p. 57)

La salud mental debe observarse como un bien personal y social. Todos los sistemas tanto micro como macro son corresponsables de la restauración y mantenimiento de la salud mental como un propósito universal de los derechos en nuevas formas de comprender al ser humano, en todos sus ciclos vitales del curso de vida, para el crecimiento y desarrollo humano sostenible que promueva el buen desempeño de la humanidad.

Se requiere construir un camino hacia la paz y equilibrio social. La construcción de una cultura de la paz es un proceso lento que supone un cambio de pensamiento individual y colectivo, que conduzca a un compromiso de vida con justicia, social, oportunidades, equidad, generadores de una conciencia nueva que apueste por la renovación de principios y valores humanos en un mundo de la complejidad, en la que la diversidad se vea como una riqueza y la educación sea para todos (Palos Rodríguez, s. f.).

Esta sería la manera de resolver los conflictos más acuciosos de los sistemas familiares y un trabajo sólido para mantener y recuperar la salud mental de las colectividades que genere una nueva forma de conocer y enfrentar las realidades complejas del ser humano y su entorno psicosocial.

Bibliografía

- Arranz, E. y Olabarrieta, F. (1998). Las relaciones entre hermanos. En M. J. Rodrigo y J. Palacios (Eds.), *Familia y desarrollo humano* (pp. 245-260), Madrid: Alianza.
- Builes, M., y Bedoya, M. (2008). La familia contemporánea: relatos de resiliencia y salud mental. *Revista Colombiana de Psiquiatría*, 37(3), 344-354.
- Castaño, B. L., Jaramillo, L. E., y Summerfield, D. (1998). *Violencia política y trabajo psicosocial. Aportes al debate*. Bogotá: Corporación Avre.
- Fundación FES. (2005). Minsalud/Salud Mental lineamientos S. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/Lineamientos/Lineamientos%20-Pol%C3%ADtica%20Salud%20Mental.pdf> Fundación Fes.2005
- Maganto Mateo, C. (2004). *La familia desde el punto de vista sistémico y evolutivo*. San Sebastian: Universidad del País Vasco.
- Ministerio de Salud. (2015). *Abc-encuesta nacional de salud mental*. Bogotá: Min Salud.
- Muñoz, A. (2011). Cepvi. com.
- Organización Mundial de la Salud - OMS. (2013). *Plan de acción integral sobre salud mental 2013-2020* (No. WHA66. 8).

- Organización Internacional para las Migraciones. Ministerio de Protección Social. (2006). *Rotafolio acciones de Salud Mental*. Bogotá: Ministerio Protección Social.
- Palos Rodríguez, J. (s. f.). Educación y Cultura de la Paz. Recuperado de <http://www.oei.es/historico/valores2/palos1.htm>
- República de Colombia. (1991). Constitución Política de Colombia de 1991. Artículos 42 y 44. Bogotá, Colombia. Recuperado de [http://www.procuraduria.gov.co/guiamp/media/file/Macroproceso%20Disciplinario/Constitución Política de Colombia.htm](http://www.procuraduria.gov.co/guiamp/media/file/Macroproceso%20Disciplinario/Constitución%20Política%20de%20Colombia.htm)
- República de Colombia. Ministerio de Salud y Protección Social. (2007). *Política Nacional para la reducción del consumo de sustancias psicoactivas y su impacto*. Bogotá, Colombia.
- República de Colombia. Ministerio de Salud y Protección social. (2012). *Observatorio Nacional de Salud Mental*. Bogotá, Colombia.
- República de Colombia. Ministerio de Salud y Protección social. (2012). *Política Pública Nacional para las familias colombianas 2012-2022*. Bogotá, Colombia.
- República de Colombia. Ministerio de Salud y Protección social. (2015). *Encuesta Nacional de Salud Mental. Tomo I*. Bogotá, Colombia.
- República de Colombia. Ministerio de Salud y protección Social. (2013). *La salud en Colombia la construyes tú. Plan Decenal de Salud pública. 2012-2021*. Bogotá.
- Salazar Gómez, S. (2016). La marca del conflicto en la salud mental de los colombianos. [Entrevista a Carlos Gómez Restrepo, investigador principal de la Encuesta Nacional de Salud mental 2015]. *Revista Pesquisa Javeriana*, (35), 14-15, DOI: 453432342342 Recuperado de <https://www.javeriana.edu.co/pesquisa/la-marca-del-conflicto-en-la-salud-mental-de-los-colombianos/>
- Valdés Cuervo, A. A. (2007). *Familia y Desarrollo: Intervenciones en Terapia Familiar*. México, D. F.: Manual Moderno.

Capítulo

La familia y el cuidado
de la salud

Martha Cecilia Veloza Morales

Enfermera. Especialista en Docencia Universitaria.
Magíster en Enfermería Salud Familiar. Magíster en Desarrollo Educativo y Social. Docente del programa de Enfermería en la Fundación Universitaria del Área Andina.

Introducción

“El lugar donde nacen los niños y mueren los hombres, donde la libertad y el amor florecen, no es una oficina, ni un comercio, ni una fábrica. Ahí veo yo la importancia de la familia”.

(Gilbert Keith Chesterton, 1926)

A pesar de las transformaciones que la familia ha tenido a través del tiempo en su estructura y en su composición y de las diversas acciones, funciones, comportamientos y valores, la familia es la institución que más influye en los individuos, puesto que tiene un papel esencial sobre los comportamientos, emociones y roles de las personas desde sus contextos, dado que allí se construyen las identidades. Frente al cuidado de la salud, la familia asume y cumple un rol, ya sea como demandante o como proveedor; así mismo sus miembros como individuos desempeñan un papel en el cual interactúan y, de acuerdo con las circunstancias, experimentarán y se adaptarán a las necesidades y circunstancias que afronten para asumir las realidades que el cuidado de la salud les demande.

En esta reflexión, se hace una aproximación a los diferentes conceptos que involucra el cuidado de la salud, la familia y el rol de cuidador.

Reflexión

Debido a que cada familia posee su propia manera de interactuar y articularse con su entorno, tiene sus propios juicios y manera específica de ser y relacionarse (Agudelo Bedoya y Estrada Arango, 2015); las familias no son iguales y por lo tanto las familias actuales son diferentes a las de antes y serán diferentes a las futuras. Estos cambios se evidencian en la conformación, el tamaño, en cómo asumen las funciones de producción, reproducción y distribución por género, al igual que la durabilidad de los vínculos conyugales, del cuidado de los hijos, los enfermos y los ancianos, y la manera de compartir espacios y posiciones intra y extrafamiliares. De ahí que la familia afronta los diferentes

procesos y situaciones de acuerdo con sus propias características, correspondientes a la existencia de diferentes tipologías familiares como consecuencia de la tradición cultural de diversas etnias y regiones ajustadas a sus entornos urbanos y rurales y a las condiciones socioeconómicas.

De igual manera, la familia es la encargada de suplir la satisfacción de necesidades biológicas y afectivas de los individuos; responde por el desarrollo integral de sus miembros y por la inserción de estos en la cultura, la transmisión de valores para que se comporten de acuerdo con lo que la sociedad espera de ellos (Zuluaga, 2007). De este modo, la familia se constituye como mediadora de los procesos sociales en los individuos, cumpliendo funciones importantes para el desarrollo biológico, psicológico y social, especialmente en la formación de la personalidad y educación de valores éticos, morales, espirituales y de la identidad individual; en la familia se produce la transmisión de la experiencia histórico-social regulada por las vivencias particulares de cada familia y del contexto inmediato (Donati, 2006).

Familia y salud

En relación con la salud, el papel de la familia es primordial; es en el contexto familiar en el que se aprenden las conductas que llevan a la salud y a la enfermedad, por tanto, las familias son afectadas cuando uno o más de sus miembros presentan alteraciones de salud, de tal manera que el cuidado de salud es más efectivo cuando este se enfatiza en la familia más que en los individuos solos.

Así mismo, la distribución del poder, el dinero y los recursos locales, nacionales y mundiales que dependen de las políticas públicas inciden directamente en la salud de los colectivos sociales, cuyos resultados pueden ser favorables o desfavorables de acuerdo con las oportunidades y los recursos que se vinculen a la salud que se relacionan con la clase social, sexo, etnia y territorio (OMS, 2008).

En cuanto a la salud familiar, es considerada como un proceso que tiene un origen multicausal, en el que intervienen la salud individual de los miembros, el funcionamiento familiar y los elementos socioeconómicos y sociopsicológicos; este proceso no es estático y se transforma, influenciado por las crisis y eventos que atraviesa la familia, para lo cual mediante los recursos de adaptación la familia se enfrenta y resuelve sus conflictos con el apoyo de sus redes sociales, familiares e individuales (Rodríguez, del Carmen, Montes de Oca Ramos, y Hernández Díaz, 2014). El concepto de salud familiar es asociado también al de familia saludable, lo que significa que los integrantes de una familia poseen salud mental y física como resultado de un equilibrio estructural, funcional, ecológico, semántico y psicodinámico.

Cuidado

La práctica de los cuidados también ha ido cambiando a lo largo de la historia; pasando de ser considerada como un arte a desarrollar un marco conceptual propio. Desde sus orígenes históricos, es considerada como una actividad de reflexión crítica con fines de protección, defensa y conservación (Botero, 2007). Por otra parte, la variedad de tipos, costumbres y relaciones familiares imponen nuevos interrogantes y retos en el cuidado, por lo tanto, la organización social y política determina las responsabilidades de las familias y el Estado; este último, progresivamente ha dejado de asumir su responsabilidad, potencializando las redes solidarias privadas, de las que hacen parte los miembros de la familia.

Es por ello que, para abordar el cuidado, es fundamental realizar inicialmente una aproximación a su significado. Desde su etimología, significa “solicitud y atención para hacer bien algo” (Parra Rozo, 2014). Involucra diferentes contextos: cultural, religioso, sociológico, psicológico, antropológico, económico, médico, con singularidades y especificidades que influyen directa o indirectamente en los individuos, en quién da y quién recibe el cuidado, en el por qué y el para qué del cuidado, en el dónde, el cuándo, cómo y con qué se cuida (Alzate Posada, 1998).

El cuidado también se puede entender como un medio o como un fin (Alzate Posada, 1998); como medio se puede considerar como un proceso dinámico, en el que sus actores o participantes cumplen funciones de cuidador o de receptor del cuidado y en el que interactúan diferentes elementos. Este proceso se lleva a cabo mediante instrumentos, medios o herramientas y en él se evidencia una interrelación entre quién o quiénes dan y quién o quiénes reciben el cuidado.

Como fin, indica adaptación, restablecimiento o recuperación del(los) individuo(s) receptor(es) de cuidado, hacia el medio social, familiar, educativo, laboral, espiritual o económico al que pertenece(n), respondiendo a las exigencias del entorno.

Así mismo el concepto de cuidado incluye dimensiones familiares, comunitarias e institucionales; integra la forma en que los servicios de salud se aproximan a la población, no es solo un objetivo de las intervenciones del sistema, sino que debe ser un conjunto de nociones construidas por el individuo a lo largo del curso de vida y con base en la información que obtiene en su familia, la escuela, pero por encima de todo en la cotidianidad (Ministerio de Salud y de la Protección social, 2016). De tal forma que el cuidado hace parte de los comportamientos y la condición humana, que se le enseña a cada individuo y que son transmitidas de generación en generación.

El concepto de cuidado se ha ido construyendo progresivamente a partir de la observación de las prácticas cotidianas que muestran la complejidad y las múltiples dimensiones de las necesidades de las personas, producto de las desigualdades sociales (de género, de clase, de etnia o de nacionalidad), constatando que existe una enorme diversidad en

las prácticas de cuidados, que varían de unas sociedades a otras, de unas culturas a otras (Veloza Morales y Forero Beltrán, 2018). Es por ello por lo que el cuidado de la familia va más allá de las relaciones familiares exigiendo la participación de diferentes sectores y disciplinas que requieren la mirada desde diversos enfoques.

El cuidado de la salud

Comprende las capacidades, decisiones y acciones que el individuo toma para proteger su salud, la de su familia, la comunidad y el medio ambiente que lo rodea; se sustenta en el autocuidado e involucra una condición dinámica que integra en diferentes momentos de su vida, su capacidad para acumular autonomía, capital de salud y capital social. Para la Organización Mundial de la Salud, “el autocuidado comprende todo lo que hacemos por nosotros mismos para establecer y mantener la salud, prevenir y manejar la enfermedad” (OMS, 2008, s. p.). También involucra el deber de la sociedad y de los sistemas de salud de realizar acciones que permitan ganancias en salud (Ministerio de Salud y de la Protección Social, 2016).

Estas capacidades, decisiones y acciones pueden ser asumidas por cualquier miembro de la familia, frente a otro miembro de la familia que demanda el cuidado, dependiendo de las condiciones que involucran el contexto, la experiencia, los saberes transmitidos de generación en generación, las interacciones con los servicios de salud e inclusive los medios de comunicación masiva.

Es así como, desde su origen, el cuidado se dirigió a “cuidar la vida” como medio de sobrevivir, que, dependiendo de las circunstancias y requerimientos, se convierte en actividades y comportamientos protectores, preventivos, de mantenimiento o curativos, con respecto a la salud física, psicológica y social (Melguizo Herrera y Alzate Posada, 2008).

Rol del cuidado en la familia

Frente al rol del cuidado en el hogar, entendido como el cuidado ejercido en la familia, es a la mujer a quien desde la prehistoria se le ha encargado las diferentes actividades relacionadas con el mantenimiento de la salud de los integrantes de la familia. Sin embargo, este rol ha sido asumido por diferentes miembros de la familia en la actualidad.

El cuidado es una práctica cotidiana en el hogar, y lo que ha venido aumentando en los últimos años es el cuidado de un familiar dependiente, fenómeno que responde a la presencia de enfermedades crónicas, al aumento de la esperanza de vida o como solución a la demanda de ayuda para el bienestar físico, emocional, espiritual y relacional de algún miembro de la familia.

Estas acciones de cuidado responden a la realidad vivida por las familias y sus miembros, involucrando el cuidado del ambiente en el cual se encuentra y que puede influir

sobre su condición de salud. Así pues, el término de cuidador hace referencia al sujeto o individuo que ejerce el cuidado, el cual puede ser ejercido por la misma persona (autocuidado), por un familiar y/o amigo (cuidado familiar/afectivo) o por personas entrenadas como es el caso de enfermeras(os), convirtiéndose en este último caso en un proceso científico, sistemático y aprendido (Alzate Posada, 1998). En otras palabras, el cuidador es quien realiza las actividades que suplen las capacidades disminuidas o perdidas para bañarse, alimentarse, vestirse, moverse, comunicarse y otras relacionadas con cuidados terapéuticos prescritos, que demandan ayuda o apoyo, ya que por sí solo no se es capaz de realizarlas.

Los cuidadores y los cuidados, según Delicado Useros (2016), pueden ser primarios (es el cuidador principal) o secundarios (colaboran con el cuidado), dependiendo de la dedicación al cuidado; de acuerdo con la convivencia pueden ser permanentes, cuando conviven habitualmente con la persona cuidada, o cuidadores que rotan, cuando conviven solo días o temporadas. De la Cuesta Benjumea (2009) expone que el papel del cuidador no se puede definir solamente por sus acciones, ya que involucra otras acciones como monitorizar, interpretar las observaciones, tomar decisiones y actuar de acuerdo con ellas, hacer ajustes a las actividades hasta encontrar las que funcionen, obtener recursos para el cuidado, trabajar juntamente con el familiar enfermo y negociar con el sistema de salud. Sumado a lo anterior, Delicado Useros (2016) manifiesta que el rol de cuidador es asumido por un familiar debido a que la familia asume una responsabilidad en la atención a las personas dependientes, por solidaridad familiar, deber filial y apoyo intergeneracional. Esto es debido a que la familia es la principal red de apoyo social en situaciones como la dependencia, vejez y enfermedad.

Cabe señalar que los cuidados requeridos por largo tiempo traen como consecuencia, sobre el cuidador, cansancio, trabajo no remunerado, deterioro en las relaciones interpersonales entre hermanos o padres e hijos, ante las cuales puede haber adaptación o conflictos duraderos, además de aumento en costos y gastos en el hogar, dificultades relacionadas con oportunidades y ocupaciones laborales del cuidador, afectándose la calidad de vida (Delicado Useros, 2016). El principal apoyo está representado por la ayuda de otros familiares, que consiste en reemplazo en los cuidados, dedicación y apoyo afectivo.

Es importante resaltar que las enfermeras deben prevenir los riesgos de cansancio y sobrecarga del cuidador, de manera que en el plan de atención enfermero se deben incluir los cuidados al o a los cuidadores, la capacitación permanente para así disminuir riesgos y tener presente el acompañamiento e interrelación permanente.

Cuidado de enfermería

El significado de dar cuidado de enfermería requiere considerar el sentido que se tiene a partir de la misma práctica y desde diferentes enfoques, como son el epistemológico, el filosófico y el normativo entre otros, lo cual facilita la comprensión de la conceptualización

del cuidado en la disciplina, reconociendo las diferentes y variadas interpretaciones existentes.

Entre las diferentes conceptualizaciones del cuidado de la enfermería, se puede considerar el expresado por Watson y Lenninger “es una interacción humana de carácter transpersonal, intencional, única que sucede en un contexto cultural con un fin determinado y que refuerza o reafirma la dignidad humana” (citadas por Duran de Villalobos, 1998, p.94). Relación con la enfermería familiar, Friedemann M. L. (1995), menciona que, el cuidado de enfermería

[...]implica la participación como observador para obtener una comprensión profunda de las necesidades y dificultades de la familia y, alternativamente, como actor involucrado en la realización del cambio de sistema junto con los miembros de la familia. (p. 118)

De tal manera que el cuidado de enfermería centrado en la familia como conjunto, requiere de la interacción entre enfermera y familia que, exige la participación de las partes en busca del crecimiento mutuo y la construcción del conocimiento en pro del bienestar familiar. En esta interacción, la enfermera cumple un rol de cuidado del ser humano en su proceso experiencial dentro de un sistema llamado familia. Este rol de cuidado se expresa a través de la comprensión de los recursos que tiene la familia y no en los problemas; así se descubre la salud de la familia a partir de un concepto de normalidad, considerando las particularidades de la familia, de tal manera que son los miembros de la familia o subsistemas familiares, quienes deciden qué sistema funcionará para ellos y cuáles son sus objetivos. La enfermera ofrece su participación utilizando habilidades y sensibilidad con frente a las necesidades humanas; se basa en comprender las complejidades en lugar de enseñar hechos, escuchar y aprender en lugar de asesorar, y hacer preguntas en lugar de responder (Friedemann, 1995).

Sin embargo, la práctica profesional actual, demanda por parte de la enfermera el cumplimiento de tiempos y espacios para dar respuesta a responsabilidades institucionales rutinarias y cargas administrativas derivadas del modelo de atención en salud orientado por un sistema médico de enfermedad y no orientado hacia la promoción de la salud. En este contexto el rol de la enfermera con el cuidado familiar se hace más difícil de realizar y visibilizar. Frente a lo anterior y teniendo en cuenta las diferentes estructuras familiares, las enfermeras deben considerar apoyar la estructura familiar tal como es y ayudar a los miembros a construir sus propios procesos para mantener el funcionamiento familiar.

Cuidado domiciliario

Los cambios en el sector salud, ocasionados por la descentralización y la globalización como consecuencia del modelo neoliberal, han generado nuevas formas de prestar

servicios de salud, que responden a la necesidad de rentabilidad, oferta de productos y mantenimiento del mercado de las empresas de salud, creadas a partir de la Ley 100 de 1993 en Colombia.

La atención domiciliaria surge como un programa adicional que busca disminuir costos en las instituciones prestadoras de salud, se desarrolla en diferentes modalidades, depende directamente del sistema de salud y va encaminada a atender personas en recuperación, discapacitadas, enfermos paliativos y/o crónicos o personas que requieren de la asistencia médica, de enfermería o de otro trabajador de salud (Piñarte-Suárez y Reinoso-Martínez, 2014).

En la atención domiciliaria, ya sea en la modalidad de hospitalización o de atención primaria en salud, la participación de la familia en los cuidados es más activa, organizada y está más informada acerca de la situación del familiar atendido. De ahí que el enfermero se vea en la necesidad de desarrollar sus habilidades de gestión, educativas, asistenciales y de comunicación para brindar cuidado y dar respuesta a las necesidades de las personas y familias.

Al respecto, Puchi y Jara (2015) consideran la atención domiciliaria como una oportunidad del enfermero de participar del trabajo en red que demandan los servicios de salud y de dar importancia al rol de gestores del cuidado de las personas, familias y comunidades. No obstante, la atención domiciliaria, en Colombia al igual que otros países latinoamericanos, con similares sistemas de atención en salud, tiene un alcance limitado, debido a factores relacionados con la disponibilidad de personal capacitado, roles profesionales interdependientes, recursos económicos y especialmente la voluntad política del Estado, puesto que la población más vulnerable y pobre son los que más dificultades de acceso tienen frente a este tipo de atención.

El cuidado de enfermería exige ser proporcionado de acuerdo con el diagnóstico y evaluación de resultados, centrado en la promoción de la salud y la prevención en los niveles primario y secundario que involucra los factores ambientales, psicosociales, económicos, culturales y personales que afectan el bienestar de los individuos y las familias.

Consideraciones finales

No cabe duda de que las políticas públicas deben favorecer, no solo el cuidado de las personas demandantes, sino también el cuidado de sus cuidadores y a la vez reforzar sus potencialidades y logros en el cuidado familiar, en procura del bienestar y mejora de la calidad de vida. Se debe brindar un apoyo permanente a la persona cuidada, al cuidador y a la familia, temas que deben ser parte de la formación de los profesionales de salud. Es muy importante tener en cuenta el significado de cuidar que posee la familia y el cuidador, lo que significa la experiencia de cuidar, para ellos, pues, a la hora de actuar frente al cuidado del cuidador, se debe partir de que no son iguales estos significados ni experiencias para todas las personas y familias.

Por otra parte, es necesario que la enfermera(o) incluya en el plan de atención enfermero los cuidados que se deben realizar en el domicilio, con el individuo que así lo requiera luego de una hospitalización, procedimiento o intervención terapéutica, o con el enfermo crónico, así mismo, los cuidados al o a los cuidadores.

Solo una pequeña porción de la población se ve beneficiada de un servicio de atención domiciliaria y esta corresponde a quien pueda pagarla, mediante programas de medicina prepagada, planes complementarios o en algunos casos en el régimen contributivo, que de todas maneras exige que las personas tengan capacidad de pago para estar vinculadas a este régimen, ya sea con una vinculación laboral dependiente o independiente; lo que evidencia que el sistema de salud público es insuficiente ante las demandas de la población, especialmente en lo relacionado con la atención primaria en salud con enfoque familiar.

Bibliografía

- Agudelo Bedoya, M., Estrada Arango, P. (2015) *Realidades familiares que cambian: Invitación a nuevas comprensiones*. Libros Editorial Unimar.
- Alzate Posada, M. (1998). Gerencia del Cuidado. En *Dimensiones del cuidado*. Bogotá: Unibiblos.
- Botero, U. D. (2007). Si la naturaleza es sabia, el hombre no lo es. En L. Muñoz de Rodríguez, A. L. López Díaz y O. J. Gómez (Eds.), *El cuidado de la vida* (pp. 15-34). Bogotá: Universidad Nacional de Colombia.
- De la Cuesta Benjumea, C. (2009). El cuidado familiar: una revisión crítica. *Investigación y Educación en Enfermería*, 28(1), 96-102.
- Delicado Useros, M. V. (2016). Familia y cuidados de la salud. La familia como red de apoyo social a enfermos y dependientes. *Salud, familia y bienestar*, 65, 101-122.
- Donati, P. (2006). *Repensar la sociedad*. Madrid: Ediciones Internacionales Universitarias.
- Chesterton, G. K. (1926). Women in the Workplace –and at Home, *Illustrated London News*. Londres, 18 de diciembre.
- Duran de Villalobos, M. M. (1998). Dimensiones sociales, políticas y económicas del cuidado de enfermería En *Dimensiones del cuidado* (pp. 92-97). Bogotá: Universidad Nacional de Colombia Unibiblos.
- Friedemann M. L. (1995). *El marco de la organización sistémica: un enfoque conceptual para las familias y la enfermería*. Thousand Oaks: SAGE Publications, Inc. DOI: 10.4135 / 9781483327426
- Melguizo Herrera, E., y Alzate Posada, M. L. (2008). Creencias y prácticas en el cuidado de la salud. *Avances en enfermería*, 26(1), 112-123.

- Ministerio de Salud y de la Protección Social. República de Colombia. (2016). Resolución 429 de 2016. Política de Atención Integral en Salud.
- Organización Mundial de la Salud - OMS. (2008). Determinantes Sociales de la Salud Recuperado de https://www.who.int/social_determinants/es/
- Parra Rozo, O. (2014). La enfermedad cuenta. Narrativa y Bioética del cuidado. *Revista Latinoamericana de Bioética*, 14(1), 48-61.
- Piñarte-Suárez, D. I., y Reinoso-Martínez, N. V. (2013). *Atención domiciliaria en salud realizada por instituciones prestadoras de salud en la ciudad de Bogotá y su relación con la atención primaria en salud*. Tesis de Maestría, Pontificia Universidad Javeriana.
- Puchi, C., y Jara, P. (2015). Enfermería y el cuidado domiciliario de los mayores en la era de la globalización. *Enfermería universitaria*, 12(4), 219-225.
- Veloza Morales, M. C., y Forero Beltrán, E. (2018). Rol de la Familia en el cuidado de la salud y la vida; Significados desde la teoría de sistemas. XVI Coloquio Panamericano de Investigación en Enfermería, Cuba.
- Zuluaga, B. (2007). *Una mirada de la familia desde el enfoque sistémico*. Lima: Editorial Pontificia Universidad Católica del Perú.

Capítulo

La construcción de
espiritualidad en la familia

*Jenny Carmiña
Rodríguez González*

Enfermera, Especialista en Gerencia de Instituciones de Salud. Magíster en Salud Pública y Desarrollo Social. Docente de la Fundación Universitaria del Área Andina, programa de Enfermería.

Introducción

¿Qué es la familia?, ¿cómo se establecen actualmente las familias y cuál es su papel en la sociedad?, parecen preguntas sencillas, sin embargo, las respuestas abarcan conceptos dinámicos e inacabados en permanente transformación, tanto como la institución sobre la que se habla. No existe un concepto único de familia, quizá se debe hablar de “familias” puesto que no hay una forma única de constituir una familia, ni de vivir en familia; “es una institución social, que ha estado presente básicamente en toda la historia de la humanidad y ha evolucionado con ella a través del tiempo y el espacio adoptando formas variadas [...] en la que se propicia las condiciones para la reproducción biológica y social” (Benítez, 2017, párr. 4).

La familia como institución ha estado en constantes cambios dadas las condiciones sociales, políticas y culturales vividas por la humanidad a través de la historia. Como espacio aglutinante y significativo de sus miembros, recae en ella la responsabilidad de la transmisión cultural y social de conocimientos, valores, saberes fundantes e identitarios, es el espacio socializador por excelencia. Son las primeras experiencias de infancia las que aportan en la construcción de la persona en todas sus dimensiones incluida la parte espiritual; paralelo a la formación familiar está la escuela, que según la Organización de las Naciones Unidas para la Educación, la Ciencia y la Cultura (Unesco) en su informe de la educación para el siglo XXI, debe “contribuir al desarrollo global de cada persona: cuerpo y mente, inteligencia, sensibilidad, sentido estético, responsabilidad individual, espiritualidad” (Beltrán, García, Manzano y Murillo, 2016, p. 29).

Lo que a continuación se presenta no pretende ser de ninguna manera exhaustivo, dada la profundidad y alcances de los conceptos a tratar y los acercamientos que desde diferentes disciplinas se hacen al tema, incluyendo por supuesto la mirada de las ciencias de la salud y la enfermería en particular. Esto es apenas una primera mirada a este constructo llamado espiritualidad y un esbozo de reflexión de cómo en el ámbito familiar se construye.

Algunos conceptos iniciales

La espiritualidad aparece como concepto y motivo de análisis en las ciencias humanas y sociales, la salud, la educación, la filosofía (Krpmotic, 2016); el terreno común de interpretación alude a necesidades humanas profundas y complejas que dotan de sentido a la vida y a la realidad (Frank, 2015; Krmpotic, 2016; Weathers y McCarthy, 2015). Aunado al concepto aparecen constructos como inteligencia espiritual, prácticas espiritualmente sensibles, salud espiritual. Es un concepto complejo y abstracto, tiene que ver con todas las dimensiones de la persona, se expresa en todo lo que vivimos y hacemos; en la literatura se puede encontrar

relacionado y en contraposición con el concepto de religiosidad, pero es mucho más amplio que este (Weathers y McCarthy, 2015; Muñoz et al., 2018; Navarro, 2009).

La espiritualidad y la religión son un matrimonio que culturalmente ha estado anclado en el imaginario colectivo (Palacio, 2015); las religiones son entendidas como “construcciones culturales que, de forma bien estructurada, coordinan y organizan un conjunto de valores, creencias, símbolos y experiencias de un grupo de personas que comparten una particular visión de la trascendencia” (Benavent, 2013). La dimensión espiritual y la religiosa están ligadas, pero no son coincidentes, estos términos son frecuentemente usados como sinónimos, de forma equivocada (Lima y Machado, 2018). Se puede ser espiritual y no religioso y viceversa; para algunas personas, la espiritualidad puede expresarse a través de su afiliación religiosa, actividades y sus creencias religiosas.

De acuerdo con Navarro (2009), el ser humano tiene en su interior un dinamismo que lo mueve, lo permea, lo anima, un *espíritu* que se identifica de manera profunda con sus sentires, motivaciones profundas, ideales y sentido en la vida; el espíritu se refiere al aliento vital, a todo aquello que proporciona sentido y trascendencia. La espiritualidad es la expresión del dinamismo del espíritu (Navarro, 2009) que abarca el mundo de los valores y se pregunta por el sentido último de las cosas, de las experiencias (Benavent, 2013), se centra en el sentido de la existencia humana y en la búsqueda de ese sentido, no en la invención de sentido; es la pregunta por el sentido de la vida (Frankl, 2015), se asocia a la creatividad, al juego, al amor, al perdón, a la compasión, a la confianza, a la sabiduría, a la fe y al sentimiento de unidad, es pieza clave del desarrollo de la resiliencia (Benavent, 2013).

Lo espiritual, ¿por qué?, ¿para qué?

La espiritualidad es universal, no se circunscribe a una religión, cultura o grupo específico de personas, intenta responder a preguntas universales y esenciales de la existencia como el sentido de la vida, de la enfermedad, de la muerte o el sufrimiento, “proporciona significado y un mejor afrontamiento de la vida” (Lima y Machado, 2017, p. 93).

Repensar las posibilidades de vínculo con uno mismo y con los otros en un mundo lleno de imprevistos, es ahí donde la espiritualidad entra en juego; es aceptar un lugar en el todo, sabiéndose atado a algo que lo sobrepasa (Lanuza, 2015). Para el filósofo francés Michel Foucault (1994), la espiritualidad es la búsqueda de la verdad, implica la transformación de sí mismo que debe hacer el sujeto para tener acceso a la verdad, además, se constituye como una posibilidad de resistencia ante la violencia.

En el contexto de la finitud de la vida y el ejercicio de la libertad se encuentra la dimensión espiritual. De acuerdo con Weathers y McCarthy (2015), la conexión, trascendencia y sentido de vida, son atributos que definen la espiritualidad, son interdependientes. Al hablar de *conexión* se entiende la espiritualidad como conciencia relacional, sentimiento emocional, psicológico y físico que se experimenta cuando se reconoce una íntima interconectividad consigo mismo, con los otros, con la divinidad o ser superior (para quienes son

creyentes) y con el mundo en el que se vive (Puentes, Urrego y Sánchez. 2015; Muñoz, et al., 2018). Visto de este modo, el ser humano parte de un todo y hace parte de un todo, más grande y profundo que el finito ser humano y se conecta con un todo, siendo el planeta la casa común de toda vida por cuidar (Krpmotic, 2016).

La conexión consigo mismo, está influenciada por los valores y la cosmovisión, se ha descrito como introspección y reflexión sobre la propia existencia, siendo responsable cada persona de elegir libremente las condiciones para vivir la vida (Frank, 2015). La ausencia de esta conectividad y con la divinidad crea lo que diferentes autores llaman el vacío existencial, que en muchas circunstancias es “llenado” con sustancias o conductas que alejan al sujeto de la búsqueda del sentido de la vida (Alcohólicos Anónimos, s. f.).

Los relatos de las cosmogonías de las diversas culturas dan cuenta de la relación-conexión con “algo” más grande y profundo que el propio ser humano finito, débil y vulnerable, ese “algo” admite diversos nombres e infinitas cualidades; tan profundo y quizá, en un mismo nivel de importancia es la conexión con la naturaleza, — la casa común de todos—, conexión que implica una ética de convivencia armónica de cuidado a todos los seres vivos, al reconocer el derecho a la existencia y el derecho a desarrollar sus procesos vitales (Gudynas, 2004). En últimas, es la valoración y el cuidado de la vida, no centrada en el ser humano.

Ahora bien, la conexión con los otros se evidencia en el respeto por su derecho a la existencia, es dejar ser, permitirle al otro tener el control de su vida y en esa medida gestar transformación desde el interior, y crecimiento, propiciando desarrollo humano.

La Trascendencia entendida como la capacidad que tiene cada persona de ver más allá de los límites, del sí mismo, de las limitaciones presentes, es la capacidad para cambiar la perspectiva personal en una situación dada y en la vida en general (Weathers y McCarthy, 2015), es el “salir adelante” al superar los sucesos vitales; valores como coraje y perseverancia aportan desde esta capacidad otorgando nuevos sentidos a la vida.

El ser humano al reconocerse como finito se pregunta por el *sentido* de su existencia, para Frankl (2015), el sentido de la vida cambia a través del discurrir de la existencia, no se detiene, puede ser encontrado a través de una experiencia de dolor, lo que importa no es el significado de toda la vida en general sino de la vida de cada persona en particular. “Los valores y principios éticos universales ...así como las relaciones, aportan en la construcción de sentido de vida” (Lopera, 2005), que proporciona sensación de aceptación, acogida y bienestar; en contraposición, la falta de sentido se asocia con desesperanza, depresión y vacío existencial, patologías muy frecuentes en las sociedades occidentales. La búsqueda de sentido tiene relación con la felicidad, no es algo religioso, es una necesidad interior (Maslow, 1991).

Inteligencia espiritual

En los albores del presente siglo se introduce el concepto de inteligencia espiritual desarrollado por los autores Zohar y Marshall (2001), quienes exponen que esta inteligencia es interdependiente con la inteligencia intelectual y la inteligencia emocional. Tres dimensiones integran la inteligencia espiritual: *cognitiva* (conocimiento espiritual), *afectiva* (vivencia espiritual) y *conductual* (contingencia). En la dimensión cognitiva se reconoce el razonamiento moral, la práctica de la meditación, la búsqueda de sentido, el autococonocimiento, la auto trascendencia y la actitud frente al dolor. En la dimensión afectiva se reconoce el entusiasmo, la sensibilidad por el arte, la admiración por lo asombroso, empatía, paz interior y felicidad; la dimensión conductual involucra el control de los impulsos, la sobriedad, sencillez, manejo del ocio, cuidado de la salud y la solidaridad (Arias y Lemos, 2015).

La inteligencia espiritual provee al ser humano de entendimiento y compasión, sentido moral, creatividad, significados y valores vitales, capacidad de decidir entre lo bueno y lo malo, de mirarnos y levantarnos del fango, “es un poder transformador que ayuda a vivir la vida a un nivel más profundo a pesar del sufrimiento y el dolor, permitiendo sanar [...] solucionar problemas de la vida con honestidad y valentía, para encontrar paz” (Zohar y Marshall, 2001, pp. 5, 9, 13, 17) y fuerza interior.

La espiritualidad como componente de la vida y la salud

La vida y la salud son derechos fundamentales contemplados en la ruta de navegación de los estados, son conceptos interdependientes y conexos. De acuerdo con la definición de la Real Academia Española, vida es la fuerza o actividad interna sustancial mediante la que obra el ser que la posee. La vida, en su conceptualización, puede ser abordada desde lo biológico, lo filosófico, lo jurídico. A su vez la salud tiene diversos enfoques para su entendimiento: como fenómeno, como preocupación de las personas, los colectivos y los estados, como posibilidad y como estado o proceso (Lopera, 2005). La Organización Mundial de la Salud (OMS) en el año 1978 la consideraba como el completo estado de bienestar físico, mental y social; para 1996 se reevaluó este concepto, dado que dejó de lado una dimensión importante en la experiencia del vivir como es la espiritualidad, en consecuencia, salud se define como un estado dinámico de completo bienestar físico, mental, espiritual y social. De este modo la dimensión espiritual le otorga sentido a la vida como experiencia y a la salud como derecho.

Para Puentes, Urrego y Sánchez (2015), la espiritualidad y la religiosidad pueden otorgar mecanismos de comprensión e interpretación del proceso salud-enfermedad, así como para el afrontamiento de la enfermedad de diversa índole: cognitivos, afectivos, psicológicos y de comportamiento. Es bien sabido, en la actualidad, que la espiritualidad

es un elemento de curación, contribuye al manejo del proceso de envejecimiento, muerte y duelo; se reconoce el papel que juega en la función inmunitaria, el cáncer, alteraciones de salud mental, entre otras. Está asociada, entonces, con una mejor salud y calidad de vida, siendo fuente de fortaleza (Guirao, 2013).

La espiritualidad como dimensión de la salud se articula con la vida, se vuelve fundamental para asumir los procesos de enfermedad y muerte; a la vez es componente integral de la salud mental; quienes ejercen las profesiones de la salud deben contemplar principios éticos universales como la autonomía y el respeto por el otro, de este modo se hace imperativo conocer y respetar las diferentes ideologías religiosas y espirituales (Krpmotic, 2016; Guirao, 2013), además de respetar la vida en todas sus expresiones.

La profesión de enfermería como ciencia por excelencia del cuidado, propende por la formación del talento humano con una visión holística que incluye por supuesto, la dimensión espiritual. Reconocer lo espiritual en sí mismo como persona y como profesional de la salud, pero sobre todo reconocer lo espiritual en los sujetos de cuidado, es trascender y superar el modelo bio-médico que se ciñe a lo biológico principalmente; el modelo holístico de enfermería exige comprender a las personas y sus necesidades espirituales y de todo orden, así como también reconocer y respetar la diversidad cultural y religiosa y sus múltiples expresiones; de este modo se brindará un cuidado de enfermería espiritual, altamente sensible ante el otro, ante su sufrimiento y desesperación, ante la cronicidad, la condición de discapacidad, la pobreza y la muerte.

En articulación con las anteriores ideas, la disciplina enfermera reconoce la espiritualidad como la “capacidad para experimentar e integrar el significado y propósito de la vida mediante la conexión con el yo, los otros, el arte, la música, la literatura, la naturaleza y/o un poder superior al propio yo” (NNNConsult, 2015). La taxonomía NANDA-I (North American Nursing Diagnosis Association International), intervenciones NIC (Nursing Interventions Classification) y resultados NOC (Nursing Outcomes Classification), demuestran el interés y acercamiento de la profesión al tema de la espiritualidad en el cuidado y el bienestar espiritual.

Veamos algunos diagnósticos: “Sufrimiento espiritual”, “Riesgo de sufrimiento espiritual”, “Desesperanza”, “Disposición para mejorar el bienestar espiritual”, “Disposición para mejorar la esperanza”. Resultados: salud espiritual, esperanza, resolución de la aflicción, deseo de vivir, etc. NIC propuestos para alcanzar resultados son: apoyo espiritual, facilitar el crecimiento espiritual (Muñoz, Morales, Bermejo y Galán, 2014), facilitar el perdón, fomentar la resiliencia, entre otros. Todo lo anterior evidencia desde la profesión, la urgencia de conexión con el otro y la reflexión empática ante las diversas necesidades de los sujetos de cuidado.

La familia como institución humana, que ha evolucionado en el tiempo a través de los cambios históricos, sociales, políticos y económicos, no admite hoy en día una sola acepción; la tradicional familia nuclear, compuesta por dos adultos de diferente sexo y sus hijos, es un concepto que se ha transformado. Para algunos “persiste la imagen tradicional de la familia, otros están en contra y en la mayoría hay una mezcla contradictoria de nostalgia y nuevas expectativas [...] de esta diversidad aparecen nuevas formas de vivir, amar y relacionarse” (Beck-Gernsheim, 2003, p. 12). Para Benítez (2017), la familia es reconocida entre los aspectos más valorados en la vida de los individuos, sin embargo, establecer una familia y vivir en ella es una decisión.

El arrollador cambio en las estructuras sociales manifestadas por desempleo (especialmente el juvenil), pobreza, violencia, consumismo rampante (con un posible endeudamiento prolongado), desdibuja a la familia en su papel protagónico, crea incertidumbre y desesperanza en sus miembros; así mismo, la presión económica, cultural, tecnológica y política en un mundo globalizado genera confusión, desasosiego, impotencia, desánimo. La desintegración de la trama social con la consecuente precariedad de los vínculos y de las redes sociales, paralelo al derrumbamiento de las agencias de acción colectiva como efecto de un poder cada vez más cambiante y evasivo (Bauman, 2004), pone en duda la permanencia de la familia tal y como se le conoce.

La consecuencia más cercana de este estado de cosas, en el ámbito familiar, comprende la incapacidad de satisfacer las necesidades vitales que tiene cada uno de los integrantes. Estas necesidades incluyen desde las más básicas orientadas a la supervivencia (dormir, comer, respirar), la seguridad (ingresos, protección, empleo), amor, afecto, pertenencia y estima, hasta las necesidades más elevadas como son las de autorrealización y autotranscendencia (Maslow, 1991; Arias y Lemos, 2015).

No obstante, la familia es el espacio físico y temporal privilegiado de construcción de sentido, que otorga a sus miembros la promoción de valores, sentido de pertenencia, un espacio para la reflexión, comunicación, y, en fin, satisfacción de necesidades de todo orden. Valores humanos como honestidad, respeto, tolerancia, gratitud, confianza, lealtad, solidaridad, compromiso, generosidad, reciprocidad, se aprenden en las dinámicas relacionales familiares y son componentes de la vida en sociedad con principios de justicia, paz y equidad. Es en ella, en la que se aprenden y promueven aspectos claves acerca de la inteligencia espiritual como la convivencia pacífica y relaciones trascendentes, mencionados por Arias y Lemos (2015). Sin embargo, sometida a la presión social, económica y cultural, la familia puede llegar a confundir o evadir la búsqueda del sentido de vida del grupo en general y de sus miembros en particular, creando confusión, impotencia, desánimo y desesperanza.

Con todo, ante eventos de intenso sufrimiento como una enfermedad crónica o terminal, la familia se reúne en torno al paciente, expresando amor y solidaridad a pesar de los

sentimientos de ansiedad, angustia, miedo o vulnerabilidad. Puede existir un sentimiento de unión, reorganización y conexión en la desgracia que consigue hacer posible el crecimiento personal y familiar al acompañar, ayudar, acoger, apoyar en el sufrimiento, y en últimas el cuidar con un sentido espiritual, que ciertamente puede ser también designado a eventos o sucesos vitales que rebasan la capacidad humana como el desplazamiento forzado, la desaparición de un ser querido, la guerra, las adicciones, la discapacidad, el dolor y la muerte entre otros eventos.

El resignificar el sufrimiento da sentido a la incertidumbre y la adversidad, proporcionando alivio y sostén ante eventos de extrema angustia como los mencionados. Es la espiritualidad en su más profundo alcance, lo que actúa como “pegamento” y cohesión de las familias, propiciando reflexión y modos de “salir adelante” (resiliencia), al encarar con valentía y persistencia la vida misma con toda su diversidad de situaciones. En efecto, es en la familia en la que se aprende a amar, a creer en sí mismo, a perdonar, a bromear y reír, tanto, que se puede ser creativo ante momentos de sufrimiento, por ejemplo, el padre o madre que inventa un cuento o canta una canción a su hija enferma o triste, creando no solo una conexión más profunda entre ellos, sino dotando de fe la situación y haciendo que se enfrente de otra manera la realidad. A veces, la sola presencia de alguien bondadoso, amoroso, significativo, parece dar consuelo y alivio al sufrimiento, tanto como una plegaria o una oración.

Por otra parte, al involucrar (necesariamente) valores y principios éticos universales en las relaciones y propósito familiar, se consolida la conexión con el yo, con los otros, con la divinidad (lo trascendente, poder superior, dios o diosa) y por supuesto con la naturaleza. En efecto, el conectar con la naturaleza implica “respetar y reconocer el valor por la vida, por toda vida [...] donde todos tengan las mismas posibilidades de existencia [...] alejados de una visión antropocéntrica al aceptar que todos los seres vivos tienen derecho a desarrollar sus procesos vitales” (Gudynas, 2004, pp. 197, 198), desde el pequeño insecto hasta el enorme árbol, esto solo se aprende en familia, se consolida en la escuela y debería vivirse en la sociedad. Un acto de espiritualidad sería respetar y defender la tierra más allá del neto utilitarismo.

Finalmente, al interior de las familias, el afrontamiento de sucesos vitales estresantes reclama la construcción del sentido de vida que involucre todos aquellos valores humanos y recursos para desafiar estas situaciones, lo que conlleva el hacerse cargo de la propia vida. Sin el componente espiritual, sin tener una sana conexión consigo mismo, con el otro, con una fuerza o poder o ser trascendente, estaremos abocados a dañar la sociedad, la naturaleza, la familia, es decir, lo más valioso de la vida.

Conclusiones

La conexión cuerpo-mente-espíritu como premisa de las relaciones recíprocas, equitativas, justas, permite cuidar la vida no solo de los seres humanos sino de toda vida. El

fortalecimiento de la dimensión espiritual en familia crea el ambiente propicio para la crianza amorosa, afectuosa, en la que tenga cabida el abrazo, el elogio, la corrección a tiempo, el arrullo, la broma agradable, la equivocación sin temor al escarnio, que a la vez previene “enfermedades” sociales como adicciones, delincuencia y violencia.

La espiritualidad se constituye en una dimensión que brinda apoyo al desarrollo personal y colectivo, para mejorar las condiciones de vida, generar equidad, justicia, oportunidades y esperanza en un mundo veloz, inmediatista y consumista.

La espiritualidad se constituye en un apoyo al desarrollo personal y colectivo, para mejorar las condiciones de vida, generar equidad, justicia, oportunidades y esperanza en un mundo veloz, inmediatista y consumista.

Consideraciones finales

Las profesiones de la salud, además de la formación apropiada inicial y continua, necesitan propender por competencias culturalmente sensibles que permitan tener una relación sin prejuicios, con aceptación y empatía (Guirao, 2013) con las personas o colectivos a quienes atiende; desde esta óptica se necesita reflexionar de manera más profunda sobre las actitudes y sentimientos personales ante eventos vitales irreversibles como la muerte.

En pleno siglo *xxi* se está cambiando la forma como el constructo espiritualidad se concibe en cuanto sentido de vida trascendente; es así como la búsqueda de sentido se ha puesto en las cosas, las posesiones, las personas, todo ello finito y vulnerable de acabarse.

En esta sociedad líquida (Bauman, 2004), en un tiempo vertiginoso, con necesidades creadas y reales por satisfacer de manera inmediata, relaciones cambiantes en un contexto de inestabilidad, la pregunta por la búsqueda de sentido de vida será la respuesta a este desorden de cosas. La familia se presenta ante el caos como espacio de perdón y reconciliación, es refugio, trinchera y oasis.

Bibliografía

- Alcohólicos Anónimos. (s. f). Doce pasos y doce tradiciones. Recuperado de https://www.aa.org/assets/es_ES/sp_step12.pdf
- Arias, R., y Lemos, V. (2015). Una aproximación teórica y empírica al constructo de inteligencia espiritual. *Enfoques*, 27(1), 79-102. Recuperado de http://www.scielo.org.ar/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1669-27212015000100005&lng=es&tlng=es
- Bauman, Z. (2004). *Modernidad líquida*. Buenos Aires: Fondo de cultura Económica. Recuperado de <https://catedraepistemologia.files.wordpress.com/2009/05/modernidad-liquida.pdf>
- Beck-Gernsheim, E. (2003). *La reinención de la familia*. Recuperado de https://books.google.com.co/books?id=XE0nFztJAsoC&printsec=frontcover&source=gbs_ge_summary_r&cad=0#v=onepage&q&f=false
- Beltrán, D., García, C., Manzano, L., y Murillo, F. (2016). La espiritualidad, experiencia interior que da sentido a la vida: aportes desde la familia y la escuela. En J. Meza., R. Páez (Ed.), *Familia, Escuela y Desarrollo Humano: Rutas de investigación educativa* (pp. 236-249). Bogotá, Colombia: Kimpres Universidad de la Salle. Recuperado de <http://biblioteca.clacso.edu.ar/Colombia/fce-unisalle/20170117012114/familiaescuela.pdf>
- Benavent, V. E. (2013). Espiritualidad y educación social. Recuperado de <https://books.google.es/books?hl=es&lr=&id=HYBpBAAAQBAJ&oi=fnd&pg=PT5&dq=Benavent,+V.+E.+&ots=Fkd2mV0CpT&sig=cEKc-VZ6XMQylv4kwxOIuVvk8fPo#v=onepage&q&f=false>
- Benítez, M. (2017). La familia: Desde lo tradicional a lo discutible. *Revista Novedades en Población*, 13(26), 58-68. Recuperado de http://scielo.sld.cu/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1817-40782017000200005&lng=es&tlng=es
- Elsevier. (2015). Herramienta online para la consulta y diseño de Planes de Cuidados de Enfermería. NNNConsult. Recuperado de <http://www.nnnconsult.com/>
- Foucault, M. (1994). *Hermenéutica del sujeto*. Madrid: Editorial Endymión
- Frankl, V. (2015). *El hombre en busca de sentido*. Recuperado de <https://ebookcentral.proquest.com>
- Gudynas, E. (2004). *Ecología, Economía y Ética del desarrollo sostenible*. Recuperado de <http://www.ecologiapolitica.net/gudynas/GudynasDS5.pdf>
- Guirao, J-A. (2013). La espiritualidad como dimensión de la concepción holística de la salud. *ENE. Revista de Enfermería*, 7(1). Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/269407343_La_espiritualidad_como_dimension_de_la_concepcion_holistica_de_salud

- Krmpotic, C. (2016). La espiritualidad como dimensión de la calidad de vida. Exploraciones conceptuales de una investigación en curso. *Scripta Ethnologica*, xxxviii, 105-120. Recuperado de <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=14849184006>
- Lanuza, L. (2015). La ética de la opacidad. Sufrimiento, violencia, espiritualidad. *Revista de Estudios de Género. La ventana*, 41, 35-72. Disponible en: <http://www.redalyc.org/articulo.oa?id=88442801002>
- Lima, C. P., y Machado, M. A. (2017). Cuidadores principais ante a experiência da morte: seus sentidos e significados. *Psicologia: Ciência e Profissão*, 38(1), 88-101. DOI: <https://doi.org/10.1590/1982-3703002642015>
- Lopera, A. (2005). *Ética y Bioética*. Bogotá: Universidad Nacional de Colombia.
- Maslow, A. H. (1991). *Motivación y personalidad*. Recuperado de <https://ebookcentral.proquest.com>
- Muñoz, A., Morales, I., Bermejo, J., y Galán, J. (2014). La Enfermería y los cuidados del sufrimiento espiritual. *Index de Enfermería*, 23(3). Recuperado de <http://scielo.isciii.es/pdf/index/v23n3/teorizacion1.pdf>
- Muñoz, C., Yáñez, M., Pinto, C., Letelier, P., Balboa, T., Fernández, M., y Reig, A. (2018). Confiabilidad y validez de criterio del cuestionario del sentido de la vida en pacientes chilenos en hemodiálisis crónica. *Ciencia y Enfermería*. DOI: <https://dx.doi.org/10.4067/s0717-95532018000100214>
- Navarro, S. R. (2009). Espiritualidad en América Latina: rasgos de ayer, desafíos teológicos hoy. *Franciscanum. Revista de las ciencias del espíritu*, LI(151), 261-274. Recuperado de <http://www.redalyc.org/comocitar.oa?id=343529805011>
- Palacio, C. J. (2015). La espiritualidad como medio de desarrollo humano. *Cuestiones teológicas*, 42(98), 459-481. Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/cteo/v42n98/v42n98a09.pdf>
- Puentes, Y. M., Urrego, S. C., y Sánchez, R. (2015). Espiritualidad, religiosidad y enfermedad: una mirada desde mujeres con cáncer de mama. *Avances en Psicología Latinoamericana*, 33(3), 481-495. DOI: [dx.doi.org/10.12804/apl33.03.2015.08](https://doi.org/10.12804/apl33.03.2015.08) Recuperado de <http://www.scielo.org.co/pdf/apl/v33n3/v33n3a09.pdf>
- Real Academia Española. (2018). *Diccionario de la Lengua Española*. Recuperado de <https://dle.rae.es/?id=blw7uSa>
- Weathers, E., y McCarthy, G. (2015). Concept Analysis of Spirituality: An Evolutionary Approach. *Nursing Forum*, 51. DOI: <https://doi.org/10.1111/nuf.12128>
- Zohar, D., y Marshall, I. (2001). *Spiritual Intelligence: The ultimate Intelligence*. Recuperado de: <https://books.google.com.co/books?id=vzQrpl9Z9rcC&printsec=frontcover&dq=inauthor:%22Danah+Zohar%22&hl=es-419&sa=X&ved=0ahUKEwj9ne7B7cHjAhULhOAKHcyODoUQ6AEIKDAA#v=onepage&q&f=false>

Capítulo

Presentación de conductas violentas en el noviazgo

Betsy Milena Venegas Ariza

Enfermera. Especialista en Salud y Seguridad en el Trabajo, Magíster en Asesoría Familiar y Gestión de Programas para la Familia. Docente del programa de Enfermería de la Fundación Universitaria del Área Andina.

Introducción

En el presente aparte reflexivo, deseo dar a conocer algunos aspectos importantes con relación a una problemática que se vive y se refleja con mayor frecuencia, que perturba de manera significativa las relaciones que se tejen al interior de la familia y que en ocasiones se introducen muy sutilmente en la conformación de las relaciones de pareja. Por esto se tratará de explicar y comprender por qué la violencia en el noviazgo es más frecuente y agobiante de lo que imaginamos, mediante la lectura y la reflexión, tomando como referente social el núcleo más importante de la sociedad como es la familia, hasta vislumbrar las situaciones que se dan alrededor de la violencia al interior de las relaciones románticas y las nuevas formas de relación de pareja.

Reflexión

La sociedad colombiana ha estado marcada durante años por la violencia y esta a su vez ha dejado huellas en los miembros de la sociedad, generando una cultura de la búsqueda de la paz, la tranquilidad y la no violencia. Ante este panorama, se han generado acciones políticas y normativas para contener las conductas violentas de las personas del país; pese a este esfuerzo, los índices de violencia se mantienen elevados, en especial en los referidos a las relaciones de pareja que, según datos de Medicina Legal en su publicación Forensis (2017), revela que 11.007 de 50.072 casos reportados corresponden a personas entre los 25 a 29 años de edad y 10.417 casos corresponden a edades entre 20 y 24 años de edad; estas cifras de violencia de pareja cada vez son más elevados con relación a lo reportado desde el 2009 en Colombia.

Por otra parte, si analizamos la violencia de pareja, esta no se da en los hogares de forma repentina o situacional, suele darse por una constante evolución de comportamientos en las personas que puede manifestar los primeros albores incluso antes del matrimonio, en lo que conocemos como la etapa del noviazgo, hablando en términos de relaciones tradicionales que se establecen en nuestra sociedad actual.

Esta problemática que se pretende dilucidar afecta de manera importante los actores involucrados objeto de análisis, como lo son la población adolescente y los jóvenes en el inicio de la adultez temprana, mediante la vinculación afectiva y relacional de tipo fraterno y filial (Papalia, Wendkos y Duskin, 2001). Si bien se presenta un alto índice de violencia en el noviazgo, refiriéndose al noviazgo como una de las formas más reconocidas en las relaciones románticas, se podría decir que, si existe violencia en el noviazgo, es un factor predictor de violencia en relaciones posteriores y maduras, tales como el matrimonio (Rey, Bolívar y Martínez, 2017). Ahora, es importante que se entienda el concepto de relaciones románticas y en especial el noviazgo como una de sus formas debido a la multiplicidad que

se puede encontrar y que, durante el curso de la adolescencia y juventud, puede variar la noción que se tenga de esta.

Para Guardini (1996), el adolescente y más tarde el joven se esforzará por crear formas de unión extrafamiliares, al margen y a veces contra el ámbito familiar llevados por el afán de afirmar su independencia. Guardini afirma que, “la vida les enseñará que el éxito acompaña a quien sabe abrirse a nuevos ámbitos de vida y ensamblarlos con los ya creados” (p. 6). Así pues, el adolescente buscará estrechar lazos dentro y fuera del núcleo familiar que le permitan establecer relaciones filiales, fraternales y románticas para su vida futura, por lo anterior es importante que el adolescente y joven fortalezca la constitución de relaciones e interacciones afectivas al interior de la familia, pues esta lo capacita para enfrentarse a otras vinculaciones no familiares con el fin de sortear las experiencias que pueden dejar un vacío en su necesidad de afecto.

Es importante dilucidar que el joven está en constante crecimiento y transformación, ya que como afirma una vez más Guardini (1996), “él ha cobrado conciencia de sus capacidades vitales y nota que en ellas existen posibilidades de devenir y experimentar” (p. 15). Sin embargo, no todo el proceso de la adolescencia depende de las características psico-afectivas y de personalidad del adolescente, ya que este se encuentra inmerso en un contexto sociocultural en el que la familia es la primera representante del orden social (Urbano y Yuni, 2014). Este postulado nos confirma que realmente la familia es un potencializador de habilidades que se fortalecerán cuando cada individuo emerja del núcleo familiar y desee establecer relaciones de tipo romántico o fraternas estables y duraderas en espacios y contextos fuera del sistema familiar.

La familia como primer sistema de la sociedad juega un papel preponderante en el fortalecimiento de estas habilidades que toda persona como ser individual y relacional debe tener. Desde la perspectiva del marco de la organización sistémica, las familias pretenden alcanzar los cuatro objetivos sistémicos a través de una mezcla variable de procesos de comportamiento. Aunque los tipos de familia estructurales pueden indicar la composición de la familia y la disponibilidad de los miembros para llevar a cabo los procesos, los procesos y patrones resultantes son de importancia superior Friedemann (1995). Prueba de ello es que, si la familia realiza esfuerzos aunados por cuidar su estabilidad, puede obtener ganancias significativas en lugar de pérdidas, pues allí se establecerán los roles y reglas que propenderán por la cohesión y solidez familiar.

Del mismo modo, si los integrantes del sistema familiar expresan llevar a cabalidad sus responsabilidades con la individuación, pese a que la familia tenga flexibilidad en las normas, puede aceptar una diversidad de actitudes, independientemente de su estructura, sin que esto lleve a generar situaciones que desencadenen crisis familiares y, en consecuencia, violencia al interior de la misma. A partir de que se generan situaciones de conflicto y violencia dentro del sistema llamado familia, se pueden experimentar situaciones que impregnen un tinte de conductas violentas que pueden repercutir en la edad madura y en el ejercicio del rol parental.

La exposición a la violencia entre los padres y el maltrato infantil, en particular, podrían incidir negativamente en el desarrollo cognitivo-social y favorecer la aceptación del uso de la violencia en la pareja, promoviendo así la violencia en el noviazgo (Alvarado, 2016; Rubio, Carrasco, Amor y López, 2015). Por lo tanto, aunque la violencia en la familia podría relacionarse con la victimización y la perpetración, el entorno familiar podría constituir también un factor de protección de esta problemática en esa etapa de la vida al promover en los hijos habilidades de comunicación y de resolución de conflictos asertivas (Rey, Bolívar y Martínez, 2017). Si bien este fenómeno se presenta de forma recurrente en algunos ambientes sociales y culturales, al mismo tiempo se puede presentar de forma aislada en algunos sistemas familiares, los cuales han equipado a sus miembros en el fortalecimiento de los lazos filiales que les permitan enfrentar y tomar decisiones que impacten de forma significativa en una relación de pareja saludable y estable.

Ahora para hablar del concepto de relaciones románticas, según Collins (2003), las define como interacciones voluntarias y reconocidas mutuamente; en comparación con la mayoría de las otras relaciones como las de compañeros, las románticas suelen tener una intensidad distintiva, que suele estar marcada por expresiones de afecto y comportamiento sexual actual o anticipado.

De otro lado Brown, Feiring y Furman (1999), las definen como una serie de interacciones que ocurren a lo largo del tiempo y que se pueden caracterizar por: que involucran a dos individuos que reconocen algún tipo de vínculo, son voluntarias, existe algún tipo de atracción basada en la apariencia física, características de la personalidad, la compatibilidad de intereses o habilidades e implican manifestaciones de compañerismo, intimidad, protección y apoyo. Estos mismos autores afirman que el desarrollo romántico empieza en la adolescencia temprana, en edades aproximadas entre los 11 y 13 años, progresando a lo largo de la vida y que se puede dar inicialmente por la interacción al interior de grupos y que posiblemente conlleven a una relación más estable y duradera en la adultez temprana.

Para el adolescente o joven que se ve inmerso en algún tipo de relación romántica, es fundamental que esta le proporcione un nivel de satisfacción y de plenitud que lo lleve al deleite emocional en su relación. Por tal razón el estudio del fenómeno de la violencia al interior de las relaciones románticas es más común en el inicio temprano de la adolescencia, extendiéndose aún en la adultez joven. El análisis de lo que se considera o define como relación romántica para el adolescente o adulto joven se observa una tendencia a buscar vinculaciones temporales que le permitan obtener satisfacción inmediata (Díaz, 1998), esta búsqueda le puede tomar un tiempo mientras alcanza la etapa de maduración y adultez temprana, en la que finalmente intentará buscar una vinculación llamada pareja. Se podría decir que, a lo largo de la historia, las constantes transformaciones culturales y sociales influyen en la conformación y mantenimiento de estas asociaciones de pareja. La modernidad, las nuevas tecnologías y los cambios estructurales y sociales han contribuido en la conformación de relaciones entre los adolescentes y jóvenes, al pasar de tener relaciones estables y duraderas enmarcadas en la tipificación de “noviazgo” refiriéndose a una relación de tipo más bien formal, a una relación informal en las que se pueden dar rupturas y terminar de forma repentina dicha relación.

De igual manera vale la pena mencionar que las nuevas formas de vinculación y relación de pareja se dan mediante estas transformaciones en las que se mencionan con el nombre de: “amigovios”, “amigos con derechos”, “amigos especiales”, “parche”, “relaciones a distancia o virtuales”, “amigos sexuales”, etc., para no rotular específicamente a la relación de pareja como noviazgo, hecho que marca una alternativa diferente de la decisión de elegir pareja que no involucre madurez y solidez.

También existen formas de acercamiento y de relacionarse con el otro, entendiéndose el otro como un par o igual que tiene deseos, expectativas, preocupaciones y sentimientos que le permiten conformar una relación romántica o de pareja.

Según afirma Chaumier (2006), “lo que caracteriza las nuevas formas de pareja es precisamente su pluralidad, se permite amar de forma distinta según las edades, los periodos de la vida, los compañeros, los caracteres” (p. 261). Esta pluralidad permite que las nuevas representaciones de la pareja en el marco de las relaciones románticas emerjan cada vez con mayor frecuencia, pero con pocas probabilidades de que perduren y se mantengan a lo largo de la edad de la madurez. La constitución de la relación requiere de un reconocimiento mutuo, con el despliegue de estrategias para poder reconciliar esos dos mundos que se unen para crear un tercero. (Blandón y López, 2016). El reconocimiento del otro y la construcción conjunta de lazos y vínculos germinan procesos de confianza y de intimidad en las que se dé un estado de bienestar y satisfacción de ambos miembros de la pareja.

Por otra parte, es importante entender la conexión que existe en el establecimiento de las relaciones y el apego, ya que este juega un papel fundamental como componente sustancial de una relación romántica en la edad adulta, entendiéndose el apego como aquella inclinación o aprecio especial por algo o alguien; en este caso el joven que experimenta algún tipo de relación romántica puede sentir ese estrecho vínculo con otra persona, la cual formará parte de su vida y su libertad (Ainsworth, 1989).

A partir de la teoría del apego propuesta por Ainsworth, en la que se plantean cuatro criterios que las relaciones románticas adultas deberían cumplir, la primera de ellas es la proximidad que le permite al adolescente o joven sentir identidad y cercanía con un par por el cual experimenta sentimientos de amor, la segunda son los comportamientos de refugio seguro que lo hace volverse primero hacia la otra persona cuando ante una amenaza que una visión más amplia podría significar la sensación de abandono y de soledad, la tercera abarca los comportamientos de base segura cuando explora libertad en presencia del otro, y la última se refiere a la angustia percibida por separaciones involuntarias.

De igual manera el apego por el otro, en el contexto de una relación romántica, puede significar la base que le dé solidez a dicha relación, es por esto que, si se presentan conductas generadoras de violencia al interior de la misma, tendrá un impacto negativo significativo en la salud emocional de alguno o los dos integrantes de la pareja, influenciado por las disyuntivas que se producen por las ambigüedad de caracteres, crianza, experiencias previas y otros factores asociados a la adaptabilidad que se vive en pareja. Estos procesos pueden generar que la relación sea vulnerable en sí misma, desencadenando

problemas y momentos de crisis, situaciones que, al presentarse un desborde de emociones y sentimientos como frustración, resentimiento, conflicto y malos tratos, que en el peor de los escenarios se traduce en situaciones de violencia en la pareja.

Por otro lado, es importante resaltar que, en las formas de interactuar con el otro en el contexto de una pareja, existen relaciones de poder entre hombres y mujeres, en las que puede percibirse, en el establecimiento de los roles que desempeña cada uno, la imposición de uno sobre el otro, situación que generaría conflicto y violencia. De igual forma se afirma que se pueden presentar algunas actitudes sexistas cuando el autor de los episodios de violencia es la pareja o existe una atracción por esa persona (Durán, Moya y Megías, 2014; Riemer, Chaudoir y Earnshaw, 2014).

Los datos acerca de la frecuencia de la violencia sufrida por los hombres son escasos, pero se sabe que ambos sexos pueden desempeñar un rol tanto de agresor como de víctima dentro de una relación violenta, mostrando de esta forma su carácter bidireccional (Cortés, Bringas, Rodríguez-Franco, Flores, Sánchez y Rodríguez 2014; y Sears, Byers y Price, 2007). En concordancia con lo anterior, los episodios de violencia pueden estar intencionados tanto desde el rol de víctima o victimario, en la hegemonía de ser perpetrador de violencia, así como ser el receptor de la misma. Durante las últimas décadas, los adolescentes y jóvenes han madurado con más rapidez y han comenzado a participar en comportamientos sociales más maduros, como relaciones interpersonales más intensas, posiblemente en ausencia de la madurez emocional concomitante (Close, 2005).

Con relación al concepto de conducta violenta es importante dilucidar para poder comprender si se presenta violencia en las relaciones románticas o violencia en el noviazgo enmarcado como una relación de tipo romántico; se define como “todo ataque intencional de tipo sexual, físico o psíquico, de un miembro de la pareja contra el otro en una relación de pareja integrada por jóvenes o adolescentes” (Pazos, Oliva y Gómez, 2014).

Se puede considerar a partir de varios autores los diferentes tipos de violencia existentes al interior de las relaciones románticas, sin embargo, se han definido desde tres tipos fundamentales que son: física, caracterizada por golpes, pellizcos o empujones; emocional, caracterizada por amenazas, causa sufrimiento o hay presencia de abuso verbal; y sexual, cuando se obliga a la pareja a participar de un acto sexual no deseado. Sin dejar de lado que otros autores como Franco, López, Rodríguez, Bringas, Antuña, Estrada (2010), agrupa la violencia en el noviazgo en ocho categorías o factores: desapego, género, sexual, física, coerción, instrumental, humillación y castigo emocional.

Una de las tareas primordiales del desarrollo de los adolescentes y de los adultos jóvenes está relacionada con el establecimiento de relaciones románticas ya que a través de estas se genera una consolidación del mundo social, por lo anterior, la violencia en el noviazgo es una problemática actual que se debe abordar no solo desde la prevención sino también desde la identificación temprana de las conductas violentas o situaciones de violencia en y con la pareja.

Algunos hallazgos de Caballero y Ramos (2004) y Tucker, Osla y Young (2001) en los que se encuentran jóvenes con presentación de violencia en sus relaciones de pareja, reportan experiencias de padres violentos o con antecedentes de ser víctima de algún tipo de violencia de pareja. Estos estudios plasman una marcada correlación significativa de variables que explican la presente situación, como haber sido testigos de violencia entre los padres o ser víctimas de violencia intrafamiliar, elemento que puede ser considerado un factor de riesgo para presentar violencia en sus relaciones de pareja futuras.

Finalmente, podemos concluir que después de todo el análisis expuesto, la comprensión de una pareja en la época moderna actual, dista un poco de lo que conocíamos de las vinculaciones y relaciones de pareja de tipo formal, ya que a través de todas las transformaciones influenciadas por múltiples factores modificables y algunos inmodificables; las relaciones se gestan de forma diferente y se tratan de mantener bajo una serie de características. Los espectadores de la sociedad como padres, educadores y cuidadores generan una comprensión de corresponsabilidad escasa, efímera y en ocasiones nociva, generando una convivencia malsana que en la actualidad es desemejante a las vividas desde la modernidad y antiguamente.

Así pues, es imperante incentivar en el profesional de enfermería en formación, la importancia del enfoque en el cuidado, pues la familia hace parte fundamental de todo ser humano, es así que sus vivencias, experiencias previas y posibles hechos dolorosos que se traduzcan en violencia al interior de la familia, repercutirán en los comportamientos que se puedan dar en el curso de las relaciones románticas que establezca; sin embargo no es un patrón de conducta que se perpetúe en todos los casos de violencia en el noviazgo o en cualquier relación romántica, pero como ya se ha dilucidado por algunos autores anteriormente mencionados, y como lo afirma Martínez, Vargas y Novoa (2016), existe una relación significativa entre el haber observado violencia entre los padres y el uso de conductas violentas con la pareja.

Por último, no quisiera dejar pasar la oportunidad de formularnos ciertos interrogantes sobre los cuales no pretendo dar respuesta alguna, sino hacer un llamado a la reflexión y al pensamiento crítico en los que el hecho de repensar nos lleva a tener otra perspectiva de este fenómeno anteriormente expuesto y analizado.

- ¿Cómo influyen las grandes transformaciones sociales, culturales y tecnológicas de la sociedad actual, en la configuración y establecimiento de nuevas formas de pareja?
- ¿Actualmente existe el deseo de iniciar una relación romántica ya sea de tipo formal o informal en los adolescentes y adultos jóvenes?
- ¿Es el miedo al compromiso y todo lo que esto conlleva, un factor evitativo al momento de decidir iniciar una relación romántica para el adolescente y adulto joven?
- ¿La experiencia vivida con relación a los episodios de violencia previos dentro del sistema familiar, se puede perpetuar durante las relaciones de pareja en la edad madura?

- ¿Es el cambio de roles y la modernidad que influye en la sociedad, uno de los factores que predisponen la presentación de conductas violentas y la violencia en la pareja?

Por último, se puede concluir que, a partir del análisis de la conformación del modelo tradicional de una relación de noviazgo y la violencia que se puede transpolar desde el interior del núcleo familiar hacia la conformación de una relación romántica y de pareja, surgen otros tantos interrogantes que tal vez no se puedan dilucidar o explicar, desde una óptica objetiva, sin que exista una brecha que nos permita tomar acción con el fin de sensibilizar a los integrantes de la sociedad para la prevención de la aparición de este fenómeno.

Bibliografía

- Ainsworth, M. S. (1989). Attachments beyond infancy. *American Psychologist*, 44, 709-716.
- Alvarado, P. (2016). Transmisión transgeneracional de la violencia de pareja y funcionalidad familiar de hombres y mujeres de la ciudad de Trujillo. *In Crescendo*, 6(2), 11-21.
- Blandón-Hincapié, A. I. y López-Serna, L. M. (2016). Comprensiones sobre pareja en la actualidad: jóvenes en busca de estabilidad. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*, 14(1), 505-517.
- Brown, B., Feiring, C., y Furman, W. (1999). *The Development of Romantic Relationships in Adolescence*. Edinburgh: Cambridge University Press.
- Caballero, M. y Ramos, L. (2004). Violencia: una revisión del tema dentro del marco de trabajo de investigación en el Instituto Nacional de Psiquiatría. *Salud Mental*, 27(2), 21-30.
- Chaumier, S. (2006). *El nuevo arte de amar*. Madrid: Alianza.
- Close, S. (2005). Dating violence prevention in middle school and high school youth. *Journal of Child and Adolescent Psychiatric Nursing*, 18(1), 2-9.
- Collins, W. (2003). More than myth: The developmental significance of romantic relationships during adolescence. *Journal of Research on Adolescence*, 13, 1-24.
- Franco, L., López, J., Rodríguez, F., Bringas, C., Antuña, M., y Estrada, C. (2010). Validación del Cuestionario de Violencia entre Novios (CUVINO) en jóvenes hispanohablantes: Análisis de resultados en España, México y Argentina. *Anuario de psicología clínica y de la salud*, 6, 45-52.
- Guardini, R. (1996). *Las etapas de la vida*. Madrid: Editorial Biblioteca Palabra.

- Martínez, J., Vargas, R., y Novoa, M. (2016). Relación entre la violencia en el noviazgo y observación de modelos parentales de maltrato. *Psicología: Avances de la Disciplina*, 10(1), 101-112.
- Papalia, E., Wendkos, O., y Duskin, R. (2001). *Desarrollo Humano*. México, D. F.: McGraw-Hill.
- Pazos, M., Oliva, A., y Gómez, A. (2014). Violencia en relaciones de pareja de jóvenes y adolescentes. *Revista Latinoamericana de Psicología*, 46(3), 148-159.
- Rey, C., Bolívar, Y., y Martínez, J. (2017). Funcionalidad familiar, número de relaciones y maltrato en el noviazgo en estudiantes de secundaria. *Psicología desde el Caribe*, 34(1), 59-74.
- Rubio, F., Carrasco, M. A., Amor, P. J. y López, M. A. (2015). Factores asociados a la violencia en el noviazgo entre adolescentes: una revisión crítica. *Anuario de Psicología Jurídica*, 25(1), 47-56.
- Tucker, H., Oslak, S., y Young, M. (2001). Partner violence among adolescents in opposite-sex romantic relationships: findings from the National Longitudinal Study of Adolescent Health. *American Journal of Public Health*, 91, 1679-1685.
- Urbano, A y Yuni, C. (2014). *Psicología del desarrollo. Enfoques y perspectivas del Curso Vital*. Córdoba-Argentina: Editorial Brujas.

P A R T E

2

Cuidado de enfermería a la familia
Reflexiones prácticas

Introducción

Definir la familia implica asumir una mirada de transformación hacia diversas representaciones de la familia y fijar una postura que oriente una forma de abordarla, especialmente cuando se requiere relacionar la familia con el cuidado; es por ello, que realizar una revisión de los fundamentos teóricos, conceptuales e instrumentales de la familia y su cuidado desde la enfermería se hace necesario, puesto que no se puede desconocer los diferentes aportes que se han realizado desde la disciplina en el estudio de la familia, fijando un punto de partida cuya reflexión conduzca a interpretar y determinar una forma de abordar el cuidado de enfermería a la familia.

Como se había mencionado en la parte 1, los seres humanos son individuos sociales que a través de su propia evolución han transformado sus relaciones; no se desconocen los múltiples conceptos de familia, funciones y formas, pero es necesario aproximarse a su comprensión para poder relacionar la familia con el cuidado de enfermería. Es por ello que, la definición dada por Maganto (2004), por ser la más cercana a la postura de las autoras frente al cuidado familiar, es tomada como marco referencial.

En esta definición, la familia es considerada como un sistema conformado por personas que interactúan entre sí, cuyos vínculos definen sus relaciones y cumplen unas funciones básicas, con el fin de ser satisfactorias por y para todos los miembros del sistema familiar, y deben ser realizadas de diferente manera, de acuerdo con las características, particularidades y necesidades de cada individuo que la conforma.

En esta parte, se inicia con una fundamentación teórica y conceptual alrededor de la familia: sus características, tipología, funciones y curso de vida, seguida de una aproximación al cuidado de enfermería, desde el proceso de enfermería, involucrando lo más significativo de la taxonomía NANDA-NIC-NOC y CIPE.

Desde el punto de vista sistémico, se aborda la valoración familiar basada en analizar la estructura, dinámica, funcionamiento, condiciones, situaciones y entorno de la familia; esto permite planificar, programar y evaluar el proceso de atención y seguimiento a la familia. Para ello se describen las técnicas de abordaje familiar: entrevista, observación y visita domiciliaria, y los instrumentos de valoración familiar: historia familiar, familiograma, psicograma, ecomapa, Apgar, apoyo social de Ducke UNC y caracterización de vulnerabilidad familiar.

Básicamente, el propósito de las autoras es motivar a los lectores a cuidar a la familia, suscitar un acercamiento a la comprensión del cuidado familiar, mediante la reflexión y análisis crítico, desde diferentes miradas, permitiendo el diálogo de distintos saberes que conlleven a la construcción colectiva del cuidado familiar.

Capítulo

Fundamentos teóricos

*Martha Cecilia Veloza Morales**
*Danixa Lizjanne Rodríguez Giraldo***
*Elcy Forero Beltrán****

- * Enfermera especialista en Docencia Universitaria. Magíster en Enfermería- Salud Familiar. Magíster en Desarrollo Educativo y Social. Docente de la Fundación Universitaria del Área Andina, programa de Enfermería.
- ** Enfermera. Especialista en Administración en Salud Pública. Magíster en Salud Pública. Docente de la Fundación Universitaria del Área Andina, programa de Enfermería.
- *** Enfermera, Especialista en Consultoría en Familia y Redes Sociales. Magíster en Desarrollo Educativo y Social. Docente de la Fundación Universitaria del Área Andina, programa de Enfermería.

Conceptos básicos

Familia

De raíz latina *famulus*, significa “sirviente o esclavo doméstico. Era equivalente a patrimonio e incluía no solo a los parientes sino también a los sirvientes de casa del amo” (Monlau, 2013, p.11). También significa: “Grupo de personas que viven juntas bajo la autoridad de una ellas. Número de criados de uno, aunque no vivan dentro de su casa. Conjunto de ascendientes, descendientes, colaterales y afines de un linaje” (Real Academia Española, 2014).

Según Stefano Gennarini (2016), la Organización de Naciones Unidas, ONU, considera que, la familia debería ser entendida “en un sentido amplio” y debería dar el reconocimiento de las parejas compuestas por personas del mismo sexo en el derecho y la política internacional. “No hay una definición de familia según las normas del derecho humano internacional”.

El concepto dado por Smilkstein (1978) es: “Grupo psicosocial conformado por un individuo y una o más personas, niños y adultos, en los cuales hay un compromiso entre los miembros de cuidarse unos a otros y nutrirse emocional y físicamente compartiendo recursos como tiempo, espacio y dinero” (p. 1232).

Palacios (1998) define familia como la unión de personas que comparten un proyecto vital de existencia en común duradero, en el que se generan fuertes sentimientos de pertenencia a dicho grupo, existe un compromiso personal entre sus miembros y se establecen intensas relaciones de intimidad, reciprocidad y dependencia.

El artículo 42 de la Constitución Política de Colombia considera la familia como “el núcleo fundamental de la sociedad. Se constituye por vínculos naturales o jurídicos, por la decisión libre de un hombre y una mujer de contraer matrimonio o por la voluntad responsable de conformarla” (Constitución Política de Colombia, 1991).

Como se puede apreciar, el concepto de familia es variado, con lo cual se puede asumir de diferentes maneras. Para el grupo de docentes de la Fundación Universitaria del Área Andina, la familia se considera un sistema, en el cual sus integrantes son un conjunto de personas que interactúan entre sí, cuyos vínculos definen sus relaciones, cumplen unas funciones básicas que deben ser satisfactorias por y para todos los miembros del sistema familiar, pero no pueden ni deben ser realizadas por y para todos los miembros del mismo modo ni en igual medida (Maganto, 2004).

La familia, al ser considerada como un sistema, contiene en su organización subsistemas que se diferencian por jerarquías y las funciones que cada integrante de la familia asume. La interacción de los subsistemas dentro del sistema familiar impacta directa o indirectamente a todos. Los subsistemas familiares se entienden como jerarquías, que son:

- ⦿ Conyugal. El conformado por la pareja.
- ⦿ Paternal. El conformado por padres e hijos.
- ⦿ Fraternal. El conformado por hermanos.

Roles familiares

Es el papel específico que cumple cada miembro de la familia dentro de ella; así, se puede determinar quién es el proveedor, el cuidador, el negociador, quién ejerce la autoridad, quién recibe los cuidados, quién es el consentido, el juicioso, el inteligente, etc. (Ascanio Noreña, 2017).

Reglas familiares

Son los acuerdos de relación entre los individuos que prescriben y limitan los comportamientos de los miembros que componen la familia.

Pueden ser explícitas (“Se pide permiso para quedarse por fuera”, “No se les dice mentiras a los padres”, “Se llega antes de las 10:00 pm”) o implícitas (“Los hombres ven televisión mientras las mujeres cocinan”, “Se debe ser fiel al esposo(a)”, “Las mujeres se casan antes de los 30”) (Ascanio Noroña, 2017).

Rituales familiares

Es el acto prescrito, rígido y estereotipado, que se distingue de las costumbres y los hábitos sociales, que refuerza las reglas familiares y transmite aspectos culturales de una generación a otra. Por ejemplo, celebraciones, rituales, festividades, tradiciones, rutinas pautadas (Ascanio Noreña, 2017).

Mitos familiares

Creencia compartida por todos los miembros de la familia, permite el equilibrio; su desafío es un auténtico tabú (“las personas de fuera no son de confianza por lo que debemos permanecer unidos para enfrentarnos a los problemas externos”).

Todo sufrimiento familiar puede ser eliminado con la intervención del “salvador mítico” (Ascanio Noreña, 2017).

Funciones familiares

Son las tareas o actividades que les corresponde realizar a los integrantes de la familia para cubrir todas y cada una de las necesidades de sus miembros y de esta como un todo (Garza Elizondo y Gutiérrez Herrera, 2015).

La familia cumple funciones importantes para el desarrollo biológico, psicológico y social, especialmente en la formación de la personalidad, educación, de los valores éticos, morales y espirituales; en la familia se produce la transmisión de la experiencia histórico-social regulada por las vivencias particulares de cada familia y del contexto inmediato (Donati, 2003).

Otras funciones familiares son:

- ⊙ Identidad
- ⊙ Cuidado
- ⊙ Afecto y seguridad
- ⊙ Socialización
- ⊙ Transmisión de valores
- ⊙ Construcción conjunta
- ⊙ Afrontamiento de situaciones (Académico, 2005)

Tipología familiar

En el Informe Hite sobre la familia, se menciona: “todas las familias son normales, tengan un solo progenitor, dos o no tengan hijos. Una familia puede estar formada por una combinación de personas heterosexuales u homosexuales que comparten íntimamente su vida (aunque no necesariamente su vida sexual)” (Hite, 1995).

La familia a través del tiempo ha cursado por diferentes formas: grupales de nómadas, hordas, estructuras poligámicas masculinas y femeninas, consanguíneas (relaciones entre familiares), formas que aún se conservan en algunas regiones del mundo, familias punalúas (relaciones cruzadas entre hermanos de diversos grupos familiares), familias sindiásmicas (iniciaron con relaciones monogámicas, sin convivencia), familias patriarcales, soltería, familias diversas (biparentales hetero u homosexuales con o sin hijos), monoparentales por separación, adopción o inseminación, “hijos de la tecnología”, reproducción asistida para personas transgénero, entre otras muchas formas (Ascofame, 2008).

La Comisión Económica para América Latina y el Caribe, Cepal, ha clasificado la familia en tres tipologías de familia (clasificación que adopta el Observatorio de familia en Colombia y el Departamento de Planeación Nacional, DPN, desde el 2012). Estas son:

- ⊙ **Tipología de estructura familiar** (tipo de relaciones de parentesco). Se distinguen dos tipos: hogar no familiar y hogar familiar.

Los hogares no familiares son:

- ⊙ **Hogares unipersonales** (una persona).
- ⊙ **Hogares sin núcleo** (no existe un núcleo conyugal o una relación padre/ madre, hijo/hija, aunque puede haber otras relaciones de parentesco).

Los hogares familiares son:

- ⊙ **Familias nucleares:** padre o madre o ambos, con o sin hijos.
- ⊙ **Familias extendidas:** padre o madre o ambos, con o sin hijos y otros parientes.
- ⊙ **Familias compuestas:** padre o madre o ambos, con o sin hijos, con o sin otros parientes y otros no parientes.
- ⊙ Las familias pueden ser monoparentales (con solo un padre, habitualmente madre) o biparentales (con ambos padres), pueden o no tener hijos.
- ⊙ **Tipología generacional** (grupos etarios a los que pertenecen sus miembros). Clasifica a los hogares en cinco tipos, según las edades de sus miembros.

Agrupados en tres grupos etarios (0 a 14 años; 15 a 64 años y 65 y más años).

- ⊙ **Multigeneracional:** poseen al menos un miembro de cada uno de los tres tramos de edad.
- ⊙ **Sin generación intermedia:** se componen solamente de al menos un niño menor de 15 años y al menos un adulto mayor de 64 años.
- ⊙ **Sin adultos mayores:** no tienen miembros de más de 64 años, pero sí de los otros dos tramos.
- ⊙ **Sin niños:** carecen de miembros menores de 15 años, pero sí de los otros dos tramos.
- ⊙ **Generacionales:** poseen miembros de un solo tramo y corresponden sobre todo a hogares conformados por persona de 15 a 64 años y, en menor medida, de 65 años y más.
- ⊙ **Tipología de ciclo de vida** (tipo de relaciones de dependencia a lo largo del ciclo de vida).

Poseen un núcleo conyugal y/o miembros dependientes (Cepal, 2005).

- ⊙ **Pareja joven sin hijos:** pareja que no ha tenido hijos, en la que la mujer tiene menos de 40 años.
- ⊙ **Etapa inicial:** corresponde a los hogares que solo tienen uno o más hijos de 5 años o menos.

- ⊙ **Etapa de expansión:** corresponde a aquella familia cuyos hijos mayores tienen entre 6 y 12 años (independientemente de la edad del hijo menor).
- ⊙ **Etapa de consolidación:** se refiere a hogares cuyos hijos tienen entre 13 y 18 años, con eventualmente niños menores de 13 y/o mayores de 18.
- ⊙ **Etapa de salida:** hogares cuyos hijos menores tienen 19 años o más.
- ⊙ **Pareja mayor sin hijos:** pareja sin hijos en la que la mujer tiene más de 40 años.

Curso de vida

Es un enfoque que permite entender las vulnerabilidades y oportunidades para actuar en las etapas tempranas del desarrollo humano, entendiendo que las experiencias se acumulan a lo largo de la vida; por tanto, la intervención de una generación repercute en las siguientes (Ministerio de Salud y Protección Social, 2015). El curso de vida se diferencia del ciclo vital, porque entiende el desarrollo como un proceso vital que se construye a lo largo de la vida afectando la vida de los sujetos y de las familias. Mientras que el ciclo vital toma el desarrollo humano por etapas, dando una idea lineal al proceso (Ministerio de Salud y Protección Social, 2015).

Las circunstancias significativas están ligadas a las oportunidades de desarrollo de los individuos, son: “eventos que provocan fuertes modificaciones traducidas en cambios drásticos del curso de vida” (Blanco, 2011, p. 13). Estos acontecimientos, favorables o desfavorables, cambian notablemente el curso de vida de un individuo y, en consecuencia, sus trayectorias vitales, por ejemplo, la concepción de un hijo, la muerte de un familiar o el desplazamiento forzado (Ministerio de Salud y Protección Social, 2015).

El ciclo vital puede dividirse en diferentes etapas del desarrollo ya que existe diversidad individual y cultural. Un ejemplo es el siguiente:

- ⊙ *In útero* y nacimiento (familia).
- ⊙ Primera infancia (0-5 años).
- ⊙ Infancia (6-11 años).
- ⊙ Adolescencia (12-18 años).
- ⊙ Juventud (14-26 años).
- ⊙ Adulthood (27-59 años).
- ⊙ Vejez (60 años y más).

Elder (1999) propone cinco principios analíticos que fundamentan el enfoque de curso de vida (Marshall y Mueller, 2003):

- ⊙ Desarrollo a lo largo del tiempo.
- ⊙ Tiempo lugar / transferencia de condiciones.
- ⊙ *Timing* (ocurrencia de sucesos vitales inesperados).
- ⊙ Vidas interconectadas.
- ⊙ Libre albedrío o agencia.

Capítulo

Cuidado de enfermería a la familia

*Martha Cecilia Veloza Morales**

*Danixa Lizjanne Rodríguez Giraldo***

*Elcy Forero Beltrán****

- * Enfermera especialista en Docencia Universitaria. Magíster en Enfermería- Salud Familiar. Magíster en Desarrollo Educativo y Social. Docente de la Fundación Universitaria del Área Andina, programa de Enfermería.
- ** Enfermera. Especialista en Administración en Salud Pública. Magíster en Salud Pública. Docente de la Fundación Universitaria del Área Andina, programa de Enfermería.
- *** Enfermera, Especialista en Consultoría en Familia y Redes Sociales. Magíster en Desarrollo Educativo y Social. Docente de la Fundación Universitaria del Área Andina, programa de Enfermería.

Los cuidados de enfermería familiar han tenido un importante desarrollo en los últimos años con el establecimiento de procedimientos, protocolos y planes de cuidado. Según Wright y Leahey (1990), el cuidado familiar se puede dar en dos direcciones: en la primera, siendo el individuo el sujeto de estudio y la familia su contexto, y en la segunda, la familia como la unidad de cuidado. Asumir alguna de estas direcciones depende del contexto y nivel de competencia del enfermero.

Intervención familiar realizada por el enfermero

La intervención en el ámbito familiar por enfermería está orientada a favorecer en la familia la utilización de los propios recursos familiares, de manera que la familia sea capaz de encontrar alternativas de solución a los problemas de salud de cada uno sus miembros.

La intervención familiar está orientada en dos ejes:

1. Intervención familiar terapéutica, en la que la enfermería realiza acciones encaminadas a modificar e impactar sobre los aspectos que generan la disfunción familiar. Para establecer este tipo de intervención, la enfermería debe aplicar instrumentos de valoración familiar (filiograma, Psicograma, Ecomapa, Apgar, Duke-UNC, Vulnerabilidad) y así determinar si en la familia existe o no algún grado de riesgo, disfuncionalidad o afectación de la dinámica familiar). Una vez aplicados los instrumentos, prioriza necesidades y plantea intervenciones en salud familiar, redirecciona a otras disciplinas de ser necesario y realiza posterior seguimiento a la dinámica familiar.
2. Intervención familiar educativa, en la que la enfermería pretende estimular en la familia la adopción de estrategias de promoción de la salud y prevención de la enfermedad; así como la utilización y aprovechamiento de los recursos familiares para favorecer el buen funcionamiento familiar. En este tipo de intervención, la enfermería realiza acciones de orientación familiar hacia la promoción de actividades de autocuidado en la familia, trabaja colaborativamente con otras disciplinas y fortalece los lazos familiares para la utilización y aprovechamiento de recurso familiares.

El proceso de intervención que se propone en este capítulo parte de la valoración familiar, en la que la familia se caracteriza y se evalúa según sea la necesidad de intervención, sea terapéutica o educativa.

Intervención familiar terapéutica

En este tipo de intervención, la enfermería debe orientar a la familia sobre la adopción de patrones que contribuyan a impactar sobre los factores de riesgo que puedan alterar la dinámica familiar. Evaluando la estructura, relaciones intra e interpersonales, la dinámica, el apoyo social y la vulnerabilidad que pueda llegar a tener la familia

1. Valoración familiar

Permite planificar, programar y evaluar el proceso de cuidado a la familia (Lima Rodríguez, Lima Serrano, y África, 2009, p. 281). A pesar de que las familias no se pueden evaluar desde un mismo patrón o norma, existen actividades que permiten obtener información (datos objetivos y subjetivos) para conocer las características sociodemográficas, económicas, educativas y epidemiológicas del grupo familiar, así como del resto de la población de la comunidad a la que esta pertenece y que a su vez son útiles para la planificación, programación y evaluación del proceso de cuidado a la familia.

Para conocer a las familias sujeto de cuidado, a través de la valoración, se deben describir las dimensiones que la componen, que conducen a interpretar la estructura de funcionamiento, el sistema relacional y el momento evolutivo. Estas dimensiones son:

Estructura: Conformación o composición y tamaño de la familia. Personas y vínculos o relaciones (parentesco). Las personas que conforman la familia poseen unas características demográficas particulares, cumplen funciones y roles.

Responde a la pregunta: ¿cómo es esta familia? Establece el número de personas que la componen, el tipo de familia, los subsistemas existentes, los roles que cada uno desempeña, los límites internos y externos de la familia, la alineación y el manejo del poder. Los componentes de la estructura familiar son: las normas, los roles, los límites, las coaliciones y alianzas, el poder y autoridad y, finalmente, los subsistemas (Minuchin y Fishman, 1984).

Dinámica: Son las relaciones entre todos los integrantes de una familia. Estas relaciones son cambiantes y están sujetas a diversas influencias, las cuales pueden ser internas y/o externas. Las influencias internas están dadas por cada uno de los integrantes que conforman la familia nuclear. Las influencias externas las generan otros familiares que pueden tener influencias, así como otros factores: económicos, políticos, la sociedad, la cultura, etc.

Responde a la pregunta: ¿cómo funciona esta familia? Dice de la relación con los procesos relacionales que ocurren al interior de la familia y en relación con su contexto. El proceso central es la comunicación, junto con el proceso evolutivo individual y familiar, las pautas de vinculación afectiva y los mecanismos de adaptación y de resolución de problemas (Nichols y Everett, 1986).

Las características que se analizan son: cohesión, adaptabilidad y comunicación familiar. Además, considera las pautas de vinculación afectiva, los mecanismos de adaptación, el proceso evolutivo familiar e individual y las formas de resolución de problemas (citado por Aguayo y Rojas, 2008).

Por su parte, Vallejo Gallo et al. (1998) relacionan que:

El estudio de la dinámica familiar nos ayuda a comprender mejor los componentes, funciones e interacciones al interior de la familia. Estos conocimientos son de gran utilidad para los equipos de Atención Integral que se encuentran a cargo de familias y comunidades, y en general para los profesionales de atención primaria. La familia funciona como un sistema en el cual los elementos constituyentes interactúan entre sí, al mismo tiempo que interactúan con la comunidad, ellos como un todo, e individualmente cada uno de los miembros. (p. 39)

Funcionamiento: Es aquel que le posibilita a la familia cumplir exitosamente con los objetivos y funciones que le están histórica y socialmente asignados (Zaldívar, s. f.). Existe un equilibrio interno marcando reglas y normas propias del grupo, siguiendo pautas de conducta dictadas por las creencias, respondiendo ante situaciones especiales, festivas o tristes, mediante rituales preestablecidos, utilizando los recursos y la red que conforma la familia (De la Revilla, 1994). Puede considerarse determinado por la capacidad de la familia para cumplir sus funciones, adaptarse a los cambios y superar las crisis familiares ante las variaciones que pueden suceder en el medio interno o externo (Horwitz, Florenzano, y Ringeling 1985).

Es la estimación del significado e importancia de las características del sistema familiar, es una mirada holística en que se relacionan aspectos de la estructura, las relaciones intrafamiliares, la historia familiar y patrones transgeneracionales, el desarrollo de cada miembro dentro del grupo y las interacciones con el contexto social y redes de contacto (Universidad de Antioquia, 2016).

Sinche y Suárez (2006) mencionan:

la funcionalidad familiar está íntimamente relacionada con el proceso salud enfermedad. Una familia que funciona adecuada o inadecuadamente puede contribuir a desarrollar problemas de salud o a contrarrestar su efecto. Al mismo tiempo, una enfermedad o problema de salud puede afectar el funcionamiento de la familia. (p. 38)

Por tanto, existe un funcionamiento interno y un funcionamiento externo.

- **Funcionamiento interno:** Organización (patrones de comunicación, de resolución de problemas y toma de decisiones, hábitos, clima emocional), relaciones, metas y valores, fuerzas y sistemas de apoyo.

- ⊙ **Funcionamiento externo:** Red extensa de relaciones (parientes, amigos), estatus y participación en la comunidad, estatus económico, conocimiento y utilización de las instituciones de salud (Medalie, 1987).

Condiciones y situaciones de las familias y entorno: Las condiciones, situaciones de las familias y entorno se comprenden a partir de la claridad conceptual de estilos de vida, riesgo y vulnerabilidad, para poder caracterizar e identificar la vulnerabilidad familiar que permite registrar las situaciones y condiciones de las familias y del entorno, dadas por el ciclo vital individual, que generan mayor o menor vulnerabilidad en las familias; clasificándolas con el fin de priorizar la atención orientada a los factores de riesgo identificados.

Estilos de vida: Desde una perspectiva integral, es necesario considerar los estilos de vida como parte de una dimensión colectiva y social, que comprende tres aspectos interrelacionados: el material, el social y el ideológico (Bibeau, citado por Maya, 2006).

En lo material, el estilo de vida se caracteriza por manifestaciones de la cultura material: vivienda, alimentación, vestido.

En lo social, según las formas y estructuras organizativas: tipo de familia, grupos de parentesco, redes sociales de apoyo y sistemas de soporte como las instituciones y asociaciones.

En el plano ideológico, los estilos de vida se expresan a través de las ideas, valores y creencias que determinan las respuestas o comportamientos a los distintos sucesos de la vida. (Maya, 2006, s. p.)

Riesgo en salud: Ha sido definido en forma similar por diferentes autores como la probabilidad de que ocurra un hecho indeseado que pueda afectar la salud de un individuo o un grupo. Rutter (citado por Gómez, 2010) definió los factores de riesgo como “variables que aumentan la probabilidad de un resultado disfuncional o patológico en un individuo o grupo” (p. 109). Los riesgos de salud pueden ser de origen: biológico, social, económico, estilos de vida o por eventos de la vida inductores de crisis (Peña, 2001).

Vulnerabilidad: incapacidad o mayor dificultad para “prever, resistir, enfrentar y recuperarse del impacto o efecto de un evento que implica pérdida de activos materiales e inmateriales” (Secretaría Distrital de Salud de Bogotá, 2011, p. 109).

La vulnerabilidad, como lo refieren Gómez y Kotliarenco (2010), será entonces la potencialidad de que se genere un riesgo o daño; la vulnerabilidad debe analizarse en función de un daño o los daños a los cuales pueden conducir la interacción de los factores protectores de riesgo y de conductas presentes en el momento específico de la valoración. (La presencia de un factor de riesgo para un daño, no implica necesariamente riesgos para otros daños) (Gómez, 2010).

2. Aplicación de técnicas de valoración familiar

Entrevista. Una de las técnicas esenciales al realizar la valoración familiar es sin duda la entrevista estructurada, basada en una comunicación asertiva para obtener una proximidad a la familia que se logra a través de la escucha activa y la empatía.

Es un método de recolección de datos en que una persona (entrevistador) interroga a otro (entrevistado) (Polit y Hungler, 2000). El fin de la entrevista es reunir los datos necesarios para realizar un diagnóstico preciso y para planear un tratamiento, también sirve para establecer un tipo de relación y facilitar la comunicación (Medalie, 1987).

Tipos:

- ⊙ Entrevista no estructurada (informal- conversacional).
- ⊙ Entrevista semiestructural: se utiliza una guía temática.
- ⊙ Entrevista estructurada: se utiliza un instrumento formal y escrito.
- ⊙ Entrevista grupo focal: se realiza a varias personas con base en un conjunto de preguntas o temas escritos.

Se debe tener en cuenta aspectos relevantes como:

- ⊙ Descripción de la familia: composición y estructura, subsistemas, etapa del ciclo vital familiar, valores y creencias, hábitos y costumbres y problemas de salud.
- ⊙ Estudio de la dinámica familiar: determinar su funcionamiento analizando los elementos que contribuyen a esta: comunicación, relación entre subsistemas, normas, reglas, roles adaptabilidad y cohesión.
- ⊙ Mecanismos de defensa familiar: conocimientos habilidades y actitudes relacionadas con la salud, recursos redes de apoyo sociales, experiencias multigeneracionales, tareas de desarrollo, estrategias de afrontamiento y toma de decisiones.
- ⊙ Agentes estresantes: cambios en la etapa del ciclo vital familiar y acontecimientos vitales estresantes (Lima Rodríguez, Lima Serrano y África, 2009).

Observación. Entendido como método de recolección de datos en que una persona (observador) percibe, inspecciona o examina un fenómeno, acontecimiento, comportamiento, característica, ambiente u objeto (Polit y Hungler, 2000).

Qué se puede observar:

- ⊙ Entorno físico.
- ⊙ Personas.
- ⊙ Actividades e interacciones.
- ⊙ Frecuencias y tiempos.

- ⊙ Factores intangibles (mensajes no verbales diferentes a los mensajes de las expresiones verbales).

Tipos de observación:

- ⊙ No estructuradas (se utilizan bitácoras y notas de campo para registrar todo lo observado).
- ⊙ Estructuradas (se elabora un sistema de categorías que especifica qué conductas y sucesos se observarán).

Revisión de documentos. es un método de recolección de datos preexistentes, acerca de las personas, familias o comunidades contenidos en registros hechos en diferentes documentos (registros de hospital, expedientes médicos de los pacientes, formularios, planes de atención, Notas de campo, bitácoras, informes, etc.).

Datos que se pueden obtener:

- ⊙ Datos demográficos.
- ⊙ Datos subjetivos: dolencias o problemas registrados en historias clínicas individuales y familiares.
- ⊙ Datos objetivos: reportes de imágenes diagnósticas, laboratorios, mediciones psicológicas, resultados de exámenes, registros, controles y tamizajes.
- ⊙ Perfil de vida: actividades diarias.

Visita domiciliaria. Se considera una herramienta a utilizar para entrar en contacto con la familia, obtener datos objetivos y subjetivos de su estado de salud y así orientar el cuidado, promoviendo su autonomía y capacidad de decisión. Es aquí donde cobra importancia el concepto de atención domiciliaria, entendido como el conjunto de actividades que tienen por objeto proporcionar atención domiciliaria al individuo y a la familia, de acuerdo con sus necesidades y asumiendo con ellos la corresponsabilidad del cuidado, continuo e integral, en coordinación con los demás miembros del equipo y con otros servicios sociales y sanitarios (Ramos Calero, 2002).

3. Aplicación de instrumentos de valoración familiar

Son un conjunto de escalas, formatos y cuestionarios simplificados que permiten evaluar la estructura, dinámica, función de la familia y caracterizar la vulnerabilidad familiar.

Los instrumentos de valoración nos dan una apreciación rápida y esquemática de las estructuras, necesidades, interacciones y funciones familiares. El análisis de los datos obtenidos muestra sus fortalezas y debilidades; a través de ellos se conocen sus sentimientos, los roles desempeñados, sus funciones. Por ello son una herramienta indispensable en la valoración familiar (Alegre Palomino y Suárez Bustamante, 2006).

Historia familiar. Formato que permite registrar en forma ordenada gran cantidad de datos de la valoración familiar y es la base de registro de datos requeridos para el diligenciamiento de otros instrumentos de valoración familiar.

Contiene datos de Identificación de la familia, composición familiar, tipología familiar, aspectos biológicos, condiciones del medio ambiente familiar y social, estudio de evolución familiar, estrategias de afrontamiento y recursos familiares.

Familiograma. Alegre y Suárez (2006) lo definen como una representación esquemática de la familia, la cual provee información sobre sus integrantes, en cuanto a su estructura y sus relaciones.

Es utilizado desde hace muchos años; se le conoce también por otros nombres como genograma o árbol familiar. Es un instrumento diseñado para evaluar el funcionamiento sistémico de la familia, y es útil para la identificación de familias cuya estructura las coloca en algún riesgo de carácter biológico (problemas hereditarios o de aparición familiar), psicológico (tendencias a tener una funcionalidad familiar inadecuada) o social (familia numerosa y/o sin recursos, hacinamiento, etc.).

Así, al retratar las características de las generaciones, el familiograma ofrece una perspectiva longitudinal teniendo en cuenta que las familias suelen repetir sus atributos, característica conocida como continuidad o alternancia; según si esta ocurre sin interrupción entre padres e hijos o hermanos o se salta una generación para aparecer en la otra.

Además, el familiograma permite conocer en qué etapa del ciclo de vida familiar se encuentra la familia, el tipo de familia, los eventos de salud más importantes que le han ocurrido a cada uno de sus miembros y aspectos relevantes de las interrelaciones entre ellos. “Constituye un resumen bastante completo de los diversos elementos que el profesional requiere para su estudio de la dinámica familiar y posterior planteamiento de hipótesis que orienten la ayuda a la familia” (Alegre y Suárez, 2006, p. 50). Por otra parte, este instrumento “permite visualizar en un mismo instrumento las dolencias que aquejan a los miembros de las familias, y su estructura e interrelaciones familiares” (Alegre y Suárez, 2006, p. 50), el familiograma ayuda a los trabajadores que atienden familias a entender cómo un problema clínico puede estar conectado con el contexto familiar y de las conexiones entre diversos problemas o eventos tanto a nivel individual como familiar.

Sirve para evaluar los siguientes aspectos:

- ⊙ La composición familiar, resaltando los que viven en el hogar.
- ⊙ Las relaciones biológicas y legales.
- ⊙ Las relaciones afectivas.
- ⊙ Los problemas de salud o causas de fallecimiento.
- ⊙ El tipo de ocupación o datos laborales de importancia.
- ⊙ Tipo de familia (ejemplo: familia nuclear, monoparental, reconstituida).

- ⊙ Ciclo vital (ejemplo: formación, expansión, despliegue y contracción).
- ⊙ Separaciones o divorcios.
- ⊙ Si el caso índice es el hijo mayor o el menor. Si se trata de un hijo único.
- ⊙ La presencia de abuelos/suegros, tíos, etc., puede indicar potenciales problemas de invasión de límites.
- ⊙ Multitud de separaciones y/o divorcios. Reiteración en la elección de una profesión, uniones entre miembros de la familia, etc.
- ⊙ Repetición de pautas a través de las generaciones, considerando que las pautas familiares pueden transmitirse de generación en generación, o pueden alternarse, por ejemplo: alcoholismo, madres solteras, embarazos adolescentes, incesto, síntomas físicos, violencia, suicidio, etc.

Elaboración del familiograma. Los siguientes son aspectos que se deben tener en cuenta al elaborar el familiograma, con los datos registrados en la historia familiar: datos de identificación, fecha de elaboración del familiograma, iniciales o apellidos de la familia, profesional de enfermería que valoró y cuadro de convenciones que facilite su interpretación.

Generaciones y núcleo de convivencia. Las generaciones deben señalarse mediante el uso de números romanos y cada una de ellas ocupa una sola línea horizontal, por ejemplo:

I ABUELOS

II PADRES

III HIJOS

En la figura 7 se esquematiza cómo debe dibujarse el familiograma

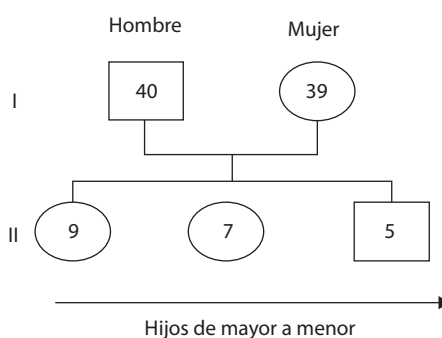


Figura 7.
Esquema general del familiograma.

Fuente: Veloza (2016).

Convenciones. En la realización del gráfico es necesario utilizar una simbología de conocimiento común que permita una unificación de conceptos y análisis frente a cada uno de los hallazgos obtenidos de su elaboración; se recomienda que estos símbolos deberán aparecer en un recuadro de convenciones.

Líneas horizontales y descendientes. Las líneas horizontales unen dos personas de la misma generación. Trazadas por debajo y uniendo las figuras que representan a los individuos, representan a una pareja. La disposición por edad y género se inician con la primera generación, el símbolo del hombre es cuadrado y va siempre a la izquierda y el de la mujer es un círculo y va a la derecha. De la línea de unión, debe salir una línea perpendicular, la cual da inicio a la generación de los hijos, y se representa según la edad de mayor a menor y de izquierda a derecha.

En la figura 8 se muestra los símbolos y convenciones utilizados para dibujar el famioliograma. Uno de los aspectos importantes es cómo se debe presentar un famioliograma, para ser incluido en la historia familiar; debe incluir fecha de valoración y nombre de la familia (que generalmente son los apellidos de la pareja que conforma la primera generación de convivencia) y análisis en el que textualmente se escribe lo dibujado en el famioliograma (número de integrantes total y por género, ciclo vital familiar, cursos de vida de los integrantes, tipo de familia, datos sociodemográficos más importantes, estado de salud de los integrantes y situaciones relevantes de la familia). En la figura 9 se muestra un ejemplo de la estructura general para presentar el famioliograma.


















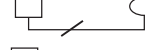
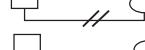
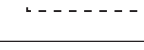
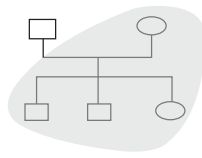
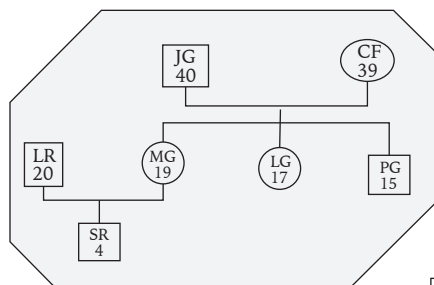
FIGURAS Personas	LÍNEAS Relaciones de parentesco
<p style="text-align: center;">Hombre Mujer</p>  <p style="text-align: center;">Personas Identificada o caso índice</p>  <p style="text-align: center;">Hombre muerto mujer muerta</p> 	 Línea horizontal: Une dos personas de la misma generación  Unidas por debajo; representa una pareja  Unidas por encima; representa hermanos Línea descendente: Une padres con hijos
SÍMBOLOS SUGERIDOS PARA EL FAMILIOGRAMA	
 Embarazo   Aborto   Hijo  Hija  Gemelos   Hijo adoptivo   Casados  Separados  Divorciados  Unión libre y/o Union esporádica  Miembros bajo el mismo techo	

Figura 8.
Símbolos y convenciones del famioliograma.

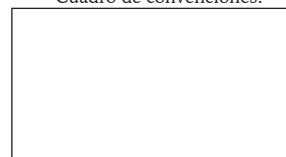
Fuente: Recuperado parcialmente de Secretaría Distrital de Salud de Bogotá. Programa Salud a su Casa.

Fecha de valoración _____ Familia _____



ANÁLISIS: _____

Cuadro de convenciones:



Elaborado por _____

Figura 9.
Ejemplo de familiograma.

Fuente: Veloza (2016).

El **psicograma** grafica las relaciones intrafamiliares, evaluando de esta manera la dinámica familiar en lo referente al interior del núcleo. Es un instrumento que se diseña a partir del familiograma y al igual que este es dinámico, es decir que puede cambiar de acuerdo con la dinámica y funcionamiento familiar. Brinda información sobre las relaciones que existen entre cada miembro, al interior de la familia; es decir, muestra las realidades psicológicas propias del ambiente familiar en un momento determinado y que pueden influir en la funcionalidad familiar. Sus líneas representan las relaciones, es decir, el apoyo social observado o percibido por los miembros de la familia, de acuerdo con cómo lo verbalicen o cómo son percibidos por el profesional de salud familiar al momento de la valoración familiar.

En algunos programas de salud familiar, las relaciones entre los miembros de la familia se grafican en el familiograma. Para el Programa de Enfermería de la Fundación Universitaria del Área Andina, las relaciones entre los miembros de la familia se grafican en este instrumento, para mayor claridad y facilidad de interpretación y como instrumento que grafica el apoyo social. Al igual que para el ecomapa, idealmente deben estandarizarse las convenciones a utilizar.

El psicograma ilustra las relaciones de cada miembro de la familia con los otros, por ello puede graficarse a partir de la estructura básica del núcleo de convivencia del familiograma, o graficar cada uno de los miembros de la familia y su relación con los demás. La figura 10 muestra dos ejemplos de cómo se debe presentar un psicograma, para ser incluido en la historia familiar. Debe incluir fecha de valoración, nombre de la familia,

(que generalmente son los apellidos de la pareja que conforma la primera generación de convivencia); el análisis realiza una descripción textual de las relaciones entre los miembros de la familia de convivencia según el modelo utilizado: fuertes, moderadas y débiles o muy estrechas y cercanas, dando la razón de por qué son moderadas y débiles o cercanas.

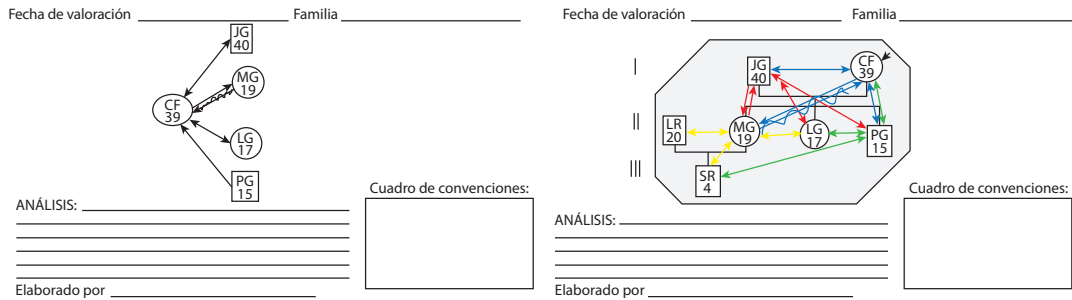


Figura 10.
Ejemplo de psicograma.

Fuente: Veloza (2016).

La figura 11, muestra los símbolos utilizados para realizar psicograma y ecomapa según modelo utilizado por la Secretaría de Salud de Bogotá.

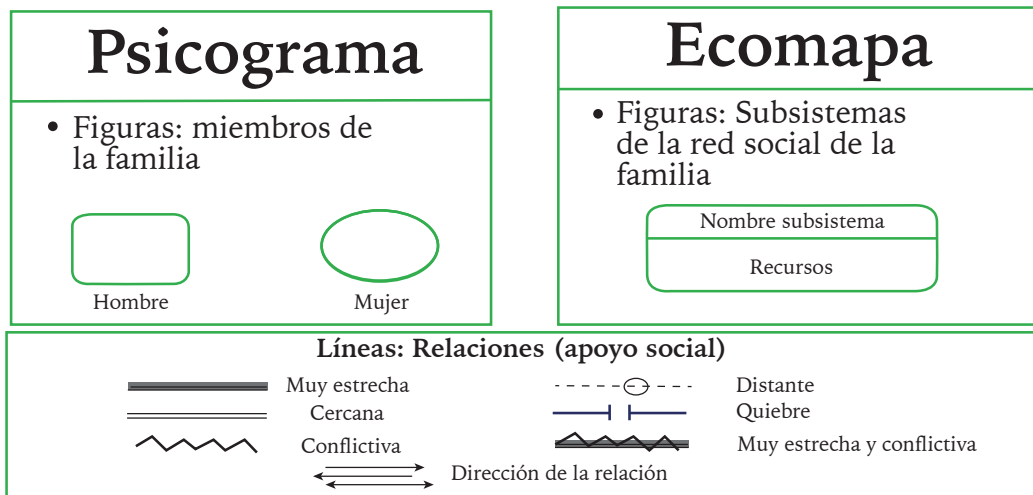


Figura 11.
Símbolos de psicograma y ecomapa.

Fuente: Veloza (2016).

Ecomapa. Es un complemento del familiograma y una gran ayuda visual para el equipo de salud familiar en la comprensión del entorno en que se desarrolla la vida de las familias a cargo. Su uso rutinario tiene el propósito de representar la familia y sus contactos con sus supra sistemas, es decir, con el ambiente que les rodea: la familia extensa, el trabajo, la recreación, la educación, los servicios de salud, las instituciones educativas, la religión, entre otros.

Hartman (1978) describe el ecomapa así: “representa un panorama de la familia y su situación; grafica conexiones importantes que nutren las relaciones, la carga conflictiva entre la familia y su mundo muestra el flujo de los recursos, las pérdidas y de privaciones” (p. 467). Este procedimiento de dibujar el mapa destaca la naturaleza de las interfaces y puntos de conflicto que se deben mediar, los puentes que hay que construir y los recursos que se deben buscar y modificar.

El ecomapa busca descubrir las redes de apoyo familiar o vínculos con otros subsistemas. Se sabe que la cantidad de redes está relacionada con la mayor o menor facilidad de la familia para enfrentar las crisis o anticiparse a ellas; el aislamiento social es un factor de riesgo grave, la presencia de redes se considera un factor protector importante en la salud de las familias.

Consta de una figura central (rectángulo, círculo u otra), que contiene el familiograma de la familia, es decir, la que vive bajo el mismo techo; alrededor de la figura central se ubican otras figuras que representan los subsistemas que conforman la red social de la familia (amigos, instituciones de salud y de educación, trabajo, familia extensa y de origen, etc.), es el contexto de la familia nuclear.

- ⊙ Las líneas punteadas indican conexiones tenues.
- ⊙ Las líneas quebradas indican relaciones estresantes.
- ⊙ Las líneas más anchas indican mayor unión.
- ⊙ Las flechas que se utilizan se pueden dibujar a lo largo de las líneas, indicando el flujo de energía y de los recursos.

Las figuras adicionales pueden dibujarse si se necesitan, dependiendo del número de contactos significantes que tenga la familia.

El ecomapa es un instrumento que tiene grandes ventajas y facilita el abordaje familiar, a su vez ayuda a evaluar y planificar las acciones a seguir en cada situación específica. Representa la red familiar, el apoyo y los recursos sociales y familiares.

Otras ventajas son:

- ⊙ Grafica y ordena la situación familiar.
- ⊙ Muestra la relación familiar y con el entorno, por lo que facilita la focalización de la atención.

- ⊙ Clarifica, ordena y da cuenta de los recursos reales y potenciales con los que se cuenta para la intervención.
- ⊙ Permite visualizar las áreas dañadas y conflictivas a trabajar, aquellas que se escapan a nuestro quehacer profesional y requieren de coordinaciones y derivaciones.

El ecomapa visualiza las redes sociales como un grupo de personas, miembros de la familia, vecinos, amigos y otras personas capaces de aportar una ayuda o apoyo real y duradero a un individuo o familia (Speck y Attneave, 1973). La red típica de un individuo incluye:

- ⊙ Un área de parientes: la persona, la pareja, la familia nuclear y un grupo extendido de parientes.
- ⊙ Un área de conocidos y amigos: vecinos, compañeros de trabajo con los que se dan relaciones amistosas.
- ⊙ Un área de servicio y apoyo: funcionarios, miembros de la iglesia, trabajadores sociales, médicos, enfermeras, etc.

En conclusión, el ecomapa dibuja al individuo y a la familia en su espacio de vida, representando en forma dinámica el sistema ecológico que rodea a la familia: las conexiones importantes, los límites intrasistémicos, los conflictos, los recursos y las carencias, así como la naturaleza e intensidad de las relaciones familiares con los sistemas externos, o sea en sus relaciones con el suprasistema, la sociedad, y/o con otros sistemas. Para graficarlo se parte del genograma en su forma más simple (gráfico con los nombres), en un círculo o rectángulo central grande. A su alrededor se dibujan tantos círculos o rectángulos como interacciones con sistemas externos tenga la familia en su totalidad o cada uno de sus componentes: salud, educación, deporte, recreación, cultura, religión, política, relaciones afectivas y/o sociales, laborales, familia extensa o de origen. Las conexiones se realizan a través de líneas que unen a la familia o a uno o a varios miembros con los círculos externos y dan cuenta de la naturaleza de las relaciones (fuertes, tenues, débiles y estresantes o conflictivas), y su intensidad, es decir el flujo de energía, visualizado por flechas (la simbología de relaciones del ecomapa es diferente a la usada en las relaciones intrafamiliares del genograma).

La figura 12 muestra dos ejemplos de cómo se debe presentar un ecomapa, para ser incluido en la historia familiar, debe incluir fecha de valoración, nombre de la familia, que generalmente son los apellidos de la pareja que conforma la primera generación de convivencia; en el análisis se hace una descripción textual de las relaciones entre la familia con los subsistemas de su contexto, según el modelo utilizado: fuertes, moderadas y débiles o, muy estrechas y cercanas, dando la razón de porque son moderadas, débiles o cercanas.

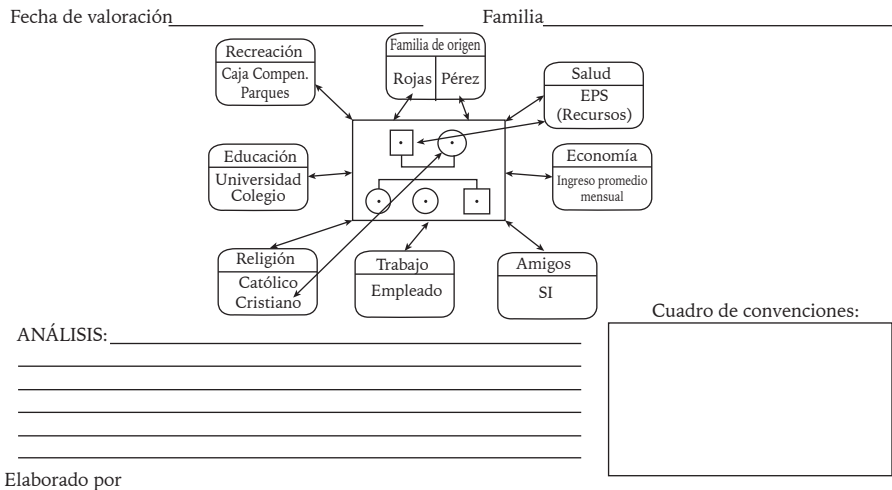


Figura 12.
Ejemplo de ecomapa.

Fuente: Veloza (2016).

Apgar. Diseñado en 1978 por el doctor Gabriel Smilkstein (Universidad de Washington), mide la percepción que tienen los individuos en la funcionalidad familiar (tabla 1). “Este test se basa en la premisa de que los miembros de la familia perciben el funcionamiento de la familia y pueden manifestar el grado de satisfacción con el cumplimiento de sus parámetros básicos” (Alegre y Suárez, 2006, p. 54). Este instrumento cuenta con cinco preguntas a las cuales se les ha asignado un puntaje de cero a cuatro para determinar cinco funciones básicas de la familia, como son: “Adaptación, participación, Ganancia, Afecto, Recursos” (Alegre y Suárez, 2006, p. 55).

Quando se aplica el Apgar la información obtenida es analizada para cuantificar el funcionamiento familiar y las interrelaciones que los individuos desarrollan en situaciones específicas entre los distintos miembros de la familia.

Cada uno de los ítems evalúa momentos específicos que de alguna manera enfrenta la familia ante las diversas situaciones que afronta para el desarrollo familiar; dado que esta es dinámica, algunos de los aspectos a tener en cuenta son:

- **Adaptabilidad:** La utilización de los recursos económicos en momentos de crisis y la capacidad de adaptabilidad a nuevas situaciones.
- **Participación:** La comunicación existente entre cada uno de los miembros de la familia y la solución de problemas.

- ⊙ Crecimiento: La satisfacción de los miembros de la familia en acciones que fortalecen el crecimiento personal.
- ⊙ Afecto: Mide las repuestas afectivas del grupo familiar.
- ⊙ Recursos: La utilización de recursos (tiempo, espacio, dinero) en la dinámica familiar (Alegre y Suárez, 2006, p. 55).

Es importante hacer referencia a la red social a la cual cada familia pertenece y de la que requiere ayudas o apoyo; entendida como la agrupación de individuos, organizaciones y agencias, organizados en forma no jerárquica en torno a temas o preocupaciones comunes, que se abordan de manera activa y sistemática sobre la base del compromiso y la confianza (Suárez Cuba, 2011).

De la Revilla define la red social como el entramado de relaciones sociales identificables que rodean a un individuo y que le permiten percibir el apoyo emocional, instrumental y afectivo (Suárez Cuba, 2011).

Es de destacar que si se cuenta con un mayor apoyo al momento de una transición será más benéfico para cada uno de los miembros de la familia y obtendrá un mejor beneficio, por tanto, los efectos serán positivos; si cuenta con escaso apoyo, los efectos serán negativos. Cuando se habla de apoyo social funcional, se hace referencia a la percepción hipotética que tiene una persona sobre los recursos sociales disponibles para ser asesorada y ayudada en caso de necesitarlo.

Tabla 1:

Apgar familiar

Fecha de Valoración _____ Familia _____ Nombre _____

Función	0	1	2	3	4
	Nunca	Casi Nunca	Algunas veces	Casi siempre	Siempre

Me satisface la ayuda que recibo de mi familia cuando tengo algún problema

Me satisface como en mi familia hablamos y compartimos nuestros problemas

Me satisface como mi familia acepta y apoya mis deseos de emprender nuevas actividades

Me satisface como mi familia expresa afecto y responde a mis emociones tales como rabia, tristeza, amor

Me satisface como compartimos en mi familia:

- El tiempo para estar juntos
- Los espacios en la casa
- El dinero

TABULACIÓN PUNTAJE

¿Tiene usted alguna persona amiga o amigo cercanos, a quien pueda buscar cuando necesita ayuda?

¿Estoy satisfecho con el soporte que recibo de mis amigos?

Función	Puntaje
<i>Buena función familiar</i>	18-20
<i>Disfunción familiar leve</i>	14 - 17
<i>Disfunción familiar moderada</i>	10- 13
<i>Disfunción familiar severa</i>	9 o menos
Interpretado por _____	

Fuente: Smilkstein (1978).

La escala de Duke-UNC que mide el apoyo social tiene en cuenta los siguientes aspectos: Relaciones estructurales de las redes sociales (interacción entre amigos y parientes, participación entre grupos sociales, entre otros); funciones (emocionales, autoestima, pertenencia, identidad, entre otros) y análisis objetivo/subjetivo (apoyo real percibido versus apoyo percibido) (Pinto, 2010). El apoyo social se considera como elemento esencial en la interacción de los seres humanos y comprende tres dimensiones: afectiva (demostraciones de amor, compañía y empatía), instrumental (ayuda o asistencia a necesidades tangibles); confidencial (posibilidad de contar con una persona para comunicarse) (Pinto, 2010).

La interpretación de la escala de Duke-UNC hace referencia al apoyo social percibido, teniendo en cuenta dos aspectos: personas a las que se puede comunicar sentimientos íntimos y personas que expresan sentimientos. Cuantifica los aspectos de apoyo confidencial (cuenta con seis ítems), apoyo afectivo (cuenta con cinco ítems) y, por último, apoyo total percibido (grupo de elaboración de mejoras). El apoyo social satisface necesidades de las personas que requieren soporte y por tanto fortalecen las relaciones interpersonales disminuyendo la posibilidad de alteraciones de las relaciones familiares y fortaleciendo la adaptabilidad al cambio.

En la tabla 2, se puede apreciar el formato que expone el cuestionario. Es importante colocar la fecha en que se diligenció el cuestionario, nombre de la familia e iniciales del miembro de la familia que dio respuesta al cuestionario; debe incluir el resultado y la interpretación correspondiente identificando el ítem o ítems que dan lugar a una interpretación de apoyo social escaso.

Caracterización e identificación de vulnerabilidad Familiar. Registra las situaciones y condiciones de las familias, del entorno, y aquellas dadas por el ciclo vital individual, que de acuerdo con las investigaciones generan mayor o menor vulnerabilidad en las familias, clasificándolas con el fin de priorizar la atención orientada a los factores de riesgo identificados. Determina los riesgos presentes en las familias que conllevan a una mayor vulnerabilidad, entendiendo esta como la incapacidad o mayor dificultad para “prever, resistir, enfrentar y recuperarse el impacto o efecto de un evento que implica pérdida de activos materiales e inmateriales” (Secretaría Distrital de Salud, 2011).

La **vulnerabilidad**, como lo refieren Gómez y Kotliarenco (2010) será entonces la potencialidad de que se genere un riesgo o daño.

Factores de riesgo. El modelo de daño señala, entonces, que en un contexto adverso (múltiples factores de riesgo), si la persona o familia muestran determinadas debilidades en su funcionamiento (factores de vulnerabilidad), el impacto de los eventos estresores y de las crisis aumentan significativamente; lo contrario sucede cuando la familia cuenta con factores protectores que minimizan el efecto de los factores de riesgo (Gómez y Kotliarenco, 2010).

La tabla 3 muestra el nivel de priorización de atención de las familias y la tabla 4, el instrumento: escala de valoración de vulnerabilidad familiar.

Tabla 2:

Cuestionario de apoyo social funcional de Duke-UNC

Fecha de Valoración _____ Familia _____ Nombre _____

CUESTIONARIO DE APOYO SOCIAL FUNCIONAL DE DUKE-UNC

		Tanto como lo desea		Mucho menos de lo que desea
	5	4	3	2
				1

- 1 Recibe visitas de sus amigos y familiares
- 2 Recibe ayuda en asuntos relacionados con la casa
- 3 Recibe elogios o reconocimiento cuando hace bien su trabajo
- 4 Cuenta con personas que se preocupan por lo que le sucede
- 5 Recibe amor y afecto
- 6 Tiene la posibilidad de hablar con alguien de sus problemas en el trabajo y/o en la casa
- 7 Tiene la posibilidad de hablar con alguien de sus problemas personales y familiares
- 8 Tiene la posibilidad de hablar con alguien de sus problemas económicos
- 9 Recibe invitaciones para distraerse y salir con otras personas
- 10 Recibe consejos útiles cuando le ocurre algún acontecimiento importante en su vida
- 11 Recibe ayuda cuando está enfermo en casa

Apoyo		Puntaje	
APECTIVO		Escaco si es la suma de los items 2, 3, 5, 9 y 11 es menor de 15 puntos	
APECTIVO INCONDICIONAL		Escaco si es la suma de los items 1, 4, 6, 8 y 10 es menor de 18 puntos	
TOTAL PERCIBIDO		Escaco si es la suma de todos los item es menor de 33 puntos	
Interpretado por _____			

Fuente: Broadhead (1988).

Tabla 3:
Escala de vulnerabilidad familiar

NIVEL DE PRIORIZACIÓN	OPORTUNIDAD EN LA GENERACIÓN DE RESPUESTA
ATENCIÓN INMEDIATA (menos de 24 horas)	Situaciones detectadas de violencia familiar, en el adulto mayor, violencia sexual y antecedentes de ideación, intento o suicidio consumado (en este último caso, intervención psicosocial y notificación inmediata al SISVECO).
ALTA	Máximo un mes después del momento de la identificación; idealmente de forma inmediata
MEDIA	Máximo un mes después del momento de la identificación; idealmente de forma inmediata
BAJA Familias que no cumplen con ninguno del ítem del instrumento	Apoyo en el mantenimiento de la salud de acuerdo al Plan de Intervenciones Colectivas

Fuente: Programa de Salud a su Casa (2011).

Tabla 4:
Instrumento escala de valoración de vulnerabilidad familiar

Fecha de diligenciamiento del Instrumento:	Nombre o Iniciales de la Familia:	Elaborado por:	Valoración No/ de:
CATEGORÍAS			
CATEGORIZACIÓN DE LAS FAMILIAS SEGÚN LAS VARIABLES TRAZADORAS			
	FAMILIAS PRIORIDAD ALTA	<i>Marque con X si la familia cumple el criterio</i>	FAMILIAS PRIORIDAD MEDIA
			<i>Marque con X si la familia cumple el criterio</i>
VIVIENDA Y ENTORNO	Vivienda tipo carpa o refugio provisional		Uso productivo de la vivienda con identificación de riesgos menores
	El servicio sanitario es inodoro no conectado a alcantarillado		Hacinamiento en la vivienda

(Continúa)

Fecha de diligenciamiento del Instrumento: Nombre o Iniciales de la Familia: Elaborado por: Valoración No/ de:

CATEGORÍAS **CATEGORIZACIÓN DE LAS FAMILIAS SEGÚN LAS VARIABLES TRAZADORAS**

	<i>FAMILIAS PRIORIDAD ALTA</i>	<i>Marque con X si la familia cumple el criterio</i>	<i>FAMILIAS PRIORIDAD MEDIA</i>	<i>Marque con X si la familia cumple el criterio</i>
VIVIENDA Y ENTORNO	<i>Vivienda tipo carpa o refugio provisional</i>		Uso productivo de la vivienda con identificación de riesgos menores	
	El servicio sanitario es inodoro no conectado a alcantarillado		Hacinamiento en la vivienda	
	La vivienda no dispone de acueducto		Presencia de vectores	
	Vivienda con uso de combustible en actividades domésticas		Disposición de basuras y falta de acceso a servicios públicos de recolección de basuras	
	Vivienda en zona no legalizada		Más de una hora en llegar a la EPS - IPS	
	Uso productivo de la vivienda con identificación de alto riesgo			
FAMILIAS	<i>Personas sin cuidador (Menores hasta los 12 años, ancianos y personas con discapacidad)</i>		Jefe de Hogar Analfabeta	
	Familia en situaciones especiales: desplazados, con algún miembro discapacitado		Jefe de Hogar desempleado	
	Población especial: Desplazado, reintertado, habitante de calle o menor abandonado		Algún miembro de la familia con puntaje de Apgar Familiar entre 13 y 17 puntos (Disfunción familiar leve a moderada)	

(Continúa)

Fecha de diligenciamiento del Instrumento:

Nombre o Iniciales de la Familia:

Elaborado por:

Valoración No/ de:

CATEGORÍAS

CATEGORIZACIÓN DE LAS FAMILIAS SEGÚN LAS VARIABLES TRAZADORAS

	<i>FAMILIAS PRIORIDAD ALTA</i>	<i>Marque con X si la familia cumple el criterio</i>	<i>FAMILIAS PRIORIDAD MEDIA</i>	<i>Marque con X si la familia cumple el criterio</i>
FAMILIAS	Algún miembro de la familia dejó de recibir alguna comida en el último mes por falta de dinero		Algún miembro de la familia con Test de Duck Unc con puntaje de Apoyo afectivo total menor de 33 y/o apoyo afectivo menor de 15 y/o apoyo afectivo confidencial menor de 18 (Apoyo afectivo escaso)	
	Reducción de la cantidad de comida a los niños menores de 5 años por falta de dinero		Jefe de Hogar no asegurado (SGSSS)	
	Algún miembro de la Familia con puntaje de Apgar familiar menor de 9 puntos (Disfunción Familiar Severa)			
INDIVIDUOS (Ciclo Vital Individual) Prioridad Alta y Media	<i>Embarazo actual (cualquier mujer de la familia)</i>		Riesgo de peso bajo/ talla o peso bajo/ edad en niños de 0 a 5 años.	
	Gestantes inasistentes y sus contactos con diagnóstico de sífilis gestacional		Riesgo de peso bajo o desnutrición en algún miembro de la familia mayor de 5 años	
	Recién Nacido con diagnóstico de sífilis congénita, sin canalización a los servicios de salud		Niño o niña de 1 a 5 años	
	Recién Nacidos con diagnóstico de hipotiroidismo congénito, sin canalización a los servicios de salud		Menores que ocupan la mayor parte del tiempo de la semana pasada trabajando	
	Niño o niña menor de 1 año		Menores desescolarizados	

(Continúa)

Fecha de diligenciamiento del Instrumento: Nombre o Iniciales de la Familia: Elaborado por: Valoración No/ de:

CATEGORÍAS **CATEGORIZACIÓN DE LAS FAMILIAS SEGÚN LAS VARIABLES TRAZADORAS**

	<i>FAMILIAS PRIORIDAD ALTA</i>	<i>Marque con X si la familia cumple el criterio</i>	<i>FAMILIAS PRIORIDAD MEDIA</i>	<i>Marque con X si la familia cumple el criterio</i>
<i>INDIVIDUOS (Ciclo Vital Individual) Prioridad Alta y Media</i>	Menores de 5 años con desnutrición		Diagnóstico de Diabetes en algún miembro de la familia	
	Esquema de vacunación inadecuado para la edad (cualquier niño o niña)		Diagnóstico de Hipertensión en algún miembro de la familia	
	Presencia de limitación permanente para moverse, oír, hablar o comunicarse con alguno de sus integrantes		Mujeres de 25 – 69 años en la familia sin toma de citología vaginal en el último año	
	Vacunación incompleta cualquier edad (Esquema inadecuado)		Mujeres con vida sexual activa no usuarias de métodos de Planificación Familiar	
<i>INDIVIDUOS (Ciclo Vital Individual) Prioridad Alta y Media</i>	Miembros de la familia con eventos de Interés en salud pública (Embarazos complicados, bajo peso al nacer, nacimientos prematuros, mortalidad materna, en menores de 5 años) por cáncer, muertes violentas, enfermedades transmisibles prevenibles con vacunación, hospitalización por IRA, EDA, enfermedades cardiovasculares, mentales, por hechos violentos, intentos de suicidio, accidentes de trabajo, de tránsito o en el hogar, enfermos de TBC o lepra actuales o la semana anterior		Jefe de hogar viudo, separado o divorciado	
			Jefe de hogar trabajador no formal	
			Inasistencia a la consulta de crecimiento y desarrollo en menores de 10 años	
			Eventos de salud oral en niños de 1 – 12 años	

(Continúa)

Fecha de diligenciamiento del Instrumento: Nombre o Iniciales de la Familia: Elaborado por: Valoración No/ de:

CATEGORÍAS **CATEGORIZACIÓN DE LAS FAMILIAS SEGÚN LAS VARIABLES TRAZADORAS**

	FAMILIAS PRIORIDAD ALTA	<i>Marque con X si la familia cumple el criterio</i>	FAMILIAS PRIORIDAD MEDIA	<i>Marque con X si la familia cumple el criterio</i>
INDIVIDUOS (Ciclo Vital Individual) Prioridad Alta. Atención Inmediata (Menor de 24 horas)	Violencia Intrafamiliar			
	Violencia en Adulto Mayor			
	Violencia Sexual en cualquier grupo de edad			
	Explotación sexual comercial de niños, niñas y adolescentes			
	Consumo o venta de SPA (Sustancias Psicoactivas)			
	Antecedentes de ideación, intento o suicidio consumado			

Fuente: Programa de Salud a su Casa (2011).

Para tener en cuenta sobre la caracterización de vulnerabilidad familiar y priorización de atención familiar

1. El instrumento propuesto es una adaptación de los documentos del Programa Salud a su casa de la Secretaría de Salud de Bogotá, relacionados con la caracterización, categorización y determinación de niveles de vulnerabilidad en las familias de ese Programa. Tiene como objetivo académico brindar herramientas para la identificación de vulnerabilidad y riesgo en las familias, como parte del Proceso de Enfermería con familias desarrollado en la asignatura.
2. Registre la fecha y nombres o iniciales de la familia. En el ítem “Valoración No. /De” registre si es la primera visita y clasificación realizada (1/1), o es la segunda, tercera o más veces que realiza la valoración. (3/3). Recuerde que la estructura, funcionamiento y dinámica familiar son modificables, es decir que pueden cambiar bien sea a través del tiempo, por eventos normativos correspondientes al ciclo vital individual, familiar, o como producto de las intervenciones conjuntas con la familia. De allí la importancia del seguimiento y de evaluar periódicamente los factores de riesgo y vulnerabilidad, a fin de ajustar el Plan de Cuidado de Enfermería.

3. Revise la Historia Familiar y los instrumentos que le permitan identificar factores de riesgo y vulnerabilidad. Revise en el Instrumento “Escala de Valoración de Vulnerabilidad Familiar*”, adaptado para el Programa de Enfermería de la Fundación Universitaria del Área Andina. Revise si la familia a quien aplica el instrumento cumple con alguno de los criterios en las diferentes categorías (vivienda, familias, individuos) que permita clasificarla como una familia de alta, mediana o baja prioridad. Tenga en cuenta para su plan de cuidado:

CLASIFICACIÓN PRIORIDAD EN FAMILIAS	ATENCIÓN INICIAL	PERIODICIDAD DEL SEGUIMIENTO
ALTA	Identificación de factores de riesgo y vulnerabilidad en la visita(s) de valoración.	URGENTE. Menos de 24 horas. Informar a entes de atención si es pertinente (Casos de violencia sexual y emergencias en salud mental)
MEDIA	Identificación de factores de riesgo y vulnerabilidad en la visita(s) de valoración.	30 días; en lo posible antes, para proponer e iniciar con familias plan de intervención
BAJA	Identificación de factores de riesgo y vulnerabilidad en la visita(s) de valoración.	2 visitas por año, si no hay cambios en la clasificación de vulnerabilidad

3. La clasificación de prioridad en las familias significa que si la familia cumple **UNO SOLO** de los criterios en cualquiera de las categorías (vivienda, familias, individuos) se clasifica en el nivel que corresponda. Si tiene criterios de prioridad alta y media, se clasifica como de prioridad alta.

4. Las familias que no cumplan ninguno de los criterios establecidos, se clasifican como de prioridad baja. En el caso del ejercicio académico de clasificación de factores de riesgo y vulnerabilidad, las intervenciones con estas familias estarán orientadas a las de carácter preventivo–promocional, con base en lo establecido en el Plan de Intervenciones Colectivas, las guías anticipatorias individuales, familiares y otros documentos que el estudiante considere puedan guiar la planeación del cuidado de enfermería.

5. Para marcar con X los ítems de cada categoría tenga en cuenta:

- En el Ítem “Uso productivo de la vivienda con identificación de riesgos menores”, el “uso productivo de la vivienda” se refiere a que la vivienda es utilizada también en forma productiva. Clasifique en riesgos menores, aquellos que considera **NO** constituyen riesgos importantes para la familia, como actividades de modistería, tiendas de comestibles etc., y como uso productivo de alto riesgo, por ejemplo, curtimbres, venta de gasolina, fabricación de elementos con insumos químicos etc.
- Se considera hacinamiento, cuando duermen más de tres personas por habitación (Celade – Cepal, 2013).
- Se consideran vectores: zancudos, mosquitos o insectos que puedan transmitir enfermedades, bien sea por contaminación del agua o por picadura (Secretaría de Salud de Risaralda, 2013).

- d) *Se consideran familias o personas en desplazamiento “toda persona que se ha visto forzada a migrar dentro del territorio nacional abandonando su localidad de residencia o actividades económicas habituales, porque su vida, su integridad física, su seguridad o libertad personales han sido vulneradas o se encuentran directamente amenazadas, con ocasión de cualquiera de las siguientes situaciones: conflicto armado interno, disturbios y tensiones interiores, violencia generalizada, violaciones masivas de los Derechos Humanos, infracciones al Derecho Internacional Humanitario u otras circunstancias emanadas de las situaciones anteriores que puedan alterar o alteren drásticamente el orden público” (Ley 387, 1997).*
- e) *Se consideran familias con miembros en condición de discapacidad, a aquellas con miembros con limitación permanente para moverse, ver, oír, hablar o comunicarse con alguno de los integrantes de la familia (Secretaría de Salud Bogotá, 2011).*
- f) *La sigla IRA corresponde a Infección Respiratoria Aguda. La sigla ERA a Enfermedad Diarreica Aguda. La sigla TBC corresponde a Tuberculosis).*
- g) *“Más de una hora en llegar a la EPS–IPS”, si los miembros de la familia verbalizan que demoran más de una hora en llegar a la EPS y/o IPS en donde reciben atención.*
- h) *Se consideran menores desescolarizados, niños menores de 18 años que no asisten regularmente a la institución educativa.*
- i) *“Jefe de Hogar no asegurado”, es el que se conoce como VINCULADO, es decir, aquel jefe de hogar que no se encuentra en el Sistema General de Seguridad Social en salud en el régimen contributivo o en el régimen subsidiado.*

Fuente: Elaboración propia.

Aplicación de proceso de atención de enfermería familiar

Desde esta perspectiva, el abordaje a la familia, para brindar cuidado de enfermería, se puede realizar desde diferentes alternativas. Una de las alternativas de abordaje es mediante el proceso de enfermería, el cual se ha constituido como una de las herramientas más utilizadas por las(os) enfermeras(os) actualmente.

El proceso de enfermería es la aplicación del método científico en la práctica asistencial, que permite a los profesionales de enfermería prestar los cuidados que demandan el paciente, la familia y la comunidad de una forma estructurada, homogénea, lógica y sistemática. Se considera como la base del ejercicio de la profesión, ya que es la aplicación del método científico a la práctica de enfermería y el método por el que se aplican los conocimientos a la práctica profesional. De ahí que su metodología se realice mediante planes de cuidado, con el fin de unificar criterios de atención y procurar el máximo de calidad de la misma, facilitando cuantificar tanto los tiempos de atención, como los costos que estos suponen. Estos planes pueden ser individuales (centrados en que cada persona es un ser único) o estandarizados (ante problemas comunes, existen respuestas similares) (Actualización en enfermería, s. f.).

Según Gallagher-Lepak, como lo cita el documento de NANDA 2015-2017, los cuidados de salud son proporcionados por diferentes profesionales de la salud, incluyendo enfermeras, médicos y fisioterapeutas, por nombrar solo algunos. Esto es cierto tanto en hospitales como en otros entornos (por ejemplo, centros de salud, cuidados domiciliarios, centros de larga estancia, centros religiosos, prisiones). Cada disciplina de salud aporta su cuerpo de conocimientos único al cuidado del paciente.

En cuanto a los diagnósticos enfermeros, tratan las respuestas humanas a los problemas de salud y/o procesos vitales y usan un lenguaje que surge de la necesidad de nombrar e identificar los fenómenos propios de la disciplina. Este vocabulario normalizado es también denominado Sistemas de Lenguaje Enfermero (SLE) o Lenguaje Enfermero Estandarizado (LEE) (López Romero, 2016). En este sentido, el conjunto de estas taxonomías y clasificaciones tiene como finalidad facilitar la comunicación, la transmisión sistemática de la información e identificar el conocimiento específico de la disciplina enfermera (Molas Sanna, 2005).

En relación con estas taxonomías y clasificaciones, la Asociación Americana de Enfermería (ANA - *American Nurses Association*) reconoce como específicos de la disciplina de enfermería la taxonomía NANDA, el sistema OMAHA, las clasificaciones NIC y NOC, la Clinical Care Classification (CCC) y la Clasificación Internacional de la Práctica Enfermera (CIPE) (López Romero, 2016).

La NANDA y la CIPE son los dos lenguajes más utilizados; sin embargo, hay diferencias sustanciales entre ellos. El desarrollo de la NANDA, desde una perspectiva conceptual, hoy en día, es mucho mayor, hasta el punto de que supone una base de conocimientos reconocida para el estudio y manejo de los diagnósticos competencia de enfermería. En cambio, la CIPE ofrece un lenguaje mucho más rico en acepciones y formas de expresión al tiempo que permite el enunciado del diagnóstico de forma más ajustada, precisa y apropiada; desde un punto de vista lingüístico, desarrolla catálogos de diagnósticos enfermeros e intervenciones para su utilización y validación en la práctica, así como planes de cuidados sobre situaciones, problemas o portafolios de servicio de áreas de aplicación.

De acuerdo con lo anterior, se establecen diagnósticos de enfermería correspondientes a la taxonomía que se esté utilizando, lo cual da origen al establecimiento del plan de cuidados. Los diagnósticos de enfermería familiar son a veces un poco complejos si se piensan desde el punto en que las familias no muestran síntomas o signos físicos propios de una patología, la cual se acostumbra a observar. Por otra parte, se deja de lado el entorno y poco se considera en el análisis de una situación familiar; el proceso de enfermería se convierte en una parte mental, se buscan los síntomas que son solo una parte del todo, se debe entonces fijar la mirada en el contexto y buscar la verdadera causa por la cual aparecen esos síntomas, entonces se diría que el individuo padece una enfermedad. Es el momento de indagar más profundamente en aspectos familiares y sociales que han llevado al individuo a padecer estos síntomas, este enfoque se construye desde lo psicosocial y de ahí pasa a lo biológico.

Desde la perspectiva de NANDA Internacional (2017), se incluyen algunos diagnósticos que contemplan aspectos tales como:

Relaciones familiares

- ⊙ Procesos familiares disfuncionales.
- ⊙ Disposición para mejorar los procesos familiares.
- ⊙ Interrupción de los procesos familiares.
- ⊙ Riesgo de deterioro de la vinculación.

Desempeño del rol

- ⊙ Conflicto del rol parental.
- ⊙ Desempeño ineficaz del rol.
- ⊙ Cansancio del rol de cuidador.
- ⊙ Riesgo de cansancio del rol de cuidador.
- ⊙ Disposición para mejorar el rol parental.
- ⊙ Deterioro de la interacción social.
- ⊙ Relación ineficaz.
- ⊙ Disposición para mejorar la relación.
- ⊙ Riesgo de relación ineficaz.

Mantenimiento de la salud

- ⊙ Gestión ineficaz de la salud familiar.
- ⊙ Disposición para mejorar la gestión de la salud.
- ⊙ Deterioro del mantenimiento del hogar.

Afrontamiento

- ⊙ Afrontamiento familiar comprometido.
- ⊙ Afrontamiento familiar incapacitante.
- ⊙ Disposición para mejorar el afrontamiento familiar.

Desde la perspectiva del CIPE, se clasifican los fenómenos enfermeros y se los organiza en un formato multiaxial conformado por siete ejes. Lo correspondiente a familia, pertenece al eje portador y, desde este eje, entre algunos diagnósticos familiares se encuentra:

Cuidado familiar

- ⊙ Problema de empleo.
- ⊙ Proceso familiar dañado.
- ⊙ Falta de apoyo familiar.
- ⊙ Falta de apoyo social.
- ⊙ Problema de relación.
- ⊙ Proceso familiar dañado.
- ⊙ Actitud de la familia en conflicto.
- ⊙ Afrontamiento de la familia con discapacidad.
- ⊙ Proceso familiar disfuncional con abuso de alcohol.
- ⊙ Proceso familiar interrumpido.
- ⊙ Falta de conocimiento.
- ⊙ Riesgo para la afectación de la familia perjudicada.
- ⊙ Capaz de administrar finanzas.
- ⊙ Familia capaz de participar en la planificación del cuidado.
- ⊙ Capaz de realizar cuidados.
- ⊙ Cuidador capaz de realizar cuidado.
- ⊙ La crianza efectiva.
- ⊙ Capaz de realizar mantenimiento de la salud.
- ⊙ Capaz de realizar el hogar.
- ⊙ No violencia.
- ⊙ Apoyo familiar positivo.
- ⊙ Calidad de vida.
- ⊙ Preparación para una crianza efectiva.
- ⊙ Preparación para un proceso familiar positivo.

Circunstancias sociales

- ⊙ Problemas financieros.

- ⊙ *Homebound* (límite casa).
- ⊙ Problemas de vivienda.
- ⊙ Ingresos inadecuados.
- ⊙ Falta de apoyo social.
- ⊙ Aislamiento social.
- ⊙ Falta de acceso al transporte.

Falta de servicios comunitarios

- ⊙ Falta de apoyo familiar.
- ⊙ Falta de suministro de alimentos.
- ⊙ Falta de apoyo social.
- ⊙ Riesgo de violencia.
- ⊙ Riesgo de ser víctima de maltrato infantil.
- ⊙ Riesgo de ser víctima de abuso de ancianos.
- ⊙ Riesgo de ser víctima de la violencia de pareja íntima.
- ⊙ Riesgo de ser víctima de negligencia.
- ⊙ Riesgo de ser víctima de negligencia infantil.
- ⊙ Riesgo de ser víctima de negligencia de ancianos.
- ⊙ Víctima de abuso infantil.
- ⊙ Víctima de negligencia infantil.
- ⊙ Víctima de abuso de ancianos.
- ⊙ Víctima de negligencia de ancianos.
- ⊙ Víctima de la violencia de pareja íntima.
- ⊙ Víctima de agresión sexual.

Otras alternativas de abordaje a la familia, tienen que ver con la manera como se reconoce la familia, ya sea desde un enfoque teórico, de su contexto social o desde una disciplina determinada que metodológicamente no discrepa del proceso de enfermería, pero que, a partir del análisis de la situación familiar valorada, se determina un plan de acción,

guiado por esa mirada y en consenso con la familia, se organicen y se realicen las acciones pertinentes relacionadas con la salud de la familia.

Desde un enfoque teórico es importante saber que, en enfoques teóricos, se tiene en cuenta un marco referencial para abordar la familia, por ejemplo:

- ⊙ Teoría de sistemas de Von Bertalanffy.
- ⊙ Teoría del desarrollo de Evelyn Duval.
- ⊙ Teoría ecológica de Uriel Bronfenbrenner.
- ⊙ Teoría de *stress* de Reuben Hill.
- ⊙ Modelo circuplejo de Olson.
- ⊙ Teorías y modelos de enfermería (Martha Rogers, Marie Louse Friddemann, etc.).

Los enfoques de estas teorías guían el plan de acción, a partir del análisis de la situación familiar valorada, que, en consenso con la familia, determinan las acciones pertinentes relacionadas con la salud de la familiar.

Intervención familiar en educación

Este tipo de intervención le permite a enfermería establecer planes de cuidado, enfocados a promover en la familia acciones de autocuidado y adopción de estilos de vida saludable, que permitan potenciar el estado de salud de los miembros mediante las siguientes actividades:

- ⊙ Motivar y facilitar la adopción, estilo y hábitos de vida saludables.
- ⊙ Desarrollar actividades de prevención y detección temprana (primaria, secundaria y terciaria).
- ⊙ Ejecutar acciones de promoción de la salud, ayudando a la familia a formar el autocuidado.
- ⊙ Gestionar y servir de enlace entre la familia y los servicios de salud.
- ⊙ Ser consultora, para permitirle a la familia identificar y facilitar el acceso a los recursos de salud.
- ⊙ Fortalecer a la familia como red de apoyo fundamental para el desarrollo individual de los miembros.
- ⊙ Gestionar con el equipo interdisciplinario las intervenciones en salud según necesidades de la familia.

Seguimiento familiar

Una vez enfermería realice las acciones para la intervención familiar, tanto terapéuticas como educativas, debe realizar seguimiento periódico para actualizar las novedades de la familia y realizar la evaluación de la dinámica y función familiar. Desarrollando las acciones de información, educación y comunicación.

En necesario para este seguimiento realizar priorización baja, media o alta, para determinar el tiempo y tipo de intervención, según como se menciona en el instrumento escala de valoración de vulnerabilidad familiar (imagen 3).

En la figura 13 se describe el paso a paso de la propuesta de intervención para la familia, realizada por enfermería.

Reflexiones finales

La familia es concebida como la unidad integradora de la sociedad, contribuyendo a la construcción de la convivencia social. Al ser tan importante, su abordaje se debe centrar en la protección y desarrollo de todos sus miembros, debido a que el estado de salud de un miembro de la familia y su reacción frente a la enfermedad o cualquier evento negativo en la salud influye en el estado de salud de todos los miembros, impactando negativamente sobre toda la familia.

Siendo así, que el profesional de enfermería tiene la función de generar intervenciones familiares concretas para el establecimiento de estrategias que le permitan a la familia la transformación de los riesgos en oportunidades de mejora, que potencien el estado de salud de todos los miembros de la familia. El cuidado de enfermería familiar se orienta a reconocer la familia como un determinante social importante para la definición y orientación del desarrollo de cada integrante de la familia; sin desconocer que la salud en la familia debe ser prevista desde la concepción de curso de vida, en la que se reconozcan la acumulación de experiencias de las personas a largo de su vida y como estas influyen en los estados de salud de la familia.

Por otro lado, para el profesional de enfermería, la promoción, el mantenimiento y restauración de la salud en las familias, son significativos para garantizar la conservación de la familia en sociedad, concibiendo a la familia como base y esencia del proceso.

Desde esta perspectiva, el profesional de enfermería debe estar capacitado para promover en las familias la cooperación y el apoyo mutuo; propiciar formas de ajuste a las diferentes situaciones a las que se deben enfrentar en el transcurso de la vida y fomentar en las familias el cuidado de sus propios miembros.

Un gran reto que tiene el profesional de enfermería en el cuidado de la salud familiar es romper los paradigmas de concebir a las personas y sus familias como seres pasivos en

la atención y el cuidado, en los que los únicos escenarios de cuidado son las instituciones de salud. El llamado es a ampliar los horizontes y estimular a las personas y sus familias a participar activamente de su proceso de salud y bienestar.

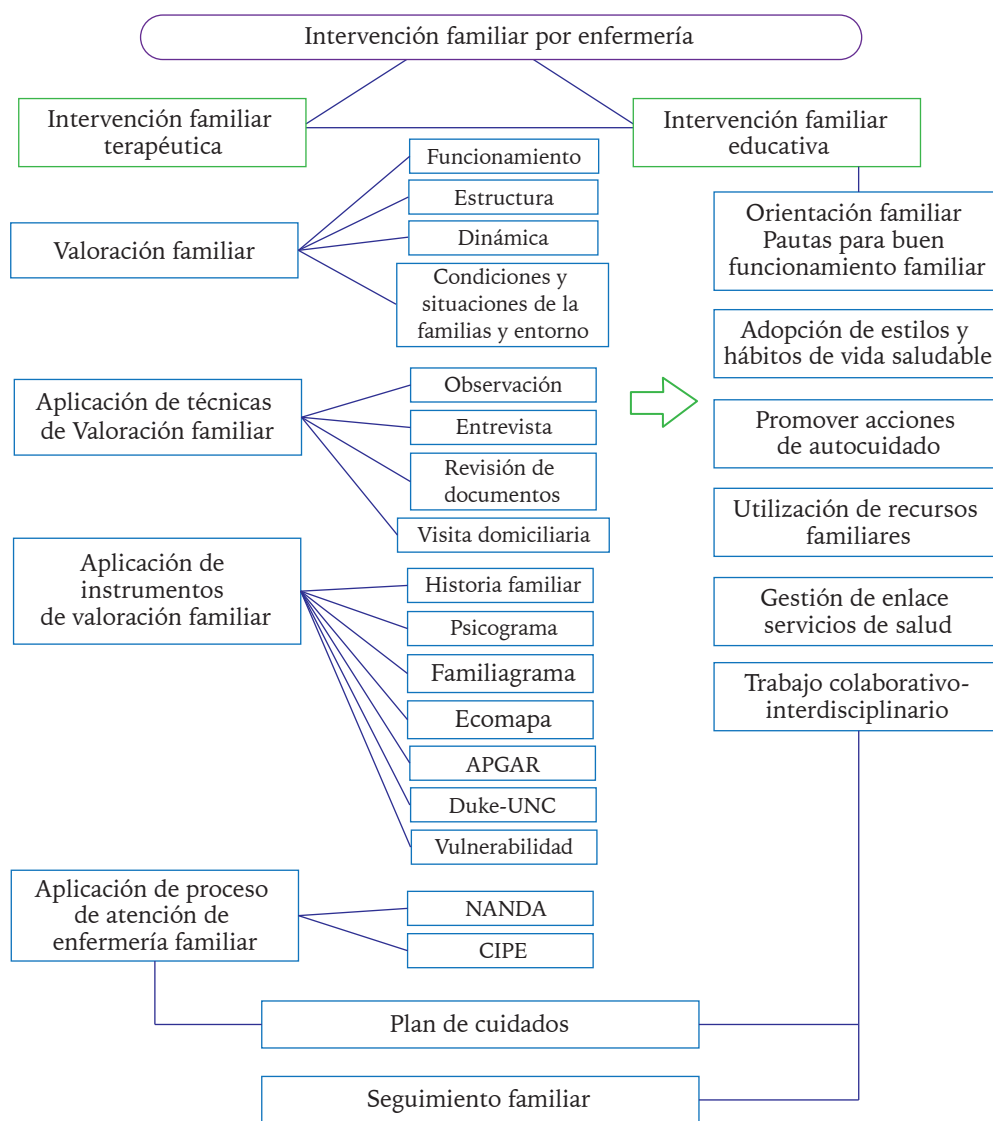


Figura 13.
Intervención familiar por enfermería.

Fuente: elaboración propia.

Bibliografía

- Académico, C. (2005). Conceptos Básicos para el Estudio de las Familias. *Archivos de Medicina familiar*, 7(1), 15-19.
- Actualización en enfermería. (s. f.). NANDA, NIC, NOC, metodología enfermera. Recuperado de <http://enfermeriaactual.com/metodologia-enfermera/7>
- Aguayo, E., y Rojas, V.. (2008). *Manual de apoyo a la implementación del Modelo de Atención Integral con Enfoque familiar y comunitario en establecimientos de la Red de Salud*. Santiago de Chile: Ministerio de Salud Chile.
- Alegre Palomino, Y., y Suárez Bustamante, M. (2006). *Instrumentos de atención a la familia*. *Revista RAMPA*, 1(1): 48-57.
- Palomino, Y., & Suárez, M. (2006). Instrumentos de Atención a la Familia: El Familiograma y el APGAR familiar. *RAMPA 2006*; 1 (1): 48, 57.
- Ascanio Noreña, C. (2017). *Diplomado Salud Familiar*. Bogotá: Fundación Universitaria del Área Andina. Acofaen.
- Ascofame - Asociación Colombiana de Facultades de Medicina. (2008). *Fundamentos Salud Familiar*. Bogotá: Ascofame.
- Blanco, M. (2011). El enfoque del curso de vida: orígenes y desarrollo. *Revista Latinoamericana de Población*, 5(8), 5-31.
- Celade – Cepal. Sistemas de Indicadores Sociodemográficos de Población. Recuperado de http://celade.cepal.org/redatam/PRYESP/SISPPI/Webhelp/helpspsi.htm#viviendas_en_situacion_de_hacinamiento.htm
- Congreso de Colombia. Ley 387/1997. Desplazamiento Forzado. Recuperado de http://www.secretariassenado.gov.co/senado/basedoc/ley/1997/ley_0387_1997.html
- Constitución Política de Colombia, C. P. (1991). 116 Gaceta Constitucional, 20 de julio de 1991.
- De la Revilla, L. (1994). *Conceptos e Instrumentos de la atención familiar*. Barcelona: DOYMA.
- Donati, P. (2003). *Manual de sociología de la familia*. Barañain: Eunsa.
- Elder, G. (1999). The Life Course and Aging: Some Reflections [El curso de vida y el envejecimiento: Algunas reflexiones]. *University of North Carolina at Chapel Hill*. Recuperado de https://www.researchgate.net/publication/242079200_The_Life_Course_and_Aging_Some_Reflections.

- Garza Elizondo, T., y Gutiérrez Herrera, R. F. (2015). *Trabajo con familias: abordaje médico e integral*. México, D. F.: Manual moderno.
- Gómez, E., y Kotliarenco, M. A. (2010). Resiliencia Familiar: un enfoque de investigación e intervención con familias multiproblemáticas. *Revista de psicología*, 19(2), 103-131.
- Hartman, A. (1978). Diagrammatic assesment of family relationships. *Social Casework*, 59(8), 465-476. DOI: <https://doi.org/10.1177/104438947805900803>
- Hite, S. (1995). *Informe Hite sobre la familia*. Barcelona: Paidós Ibérica.
- Horwitz, N., Florenzano, R., y Ringeling, I. (1985). Familia y salud familiar. Un enfoque para la atención primaria. *Boletín de la Oficina Sanitaria Panamericana*, 98, 144-154.
- Lima Rodríguez, J. S., Lima Serrano, M., y África, S. B. (2009). Intervenciones enfermeras orientadas a la familia. *Enfermería Clínica*. 19(5), 280-283. DOI: 10.1016/j.enfcli.2009.05.001.
- López Romero, M. A. (2016). *Equivalencia semántica entre diagnósticos de la taxonomía NANDA-I*. Madrid: Universidad Complutense de Madrid.
- Maganto, C. (2004). La familia desde el punto de vista sistémico y evolutivo. Capítulo 1. En C. Maganto, *Mediación familiar* (p. 283). San Sebastian: Universidad del País Vasco.
- Marshall, V. W., & Mueller, M. M. (2003). Theoretical roots of the life-course perspective. *Social dynamics of the life course*, 3, 3-32.
- Maya, L. (2006). *Los estilos de vida saludables: Componentes de la calidad de vida*. [Internet]. Bogotá: Fundación Latinoamericana de Tiempo Libre y Recreación Funlibre. Recuperado de http://www.funlibre.org/documentos/lemaya1.htm#Uso_apropiado_del_documento
- Medalie, J. (1987). *Medicina familiar. Principios y prácticas*. México, D. F.: Noriega editores.
- Meillet, A., & Ernout, A. (1931). *Dictionnaire étymologique de la langue latine*. París: Imprimerie Durand.
- Ministerio de Salud y Protección Social. (2015). *Grupo curso de vida. Dirección de promoción y Prevención*. Recuperado de <https://www.minsalud.gov.co/proteccionsocial/Paginas/cicloVida.aspx>
- Minuchin, S., y Fishman, H. C. (1984). *Técnicas de terapia familiar*. Barcelona: Paidós.
- Molas Sanna, B. (2005). De la teoría a la práctica. El pensamiento de Virginia Henderson en el siglo XXI, de Luis Rodrigo M^a T, Fernández Ferrín C., Navarro Gómez V. *Enfermería Global*, 4(2). DOI: <https://doi.org/10.6018/eglobal.4.2.489>
- NANDA Internacional. (2015). *Diagnósticos enfermeros, definición y clasificación 2015-2017*. Barcelona: Elsevier
- Nichols, W., & Everett, C. (1986). *Systemic Family Therapy*. New York: Guilford.
- Palacios, J., y Rodrigo, M. J. (1998). *Familia y desarrollo humano*. Madrid: Alianza.
- Pinto, N. (2010). *Cuidando a las personas con enfermedad crítica*. Bogotá: Universidad Nacional.

- Polit, D, y Hungler, B. (2000). *Investigación científica en ciencias de la salud. Principios y métodos*. México, D. F.: Mc Graw-Hill Interamericana.
- Ramos Calero, E. (2002). *Enfermería Comunitaria: Métodos y técnicas*. Madrid: DAE Enfermería.
- Real Academia Española, (1956). *Diccionario de la lengua española* (No. 463 R4). Madrid: Espasa-Calpe.
- Secretaría Distrital de Salud Bogotá. (2011). Programa Salud a su casa. Anexo Caracterización e identificación de vulnerabilidad familiar.
- Secretaría de Salud de Risaralda. (2013). Enfermedades transmitidas por vectores. Recuperado de <http://www.risaralda.gov.co/sitio/salud/index.php/mapa-del-sitio/7>
- Sinche, E. E., y Suárez Bustamante, M. (2006). Introducción al estudio de la dinámica familiar. *Cadec Rampa*, 1(1), 38-47.
- Smilkstein, G. (1978). The Family APGAR: A proposal for family function test and its use by physicians. *The Journal of Family Practice*, 6(6), 1231-1239.
- Speck, R., Attreave, C. (1973). *Redes Familiares*. Buenos Aires: Amorrortu editorial.
- Stefano Gennarini, JD. (2016). Informe de la ONU: No hay definición de familia. Recuperado de https://c-fam.org/friday_fax/informe-de-la-onu-no-hay-definicion-de-familia/
- Suárez Cuba, M. A. (2011). *Identificación y utilidad de las herramientas para evaluar el apoyo social al paciente y al cuidador informal*.
- Universidad de Antioquia. (2016). Historia Proceso de Enfermería. Recuperado de Aprende en línea. Plataforma académica para pregrado y posgrado. <http://aprendeonline.udea.edu.co/lms/moodle/mod/page/view.php?id=61913>
- Vallejo, G. (1998). Manual del residente de medicina familiar y comunitaria. Madrid: Semfic.
- Wright, L. M., & Leahey, M. (1990). Trends in nursing of families. *Journal of Advanced Nursing*, 15(2), 148-154.
- Zaldívar Pérez, D. (s. f.). Funcionamiento familiar saludable. Recuperado de http://www.sld.cu/galerias/pdf/sitios/rehabilitacion-temprana/funcionamiento_familiar.pdf

Este libro se terminó de imprimir y encuadernar en Proceditor en mayo de 2020. Fue publicado por la Fundación Universitaria del Área Andina. Se empleó la familia tipográfica Raleway

El cuidado de la familia va más allá de los fundamentos teóricos y conceptuales, la reflexión y el análisis crítico, recoge diferentes miradas que invitan a una construcción colectiva del cuidado familiar mediante el diálogo de saberes. Este libro es un primer acercamiento para esta construcción, expone el resultado de revisiones, experiencias y trabajos de investigación que han realizado las autoras.

El libro consolida varias formas de abordar la familia, dando orientaciones para el cuidado de la familia a partir de reflexiones y descripciones conceptuales de componentes familiares y el cuidado de enfermería a la familia, los cuales sirven de insumo en la valoración familiar y el abordaje de la familia por parte de la enfermera o enfermero. Así mismo, es un aporte en la formación de los profesionales de enfermería.

ISBN: 978-958-5139-03-9



AREANDINA
Fundación Universitaria del Área Andina