

JOANNE E. HALL  
BARBARA REDDING WEAVER

1a. edición en español

**ENFERMERIA EN SALUD  
COMUNITARIA:  
*UN ENFOQUE DE SISTEMAS***



# **ENFERMERIA EN SALUD COMUNITARIA: UN ENFOQUE DE SISTEMAS**



# ENFERMERIA EN UN ENFOQUE

SEGUNDA EDICION

JOANNE E. HALL, R.N., Ph.D.

*Professor of Nursing, The Oregon Health Sciences University*

BARBARA REDDING WEAVER, R.N., M.S.

*Professor of Nursing, Capital University, Columbus, Ohio*

y 35 colaboradoras

Publicación de la  
ORGANIZACIÓN PANAMERICANA DE LA SALUD  
Oficina Sanitaria Panamericana, Oficina Regional de la  
ORGANIZACIÓN MUNDIAL DE LA SALUD  
525 Twenty-third Street, N.W.  
Washington, D.C. 20037, E.U.A.  
1990

# SALUD COMUNITARIA: DE SISTEMAS



**Copyright © Organización Panamericana de la Salud 1990**  
**ISBN 92 75 32027 6**  
**1a. edición en español**

Todos los derechos reservados. Ninguna parte de esta publicación puede ser reproducida o transmitida en ninguna forma y por ningún medio electrónico, mecánico, de fotocopia, grabación u otros, sin permiso previo por escrito de la Organización Panamericana de la Salud.

Publicado bajo licencia de: Harper & Row, Publishers, Inc.  
New York, New York, U.S.A.

Copyright © 1985, por J.B. Lippincott Company. Todos los derechos reservados; ninguna parte de este libro se podrá utilizar ni reproducir en forma alguna sin previo consentimiento por escrito, salvo en el caso de citas breves incluidas en artículos y revistas críticas. Para cualquier información, escribir a J.B. Lippincott Company, East Washington Square, Filadelfia, Pensilvania 19105.

35642

**Catalogación de la Biblioteca del Congreso de la Información correspondiente a las publicaciones**

Distributive nursing practice.

Incluye bibliografía e índice.

1. Community health nursing. 2. Nursing-Philosophy.
3. System analysis. I. Hall, Joanne E. II. Weaver, Barbara R. [DNIM: 1. Nursing. 2. Nursing Care. WY 100 D614]

RT98. D57 1985 610.73'43 84-12197

ISBN 0-397-54365-4

*“Este libro está especialmente destinado a los estudiantes de América Latina y se publica dentro de los programas de educación de la Organización Panamericana de la Salud, organismo internacional constituido por los países de las Américas, para la promoción de la salud de sus habitantes. Se deja constancia de que este programa está siendo ejecutado con la cooperación financiera del Banco Interamericano de Desarrollo”.*

# PREFACIO

La preocupación más importante de los educadores de enfermería es el reto de preparar estudiantes con una educación dirigida a la práctica en el mundo actual y en los años venideros. Debemos ayudar a los estudiantes a que sean capaces de tratar más eficazmente no sólo con individuos sino también con poblaciones de gente: poblaciones en riesgo debido a la etapa en que se encuentran del ciclo vital, grupos vivos, ocupación, estilo de vida, necesidades comunitarias y de salud-enfermedad. Si vamos a hacer el mejor uso de nuestro tiempo y capacidades, debemos igualmente desarrollar métodos que nos permitan llegar a todos los individuos de una población, tanto a los que buscan ayuda como a los que no lo hacen. El hecho de cambiar el enfoque desde el interés primario por el individuo al interés por una población determinada, no niega las necesidades individuales. Antes bien, pone énfasis en que, sólo a través de un interés por todos, podemos asegurar que cada individuo recibirá el cuidado que necesita. Sólo podemos entender a los seres humanos y ayudarles a que logren el potencial máximo de salud, cuando los veamos como partes interrelacionadas e interdependientes de un todo mayor.

Ninguno de nosotros es capaz de predecir el futuro con certeza, pero no vamos a discutir aquí si los movimientos y las presiones sociales que parten de los consumidores han puesto en movimiento procesos de cambio a lo largo del amplio sistema de la distribución del cuidado de la salud, incluida la enfermería. El interés creciente por las poblaciones, los grandes cambios de los patrones socioeconómicos bajo los que se rige la nación, los paradigmas emergentes de la ciencia y la interacción humana,

y una conciencia en rápida expansión de nuestra relación con el ecosistema global, son los elementos principales que influyen en la enfermería. Más importante aún, la gente está desarrollando en todas partes una conciencia más profunda acerca de quiénes somos, y lo que somos en esta vida es el resultado de las elecciones que hacemos individual y colectivamente y esas elecciones, realizadas en cualquier nivel, afectan a la totalidad. Por todo eso, proponemos que el marco de referencia para la práctica de la enfermería que mejor capacite a la enfermera para hoy y para el futuro es el de los sistemas generales. El de sistemas generales es el término más apropiado porque promueve una filosofía esperanzadora de la enfermería que reconoce el cambio, el crecimiento, y el aprendizaje como posibles gracias a la interrelación esencial de todos los sistemas vivos y no-vivos.

Este libro está dirigido a las estudiantes no graduadas todavía y a las ya graduadas y que están siguiendo cursos de enfermería en salud comunitaria. Creemos también que puede ser apropiado para aquellas estudiantes que están cursando enfermería de cuidado primario y de cuidado agudo, debido al énfasis que se ha puesto sobre los sistemas humanos. Las estudiantes de cursos que tienen que ver con enfoques conceptuales para la enfermería y el desarrollo de teoría, pueden encontrar igualmente útil este libro. Las enfermeras practicantes encontrarán en él una herramienta utilísima.

Esta segunda edición de *Práctica de la enfermería distributiva* representa la revisión amplia de su contenido anterior y la adición de abundante material nuevo. La parte primera, *Introducción*, describe la práctica de la enfermería distributiva, establece la filosofía que sirvió de guía a las autoras para la preparación del libro, y ofrece al lector una visión de los problemas más importantes en el cuidado de la salud distributiva.

La parte cuarta, *Bases conceptuales para la intervención de la enfermería con los sistemas humanos*, contiene capítulos nuevos sobre la intervención con individuos, intervención con familias, e intervención con organizaciones complejas. Los capítulos sobre intervención con grupos y comunidades han sido revisados.

La parte cuarta, *Bases conceptuales para la intervención de la enfermería con los sistemas humanos*, contiene capítulos nuevos sobre la intervención con individuos, intervención con familias, e intervención con organizaciones complejas. Los capítulos sobre intervención con grupos y comunidades han sido revisados.

La parte quinta, *Enfoques sistemáticos para la práctica de la enfermería*, representa un área importante de revisión y expansión del contenido. Los capítulos sobre el enfoque del entorno, preventivos, de estilo de



vida, transculturales, de organización comunitaria, y evaluativos, son totalmente nuevos en esta edición. El capítulo sobre el enfoque de investigación fue revisado y corregido.

La parte sexta, *Aplicaciones clínicas*, contiene 19 capítulos, 10 de los cuales fueron escritos especialmente para esta edición. Los otros 9 son en nuestra opinión bastante clásicos y se actualizaron a partir de la primera edición.

Los fines específicos de este libro son ayudar a la enfermera a (1) usar una perspectiva de sistemas, incorporando teorías relevantes como una base conceptual para la intervención de la enfermería con poblaciones específicas; (2) usar los componentes de la práctica de la enfermería independientemente y en forma colaboradora para promover, mantener, y restituir la salud, prevenir la enfermedad, y facilitar el aprendizaje que tenga importancia para la conducta relacionada con la salud; (3) desarrollar roles profesionales que faciliten el desempeño de los servicios de salud en una forma culturalmente aceptable para optimizar formas de vida sana para poblaciones específicas; y (4) mayor desarrollo de las características personales y profesionales que faciliten un buen funcionamiento como personas-enfermeras-alumnas-ciudadanas.

Los términos “el” y “su” se usan a lo largo del texto como pronombres impersonales para mejor comprensión y no tienen otro propósito.

Nos complace compartir con nuestros lectores esta obra, que representa nuestra propia concepción de lo que constituye la marcha hacia adelante y la contribución potencial de la enfermería a la salud y el bienestar de toda la gente. Los cambios que ocurren en la enfermería son apasionantes, penetrantes y poderosos y así continuarán siéndolo en lo futuro. Por todo ello, tenemos la certeza de que nuestra forma de pensar se ampliará muy pronto más allá de todo lo aquí expuesto.

Nuestro agradecimiento para Kathi Weaver, Sue Appel, Adele Weaver, Doris Hamilton, Merlene Lorenz, y Elisa Firth, por su ayuda en la preparación de este libro.

*Joanne E. Hall, R.N., Ph.D.*  
*Barbara Redding Weaver, R.N., M.S.*

# COLABORADORAS

Andrea Ayvazian, R.N., M.S.N.  
Peace Development Fund  
Amherst, Massachusetts

Sheryl T. Boyd, R.N., Ph.D.  
Associate Professor of Nursing  
The Oregon Health Sciences University  
Portland, Oregon

Marie Scott Brown, R.N., Ph.D.  
Professor of Nursing  
The Oregon Health Sciences University  
Portland, Oregon

Angela Supplee Chesser, R.N., M.S.  
Center for Nursing Research  
The Ohio State University  
Columbus, Ohio

Julie Crane, S.P., R.N.  
Sisters of Providence Health Care for  
the Homeless  
Springfield, Massachusetts

Mary Ann Curry, R.N., D.N.Sc.  
Associate Professor of Nursing  
The Oregon Health Sciences University  
Portland, Oregon

S. Lynn Didlick; R.N., C.N.A.A.,  
M.S.N.  
Director of Nursing Administration  
Kaiser Sunnyside Medical Center  
Clackamas, Oregon

Helen M. Dylag, R.N., M.S.  
Clinical Nurse Specialist  
Marymount Hospital Mental Health  
Center  
Garfield Heights, Ohio

Eileen Figge, R.N., B.S.  
Director, Home Health Service  
Community Health and Nursing Services  
Columbus, Ohio

JoAnn Geary, C.S.J., R.N., M.N.  
Nurse Practitioner  
Carterville, Georgia

Teresa F. Graedon, Ph.D.  
Medical Anthropologist  
Durham, North Carolina

Joanne E. Hall, R.N., Ph.D.  
Professor of Nursing  
The Oregon Health Sciences University  
Portland, Oregon

S. Kay Hart, R.N., Ph.D.  
Associate Professor of Nursing  
University of Virginia  
Charlottesville, Virginia

Pamela R. Herriott, R.N., M.S.N.  
Psychiatric Nurse Clinical Specialist  
North Carolina Memorial Hospital  
Chapel Hill, North Carolina

Carol C. Hogue, R.N., Ph.D.  
Associate Professor of Nursing  
Duke University  
Durham, North Carolina

Deborah Heiple Hoy, R.N., M.S.  
Instructor of Nursing  
Capital University  
Columbus, Ohio

Marcia G. Killien, R.N., Ph.D.  
Lecturer, Perinatal Nurse Specialist  
Program  
University of Washington  
Seattle, Washington

Celia Lamper, R.N., M.S.N., P.N.P.  
Geriatric Nurse Practitioner  
Madison Geriatric Clinic  
Methodist Hospital  
Madison, Wisconsin

Mary G. MacVicar, R.N., Ph.D.  
Associate Professor of Nursing  
The Ohio State University  
Columbus, Ohio

Edna M. Menke, R.N., Ph.D.  
Associate Professor of Nursing  
The Ohio State University  
Columbus, Ohio

Patricia R. Morris, R.N., M.S.N.  
Principal  
ANCER, Inc.  
Columbus, Ohio

Loretta Nowakowski, R.N., Ph.D.  
Associate Professor of Nursing  
University of Pittsburgh  
Pittsburgh, Pennsylvania

Charlene Ossler, R.N., Dr.P.H.  
Associate Professor of Nursing  
Joanna Johnson Endowed Chair  
for Occupational Health Nursing  
University of Wisconsin  
Milwaukee, Wisconsin

Sharon Parker-Etter  
Associate Professor of Nursing  
Capital University  
Columbus, Ohio

Patricia Schwirian, R.N., Ph.D.  
Professor of Nursing  
The Ohio State University  
Columbus, Ohio

Kathleen Sexton-Stone  
Assistant Professor of Nursing  
The Ohio State University  
Columbus, Ohio

Vicki Sherrow, R.N., M.S.  
Psychiatric-Mental Health Clinical  
Specialist  
Greensboro, North Carolina

Grayce M. Sills, R.N., Ph.D.  
Professor of Nursing  
The Ohio State University  
Columbus, Ohio

Shirley A. Smoyak, R.N., Ph.D.  
Professor of Nursing  
Rutgers-The State University of  
New Jersey  
Newark, New Jersey

Anne Mandetta Stammer, R.N., M.S.N.  
Lecturer of Nursing  
Duke University  
Durham, North Carolina

Phyllis J. Waters, R.N., M.S.N.  
Principal  
ANCER, Inc.  
Columbus, Ohio

Barbara Redding Weaver, R.N., M.S.  
Professor of Nursing  
Capital University  
Columbus, Ohio

Caroline McCoy White, R.N., Dr.P.H.  
Professor of Nursing  
Memorial University of Newfoundland  
St. John's, Newfoundland

Eleanor M. White, R.N., M.S.  
Associate Clinical Professor of Nursing  
Duke University  
Durham, North Carolina

Susan J. Will, R.N., M.S.  
Program Administrator  
Community Mental Health Services  
Division of Mental Health and  
Developmental Disabilities  
Department of Health and Social  
Services  
Juneau, Alaska

Bernice M. Wilson, R.N., M.S.  
Nursing Consultant  
Columbus, Ohio

Mary Ellen Yahle, R.N., M.S.N.  
Psychiatric-Mental Health Clinical  
Specialist  
Milwaukee Psychiatric Hospital  
Milwaukee, Wisconsin

# INDICE DE CAPITULOS

*Prefacio v*  
*Colaboradoras ix*

## PRIMERA PARTE INTRODUCCION

- 1 La práctica de la enfermería distributiva 3  
BARBARA REDDING WEAVER

*Enfermería distributiva 4*  
*La naturaleza de los seres humanos 4*  
*Salud 5*  
*Cuidado de la salud 5*  
*Aprendizaje para modos de vida sana 6*

*La enfermería como un proceso 7*  
*Operacionalización de la enfermería distributiva 7*  
*Practicantes de enfermería 8*  
*Expectativas de la practicante 9*  
*Referencias 9*

- 2 Problemas del cuidado de la salud distributiva 11  
BARBARA REDDING WEAVER

*Gente sana 12*  
*Un enfoque alternativo 14*  
*Metas y estrategias de salud para el Hemisferio Occidental 16*

*Más allá del modelo biomédico 17*  
*Referencias 18*



SEGUNDA PARTE CONCEPTOS BASICOS PARA LA PRACTICA  
DE LA ENFERMERIA

3 Una perspectiva general de sistemas para enfermería 23

GRAYCE M. SILLS y JOANNE E. HALL

*Un panorama de los conceptos  
generales de sistemas 24*

*Definición y características  
de los sistemas 24*

*El proceso del sistema 25*

*Funciones de mantenimiento  
de fronteras como proceso 27*

*Estados de sistemas como proceso 28*

*La retroalimentación como proceso 30*

*La aplicación de los conceptos  
generales de sistemas 30*

*Referencias 32*

4 Organización social 34

JOANNE E. HALL

*Estructura social 34*

*Organización social 36*

*Contexto interaccional de  
la organización social 37*

*Los orígenes de la organización  
social 39*

*Los principios de la organización 40*

*Sistema social 42*

*Los elementos estructurales de los  
sistemas sociales 43*

*Clases de sistemas sociales 46*

*Referencias 48*

5 Persistencia, cambio, y crisis 50

EDNA M. MENKE

*Cambio y persistencia 50*

*Crisis e intervención de crisis 56*

*Implicaciones en la intervención de  
enfermería 61*

*Referencias 64*

6 Asistencia social 66

CAROL C. HOGUE

*¿Qué es la asistencia social? 69*

*La medición de la asistencia social 79*

*Implicaciones clínicas 84*

*Referencias 87*

*Bibliografía 91*

TERCERA PARTE LA ENFERMERIA COMO UN PROCESO

7 Destrezas básicas para la práctica de la enfermería 95

JOANNE E. HALL

*La naturaleza del proceso 95*

*Referencias 113*

*Destrezas básicas del proceso 96*

8 Componentes de la práctica de la enfermería: un enfoque de sistemas 115

S. KAY HART y PAMELA R. HERRIOT

*Un proceso de valoración de sistemas 116*

*Proceso de evaluación de sistemas 132*

*Referencias 138*

*El proceso de la intervención de sistemas 124*

9 Destrezas de cambio para la práctica de la enfermería 140

JOANNE E. HALL

*Clases de cambios 140*

*Calidad de la interrelación de las destrezas de proceso 154*

*Nivel de intervención 143*

*Referencias 154*

*Destrezas de cambio 144*

*Bibliografía 155*

CUARTA PARTE BASES CONCEPTUALES PARA LA INTERVENCION DE LA ENFERMERIA CON LOS SISTEMAS HUMANOS

10 Bases conceptuales para la intervención de la enfermería con los individuos 161

EDNA M. MENKE

*El ser humano 163*

*Implicaciones para la intervención de enfermería 177*

*Sí mismo 168*

*Referencias 181*

*El rol 173*

11 Base conceptual para la intervención de la enfermería con las familias 184

SHERYL T. BOYD

*La familia como un sistema 184*

*Un marco ecléctico 198*

*La enfermería familiar basada en marcos teóricos 186*

*Referencias 199*

- 12 Base conceptual para la intervención de enfermería con grupos 201  
ELEANOR M. WHITE

*Los grupos como sistemas y subsistemas 202*

*Liderazgo y cuestiones de autoridad 226*

*Fases del desarrollo del grupo 230*

*Patrones emergentes de la intervención de grupo por las enfermeras 236*

*Referencias 238*

*Bibliografía 239*

- 13 Bases conceptuales para la intervención de enfermería con las organizaciones complejas 240  
JOANNE E. HALL

*Modelo para valorar organizaciones complejas 242*

*Intervención organizacional 265*

*Evaluación 273*

*Referencias 274*

*Bibliografía 275*

- 14 Base conceptual para la intervención de enfermería con las comunidades y sociedades 277  
BARBARA REDDING WEAVER

*Orígenes de la comunidad 278*

*Dimensiones del significado 279*

*La comunidad como sistema 280*

*La sociedad como sistemas 288*

*Referencias 289*

#### QUINTA PARTE ENFOQUES SISTEMATICOS PARA LA PRACTICANTE DE ENFERMERIA

- 15 Un enfoque de entorno para la práctica de la enfermería 293  
MARCIA G. KILLIEN

*La perspectiva de entorno 294*

*Entornos: tipología y definiciones 296*

*Interacción persona-entorno 298*

*Uso de una perspectiva de entorno en la práctica 304*

*Referencias 309*

*Bibliografía 311*

- 16 Un enfoque preventivo para la práctica de la enfermería 313  
CHARLENE C. OSSLER

*Definiciones de salud 314*

*Modelo epidemiológico de enfermedad 316*

*Niveles de prevención 319*

*Investigación de los factores de riesgo 320*

*Roles de las enfermeras en la prevención 322*

*Referencias 323*

- 17 Un enfoque epidemiológico para la práctica de la enfermería distributiva 324  
CAROL C. HOGUE

*Epidemiología: definición y desarrollo 324*

*Métodos epidemiológicos para la práctica de la enfermería distributiva 327*

*El modelo de intervención de grupo 328*

*Referencias 341*

*Bibliografía 342*

- 18 Un enfoque de estilo de vida para la práctica de la enfermería 343  
BERNICE M. WILSON

*Salud y enfermedad 344*

*Etapas de la promoción de la salud 345*

*Influencias societarias sobre la conformación del estilo de vida 348*

*Nuevos paradigmas y el sistema personal 351*

*Referencias 355*

- 19 Un enfoque transcultural para la práctica de la enfermería 357  
TERESA F. GRAEDON

*Cultura y sistemas humanos 358*

*Guía de la valoración transcultural 370*

*Referencias 375*

- 20 Un enfoque de comunidad para la práctica de la enfermería 377  
CAROLINE McCOY WHITE

*La perspectiva de sistemas como fuente de dirección para la práctica 378*

*Definición de comunidad en un enfoque de comunidad 380*

*Proceso de la práctica de enfermería con un enfoque de comunidad 381*

*Intervención en comunidades: estrategias de organización de la comunidad 384*

*La necesidad de investigación y el desarrollo de la teoría 390*

*Referencias 391*

- 21 Un enfoque evaluativo para la práctica de la enfermería 392  
PATRICIA M. SCHWIRIAN

*Investigación de la  
evaluación 392*

*El enfoque evaluativo en  
acción 394*

*Aplicación del modelo de  
evaluación 395*

*Referencias 399*

- 22 Un enfoque de abogacía para la práctica de la enfermería 400  
LORETTA NOWAKOWSKI

*El paso de la pasividad a la acción  
(desechar el rol de enfermo por el  
de sano) 403*

*La puesta en práctica de las ideas 405*

*Evaluación del enfoque 411*

*Referencias 412*

*Bibliografía 412*

- 23 Un enfoque de investigación para la práctica de la enfermería 413  
MARY G. MacVICAR y EDNA M. MENKE

*Definición de investigación 414*

*El proceso de la investigación 415*

*Desarrollo de un proyecto de  
investigación para estudiar el  
impacto del cáncer en el  
esposo masculino sobre la  
familia 416*

*Descripción del diseño de  
investigación 419*

*Resumen del proceso de  
investigación 423*

*Desarrollo de un proyecto de  
investigación para estudiar la  
percepción infantil de estrés  
en el hospital 424*

*Resumen 429*

*Referencias 430*

## SEXTA PARTE APLICACIONES CLINICAS

- 24 Planificación familiar en una escuela para muchachas embarazadas:  
Desarrollo de un marco conceptual para la práctica 433  
ANNE MANDETTA STAMMER

*El contexto 433*

*Desarrollo del marco conceptual 437*

*Referencias 450*

*Bibliografía 450*



- 25 Embarazos de alto riesgo 451  
MARY ANN CURRY
- Antecedentes 452*  
*Respuestas a la hospitalización prenatal 454*
- Sugerencias para el cuidado 460*  
*Referencias 463*
- 26 El centro de alumbramiento y la curación familiar 466  
ANDREA AYVAZIAN
- Cuidado de maternidad centrado en la familia 466*  
*La curación familiar 468*
- Ejemplo clínico 469*  
*Referencias 470*
- 27 Participación en el cuidado de salud materna e infantil 471  
MARIE SCOTT BROWN
- Modelo para identificar problemas e intervenciones de salud 472*
- Aplicación del modelo a la salud materna e infantil 476*  
*Patrones de participación 480*  
*Referencias 483*
- 28 Los estudiantes universitarios: una población en riesgo 484  
CELIA LAMPER
- La migraña 485*  
*La población 488*  
*Marco teórico de referencia 488*
- Conclusiones 498*  
*Referencias 499*  
*Bibliografía 499*
- 29 El abuso de drogas: una preocupación comunitaria 501  
NAGELA SUPPLEE CHESSER
- Referencias 510*
- Bibliografía 510*
- 30 Los hogares: un entorno natural para la terapia familiar 511  
SHIRLEY A. SMOYAK
- Ventajas 513*  
*Desventajas 519*
- Discusión 523*  
*Referencias 524*

- 31 La agencia de salud domiciliaria: un enfoque de manejo de caso hacia el cuidado del cliente 525  
EILEEN FIGGE y SHARON PARKER-ETTER

*Enfoque de manejo de casos para el cuidado del cliente 526*

*La admisión del cliente al sistema 527*

*El enfoque de liderazgo compartido 528*

*Llegar a ser un manejador de casos 530*

*Participación de las estudiantes 533*

*Referencias 534*

*Bibliografía 534*

- 32 La práctica de la enfermería distributiva en una organización de mantenimiento de salud 535  
MARY ELLEN YAHLE

*El sistema de mantenimiento de salud 535*

*La enfermería distributiva en la HMO 537*

*La enfermería distributiva y la salud mental 541*

*Conclusión 545*

*Referencias 545*

*Bibliografías 545*

- 33 La práctica de la enfermería distributiva en la salud y la seguridad ocupacional 546  
CHARLENE C. OSSLER

*La enfermería de salud ocupacional 547*

*Un marco de sistemas 548*

*Entradas 555*

*Salidas o productos 566*

*Evaluación 569*

*Referencias 571*

- 34 Siguiendo a la corriente emigratoria 573  
JO ANN GEARY y JULIE CRANE

*El lugar de trabajo 574*

*Condiciones de vida 576*

*Socialización 577*

*Necesidades de cuidado de salud 579*

*Provisión de servicios de salud 581*

*¿Hacia dónde vamos desde aquí? 584*

*Bibliografía 585*

- 35 El impacto de la enfermedad crónica sobre los sistemas humanos 587  
MARY G. MacVICAR y KATHLEEN SEXTON-STONE

*Tendencias de la enfermedad  
crónica 587*

*Enfermedad crónica e  
invalidez 590*

*La especialización y la  
enfermedad crónica 594*

*El estrés y la enfermedad  
crónica 595*

*Enfermería distributiva y  
enfermedad crónica 601*

*Referencias 602*

- 36 La práctica de la enfermería con familias disfuncionales 604  
DEBORAH HEIPLE HOY

*Violencia en el hogar 605*  
*Maltrato y abandono infantil 605*  
*Factores que contribuyen al  
potencial del maltrato  
infantil 606*

*Intervención de enfermería 608*  
*Referencias 618*

- 37 Estrategias de enfermería para alentar el envejecimiento  
satisfactorio 619  
PATRICIA M. SCHWIRIAN

*Antecedentes y método 620*  
*El envejecimiento satisfactorio  
no es satisfacción de la  
vida 620*  
*Las cualidades que contribuyen  
al envejecimiento  
satisfactorio 622*

*Estrategias de enfermería que  
pueden alentar el enveje-  
cimiento satisfactorio 631*  
*Trabajando con las familias de  
la gente de edad 632*  
*Referencias 634*  
*Bibliografía 634*

- 38 Un enfoque multifamiliar para la intervención de la crisis de  
vecindad 636  
VICKI SHERROW

*Escenario y participantes 637*  
*Historia del problema de la  
vecindad antes de la  
intervención 638*  
*Los acontecimientos que  
llevaron a la confrontación 639*

*La reunión de confrontación 641*  
*Seguimiento 642*  
*Implicaciones para la práctica  
de la enfermería distributiva 642*  
*Referencias 644*  
*Marco teórico para la  
intervención 639*

- 39 Análisis comparativo de las agencias clínicas 645  
SUSAN J. WILL y VICKI SHERROW

*Características de los sistemas 645*  
*Análisis del centro de salud mental como un sistema 646*  
*Impacto de la experiencia estudiantil 651*  
*Entrada al sistema 652*

*Análisis del sistema 653*  
*Experiencias clínicas en el centro de salud mental 655*  
*Empleo como una practicante de enfermería 656*  
*Referencias 657*

- 40 Uso terapéutico del sí mismo al nivel organizacional 658  
S. LYNN DIDLICK

*El paradigma emergente 658*  
*Un paradigma para la práctica 659*  
*La diferenciación entre contexto y contenido 660*

*Estableciendo una diferencia 661*  
*Ejemplos clínicos 664*  
*Referencias 665*

- 41 Elaboración de redes preventivas 666  
HELEN M. DYLAG

*Consulta en la comunidad: la filosofía 666*  
*Consulta con los sistemas sociales: el enfoque 668*  
*La consulta en la práctica: la aplicación 671*

*La consulta en la práctica: la evaluación 683*  
*Referencias 685*  
*Bibliografía 685*

- 42 ANCER: Un esfuerzo pionero en la enfermería distributiva 687  
PHYLLIS J. WATERS y PATRICIA R. MORRIS

*Presentación de ANCER, INC. 688*  
*Transacciones de los sistemas proveedor-cliente 695*

*Experiencias como empresarios 699*  
*Referencias 701*

- 43    Las computadoras en la enfermería de salud comunitaria 702  
      PATRICIA M. SCHWIRIAN

*Las enfermeras y las  
computadoras: un modelo  
para la práctica 703*

*Las aplicaciones de la  
computadora en la práctica  
de la enfermería comunitaria:  
el cuidado del cliente 709*

*Aplicaciones de la computadora  
en la práctica de la enfermería  
comunitaria: investigación 712*

*Referencias 714  
Bibliografía 715*

#### SEPTIMA PARTE    APLICACIONES EDUCACIONALES

- 44    Educación para la práctica de la enfermería distributiva 719  
      JOANNE E. HALL

*Un modelo para la toma de  
decisiones educacionales 720  
Contexto 722  
Entrada 723*

*Proceso 733  
Producto 742  
Referencias 742*

- EPILOGO    Reflexiones acerca de un cuadro emergente de la práctica  
de la enfermería 744  
      JOANNE E. HALL

*La naturaleza de los problemas  
del cuidado de salud 745  
Naturaleza del sistema del  
cuidado salud 746*

*La naturaleza de la práctica de  
enfermería 749  
Referencias 750*

Índice 751



## PRIMERA PARTE

# INTRODUCCION

La parte I da a conocer una definición de la enfermería distributiva y los temas relacionados con su práctica. Contemplada de una manera general, la enfermería distributiva es una orientación filosófica hacia la prestación de cuidados de salud y de enfermería a poblaciones con riesgo de problemas de salud, dentro del contexto de sus redes sociales significativas. Estas redes sociales abarcan la comunidad pertinente e influyen por ello enormemente en su condición de bienestar.

Más que establecer una dicotomía entre enfermería episódica y enfermería distributiva, en el sentido en que en este libro se expone la última incluye a la primera. La enfermería distributiva incluye igualmente aquellas áreas de la práctica identificadas como cuidado primario, cuidado a largo plazo, y salud comunitaria. La vida se estudia como un proceso de movimiento continuo a través de una serie de fases evolutivas durante las cuales pueden presentarse trastornos episódicos o crónicos de salud que requieran ayuda de enfermería. La enfermedad se considera un epifenómeno resultante del modo en que la gente elige vivir su vida, así como también del que surge como consecuencia de los antecedentes biológicos. La enfermedad o los síntomas que acompañan a los trastornos en la salud pueden ser señales de peligro en los sistemas humanos de los que los individuos forman parte. De ahí que lo que se presenta como problemas de salud individuales pueda ser síntoma de alarma en un sistema social más grande o pueda influir en la salud de una red más grande en la que están inmersos los individuos.

En contraste con la enfermedad, los modos saludables de vida son patrones de vida que ayudan a los individuos, a las familias, a los grupos, a las organizaciones, y a las comunidades, a mantener un *continuum* de

equilibrio, una dirección con un fin determinado, y el crecimiento dentro de su entorno. A la enfermería distributiva le atañe auxiliar a las personas en la toma de decisiones sobre su conducta relacionada con la salud que contribuya a su bienestar. Es un enfoque en la enfermería que reconoce la interrelación esencial de todos los fenómenos.

Este capítulo describe la enfermería distributiva y su práctica, y reitera las opiniones filosóficas de las autoras que fundamentan la preparación de este libro.

## CAPITULO UNO

# LA PRACTICA DE LA ENFERMERIA DISTRIBUTIVA

BARBARA REDDING WEAVER

La expresión *práctica de la enfermería distributiva*, como se usa en este libro, se define como el poner a disposición de los sistemas humanos servicios de enfermería de una manera culturalmente aceptable para optimizar modos de vida saludables. Se pone énfasis en la promoción, el mantenimiento y la recuperación de la salud, en la prevención de la enfermedad, y en el aprendizaje que sea importante para una conducta relacionada con la salud. La práctica de la enfermería distributiva se considera relacionada esencialmente con aquellos servicios de enfermería proyectados para el mantenimiento de la salud y la prevención de la enfermedad, contrastándola con la práctica de la enfermería episódica, la que es esencialmente curativa y restaurativa. Sin embargo, puesto que es un hecho que los individuos pueden necesitar al mismo tiempo ambos tipos de servicios de enfermería, pensamos que una separación rígida de esas funciones de la enfermería niega la naturaleza básica, interrelacionada, de las necesidades humanas. Por ello, la definición de práctica de la enfermería distributiva tiene por objeto aquí incluir, como partes integrantes de un todo, el cuidado primario, el cuidado a largo plazo, la enfermería de salud comunitaria, y la enfermería episódica.

La práctica de la enfermería distributiva se ocupa de poblaciones determinadas: personas en riesgo a causa de su etapa dentro del ciclo vital, dentro de grupos vivos, en sus ocupaciones, comunidades, o por sus necesidades de cuidado de salud. Esto incluye a personas que solicitan ayuda y a las que no la solicitan.<sup>1</sup> Si bien el cuidado de los seres humanos es de suma importancia, la práctica de la enfermería distributiva busca llegar hasta la gente dentro de la red de los sistemas humanos de la que ella es parte integrante y que proporciona oportunidades para la asistencia social.<sup>2</sup> Por ello, se pone un énfasis especial en la intervención en la familia, en el grupo, en la organización compleja, en la comunidad, y en los niveles sociales como un medio de potenciar el desarrollo individual.

## ENFERMERIA DISTRIBUTIVA

En tanto que la práctica de la enfermería distributiva es la entrega de un servicio profesional, la *enfermería distributiva*, como la definimos, es el cuerpo abstracto de conocimiento que se ocupa de la salud en los sistemas humanos. La salud es un método integrado, y con un objetivo de funcionamiento dentro del entorno del que el sistema forma parte. Los sistemas humanos incluyen al individuo y a la compleja jerarquía de los sistemas sociales formados por la interrelación de los individuos. La enfermería distributiva se centra en el conocimiento básico para la intervención con determinadas poblaciones y con sistemas sociales más que con los subsistemas de un individuo particular.

La enfermería distributiva es también una orientación filosófica en la que el término *distributiva* se refiere a un sistema de creencias más que a la etiqueta de una especialidad clínica.

Nuestra filosofía de la enfermería distributiva se basa en las creencias que nosotras, las autoras, mantenemos sobre la naturaleza de los seres humanos, la salud, el cuidado de la salud, el aprendizaje para modos de vida saludable, y la enfermería como un proceso. Tales creencias se intercalan entre el conocimiento y las destrezas de enfermería y la práctica de ésta. Son el eslabón entre los dos elementos. El eslabón sirve para dirigir la manera en que individualmente elegimos para practicar la enfermería distributiva.

## LA NATURALEZA DE LOS SERES HUMANOS

Nuestra primera creencia es que no hay posibilidad alguna para una existencia aislada, con contenido exclusivamente del “sí mismo”. Consi-

deramos la vida en términos de interrelación e interdependencia con todos los fenómenos. Creemos que los sistemas vivos (incluidos los seres humanos) están organizados para formar estructuras que son totalidades respecto de cada una de sus partes y partes respecto de otros sistemas mayores. Suscribimos la caracterización de Koestler de tales sistemas como *holones*, entidades que tienen la tendencia dual de preservar y afirmar su propia individualidad como todos cuasiautónomos y de funcionar igualmente como partes integradas de una totalidad que existe o está en un proceso evolutivo. Estas tendencias autoafirmativas e integradoras son características universales que proporcionan a cada uno de los sistemas u holones la capacidad para la acción y el poder de ejecutar cambios. Sin embargo, este poder es de tal naturaleza que no existe un solo sistema que sea determinante sobre los demás, ni que el comportamiento de un sistema específico sea determinado por cualquiera de sus partes. El comportamiento de un sistema (holón) es el resultado de la interrelación y la interdependencia de todos los fenómenos. Es así cómo hemos llegado a valorar un enfoque general de sistemas para la práctica de la enfermería.

El corolario para esta creencia es la convicción de que aquí no existe una relación lineal de causa-efecto en el comportamiento de los sistemas vivos. Más bien, se piensa que la causación es contextual, interaccional, transaccional, pluralística, y perspectivista.<sup>7</sup> Por ello, creemos que es necesario para nosotras, como enfermeras, tener en cuenta no sólo el sistema que es el centro de nuestro interés, sino también su entorno significativo. Aún más, debemos estar muy seguras de nuestra propia posición como individuos frente al sistema-cliente, debido a que los eventos son relativos respecto de la posición del observador. Ello quiere decir que nos convertimos en parte del entorno significativo del cliente, del mismo modo que el cliente se convierte en parte de nuestro entorno cuando se inicia la danza de la interacción, la transacción y el perspectivismo. Al ritmo de la danza lo guían el contexto, el flujo de energía entre los sistemas, y su movimiento. El propósito de todos es optimizar la salud y el bienestar de los sistemas involucrados.

## SALUD

Ferguson afirma que la salud es una armonía rectora que parte de una matriz: la cuerpo-mente. Y añade que la salud origina una actitud, la aceptación de las incertidumbres de la vida, la disposición para aceptar responsabilidad hacia los hábitos, un modo de percibir y habérselas con el estrés, y una búsqueda de relaciones humanas más satisfactorias y un sentido de finalidad.<sup>8</sup>

Creemos que, observada desde esa perspectiva, la salud es un derecho de toda la gente. La responsabilidad para ese derecho descansa fundamentalmente dentro de nuestros sistemas personales (holones). Debemos procurar siempre mirar interiormente hacia nuestras propias partes o tendencias autoafirmativas y exteriormente hacia nuestras relaciones o tendencias integradoras con otros sistemas que se encuentran en nuestro entorno. Al aceptar tal responsabilidad para nosotras mismas, nunca tendremos que echar mano del síndrome de la víctima. Podemos ganar un control sobre nuestras vidas que nos permita elegir si queremos o no alcanzar el bienestar. Por ello, tomamos la posición de que la salud es un asunto de preferencia y definición individuales. De acuerdo con esto, creemos que la salud no puede ser impuesta a ningún sistema, no importa cuán fuertes o bien intencionadas puedan ser las personas (sistemas) que tienen que ver con los servicios de salud y de cuidado de salud. La elección es nuestra y nosotras somos nuestras propias elecciones.

## CIUDADO DE LA SALUD

En un sentido sociopolítico y moral, nuestra sociedad ha adoptado la idea de que cada persona tiene derecho al cuidado de la salud. Esto implica en general que cada uno tiene acceso a lo que hay disponible en cuanto al cuidado de la salud. Sin embargo, la provisión de tal acceso y disponibilidad está cargada de asuntos y problemas de tal magnitud que la sitúan casi fuera de toda solución. No existe un acuerdo unánime en cómo lograr ese acceso y esa disponibilidad universales, y se entablan violentas discusiones sobre en quién confiar para establecer las prioridades de cuidado de salud y sobre cómo van a ser financiadas esas prioridades. Está claro que el cuidado de salud es uno de los grandes dilemas de nuestro tiempo y sin duda continuará como tal en un futuro próximo. Con estas cosas en mente, tenemos la convicción de que el cuidado de salud es un derecho, pero la igualdad bajo ese derecho es una construcción teórica, no una realidad social, y nunca podrá ser para toda la gente durante todo el tiempo.

## APRENDIZAJE PARA MODOS DE VIDA SANA

Somos quienes somos y lo que somos más que nada por las elecciones que hemos hecho en nuestras vidas. Y no podemos renunciar a esas elecciones. Sin embargo, podemos añadir algo a esas elecciones y de esta forma lograr otra cosa diferente.<sup>9</sup> La habilidad radica en añadir elecciones

basadas en la adquisición de conocimientos y perspectivas nuevos, nuevos paradigmas y enfoques a la salud que provoquen cambios dentro de nosotros, aumentando el bienestar para nosotros mismos y para los demás. En consecuencia, nuestra convicción es que el aprendizaje que pone énfasis y promueve la comprensión del individuo y la responsabilidad hacia su matriz cuerpo-mente y el entorno como interrelacionados, los sistemas interdependientes son el camino para el mayor bien para el número más grande.

## LA ENFERMERIA COMO UN PROCESO

Patterson y Zderad afirman que la acción de la enfermería es vivida por los seres humanos y que siempre existe un evento interhumano que incluye la formación, la de formarse, y la de desarrollar una relación –una “intersubjetividad”– a través de la cual se logra la formación.<sup>10</sup> El evento interhumano que es la enfermería es co-experimentado tanto con las colegas como con los clientes. Se trata de una intersubjetividad compartida que surge del auténtico compromiso de la enfermera para “estar con” y “actuar con”. Y esto es profesional, dirigido a metas, y que puede ser medido. Va dirigido al desarrollo del potencial humano a través del co-estar, el co-actuar y la elección responsable.<sup>11</sup>

Apoyamos este punto de vista de la enfermería como un proceso.

## OPERACIONALIZACION DE LA ENFERMERIA DISTRIBUTIVA

La operacionalización de las definiciones y las convicciones anteriores dentro de la práctica de la enfermería distributiva exige determinar las necesidades de poblaciones definidas, la fijación de prioridades basadas en los problemas de salud de los grupos de población, y el desarrollo de programas que representen el mejor uso posible de los recursos disponibles para hacer frente a esos problemas. La intención es llegar hasta aquellos individuos identificados como los que tienen las mayores necesidades. Cuando nos enfrentamos a la realidad de los recursos limitados, ni este enfoque ni ningún otro pueden garantizar que todas las necesidades del cuidado de salud vayan a cubrirse. Sin embargo, exige que se tengan presentes todas las necesidades a la hora de fijar las prioridades basadas sobre poblaciones en riesgo. Sea lo que fuere, si existe disponibilidad de servicios de salud preventivos, de ayuda y terapéuticos, esos servicios deberán estar disponibles para todos por igual. Las desviaciones de esta

igualdad de distribución son permisibles solamente si las personas que están peor se encuentran después en mejores condiciones.<sup>12,13</sup>

La enfermería distributiva y la práctica de la enfermería distributiva tratan con un cambio en el énfasis más que con asuntos del todo nuevos. La enfermería distributiva se centra en la salud más que en la enfermedad. Los clientes son vistos en términos de redes sociales significativas más que en términos de individuos aislados. Los asentamientos para la práctica incluyen agencias de cuidado emergente de salud, instalaciones de cuidado ambulatorio, y comunidades, además de los servicios tradicionales de tipo hospitalario.

## PRACTICANTES DE ENFERMERIA

En este libro, intentamos usar términos específicos para expresar significados específicos. Aunque todos son libres de discrepar con las definiciones empleadas, el recordarlas será útil para detectar sutiles, aunque importantes, diferencias en los significados que deseamos compartir.

Las practicantes son gente que se compromete en una disciplina práctica, una disciplina en la que existe aplicación de conocimientos al servicio de los sistemas humanos. Las enfermeras son *practicantes de enfermería* y, como tales, pueden ser preparadas y funcionar en niveles vocacionales, técnicos o profesionales. Estas definiciones parecen un tanto simplistas. Con todo, el tener claros estos conceptos es absolutamente necesario ante la cantidad de designaciones para las enfermeras. Puesto que este libro está dirigido específicamente a las enfermeras que han alcanzado o están alcanzando un mínimo de grado de bachillerato como preparación para la práctica, el término *practicante* empleado aquí se refiere a una practicante profesional de enfermería. Reconocemos el grado de bachillerato como el nivel mínimo apropiado de la preparación educacional para el ingreso a la práctica profesional.

Otras designaciones requieren explicación. En los términos de las anteriores definiciones, consideramos que el término *enfermera practicante*, actualmente de uso generalizado, es una redundancia, acuñado originalmente para identificar a graduadas al vapor, en programas especializados ideados para extender o expandir los servicios de salud mediante la adquisición de destrezas adicionales, además de las incluidas en el programa educacional básico. Luego, la preparación de la enfermera práctica se incorporó a la preparación de nivel de maestría para la práctica en el cuidado primario. Creemos que las competencias de la enfermera practicante, que fueron enumeradas por la Commission on Nursing Edu-



cation of the American Nurses' Association en 1971, no deben reservarse para las graduadas de esos programas, sino más bien son destrezas básicas que han ido siendo incluidas cada vez más en el *armamentarium* profesional de cada graduada del último bachillerato.<sup>14</sup> El así llamado rol expandido de la enfermera es un potencial de función que ha estado presente siempre en la práctica profesional y que fue actualizado por muchas enfermeras antes de que el término enfermera practicante se convirtiera en un término de uso popular. Por ello, en este libro, preferimos el término de practicante de enfermería y reservamos el término de enfermera practicante para describir a las graduadas de programas que emplean esa designación prescindiendo de su nivel de preparación. Ambos términos designan a profesionales que poseen un mínimo de grado de bachillerato en enfermería.

Otro término que requiere definición es el de *enfermera clínica especialista*, que se refiere a una enfermera preparada para la práctica avanzada a través de la experiencia clínica y educación graduada enfocada en la destreza clínica.<sup>15</sup> La especialista clínica posee habilidad demostrada para realizar una contribución importante al cuidado de salud a través de una intervención de enfermería con bases teóricas y científicas, la aplicación de destrezas de acciones de cambio, y la participación colegial en el equipo de cuidado de la salud.

## EXPECTATIVAS DE LA PRACTICANTE

Prescindiendo de su designación, se espera que las practicantes exhiban conductas que estén de acuerdo con la concepción que ellas tienen de la enfermería distributiva. Con objeto de organizar el inmenso caudal de conocimiento aplicable a los sistemas humanos en algún tipo de formato útil, las practicantes necesitan un marco conceptual de referencia que incorpore en forma significativa una gran variedad de teorías y conceptos apropiados. Este marco de referencia es la base para la intervención en las poblaciones designadas. En el análisis final, las practicantes deben desarrollar su propio marco conceptual de acuerdo con el modo en que cada una contempla el mundo. Este libro presenta una perspectiva de sistemas como un modo para alcanzar este objetivo.

Además del conocimiento de maestría como base de la intervención, las practicantes deben estar en condiciones de emplear los procesos de enfermería en forma independiente y en colaboración para promover, conservar y restaurar la salud, prevenir la enfermedad, y facilitar el aprendizaje que tenga importancia para la conducta relacionada con la salud.

Las practicantes deben manejar simultáneamente sus destrezas cognitivas, interpersonales y técnicas dentro del desarrollo de roles profesionales que faciliten la entrega de los servicios de salud en una manera aceptable culturalmente para optimizar modos sanos de vida para poblaciones determinadas. Los roles se consideran relaciones diádicas que requieren el desarrollo recíproco con otra persona en posición complementaria. Por ello, las practicantes no actúan eficazmente en aislamiento; más bien, están obligadas a definir sus roles en colaboración con los clientes y con las colegas.

Las practicantes son algo más que actuantes de roles profesionales. Son también sistemas humanos que necesitan desarrollar características personales y profesionales que mejoren su función como persona-enfermera-estudiante-ciudadana.

## REFERENCIAS

- 1 John Bryant: "Some Interrelationships Between the Evolving Health Care System and Nursing Education and Nursing Practice". Paper presented at the Duke University School of Nursing (Durham, North Carolina, September 20, 1973), p.22.
- 2 Gerald Caplan: *Support Systems and Community Mental Health: Lectures on Concept Development* (New York: Behavioral Publications, 1974), pp.1-40.
- 3 Halbert L. Dunn: *High-Level Wellness* (Arlington, Virginia: R.W. Beatty, 1961), pp.4-5.
- 4 Arthur Koestler: *The Roots of Coincidence* (New York: Random House, 1972), p.110.
- 5 Fritjof Capra: *The Turning Point: Science, Society, and the Rising Culture* (New York: Simon & Schuster, 1982), p.43.
- 6 Arthur Koestler: *The Ghost in the Machine* (New York: Macmillan, 1967), p.56.
- 7 Ralph E. Anderson and Irl Carter: *Human Behavior in the Social Environment: A Systems Approach*, 2nd ed. (New York: Aldine, 1978), p.11.
- 8 Marilyn Ferguson: *The Aquarian Conspiracy: Personal and Social Transformation in the 1980's* (Los Angeles: J.P. Tarcher, 1980), p.248.
- 9 Patricia Sun: Lecture presented at Capital University (Columbus, Ohio, October 18, 1980).
- 10 Josephine Patterson and Loretta T. Zderad: *Humanistic Nursing* (New York: John Wiley & Sons, 1976), pp.12-13.
- 11 *Ibid.*, p.21.
- 12 John Bryant: "Health Care, Human Rights, and Social Justice". From the Proceedings of the Annual Meeting of Christian Medical Commission (Geneva, Switzerland, 1973).
- 13 *Ibid.*, pp.20-22.
- 14 Commission on Nursing Education: *Memorandum to Deans and Directors, Baccalaureate Programs in Nursing* (New York: American Nurses' Association, March 15, 1972), p.2.
- 15 U.S. Public Health Service: *Toward Quality in Nursing* (Washington, D.C.: U.S. Government Printing Office, 1963), p.19.

La prestación del cuidado de la salud se examina como una función del modo cómo se conceptualiza la salud.

## CAPITULO DOS

# **PROBLEMAS DEL CUIDADO DE LA SALUD DISTRIBUTIVA**

BARBARA REDDING WEAVER

La adquisición y el mantenimiento de la salud y el bienestar humanos son metas de importancia global. En prácticamente todas las naciones del mundo, se han emprendido batallas morales, éticas, económicas y políticas para desarrollar y poner en ejecución los medios más favorables para erradicar o controlar las enfermedades que aquejan a la masa de ciudadanos. A pesar de las buenas intenciones de tales esfuerzos, hay muchos impedimentos en el camino, incluso para el éxito más mínimo.

Hoy, tanto en los Estados Unidos como en cualquier otra parte del mundo, la industria del cuidado de la salud se ve presa de la mayor preocupación ante la restricción que imponen los costos, la seguridad de calidad, la disponibilidad, la accesabilidad, y la contabilidad en la prestación de servicios relacionados con la salud. En los medios profesionales y también por parte de los profanos se nos recuerda constantemente la vastedad y hondura de las desigualdades, descontentos, e inquietudes a que nos enfrentamos pública y privadamente en un esfuerzo por impartir un cuidado de salud, con sentido, eficaz y al alcance del bolsillo para nosotras mismas y para los demás. Como nación, nos sentimos confundidos por prioridades contradictorias y metas dentro de la actividad sanitaria y por la fragmentación creciente de los servicios. Hay disputas territoriales entre las profesiones sanitarias sobre quién hará qué para quiénes y con cuánta utilidad financiera. Sumas enormes de nuestros recursos nacionales

se gastan en la investigación de la causa y el efecto de la enfermedad, y en el desarrollo y la puesta en ejecución de la “curación”. Con todo, a pesar de nuestros mejores esfuerzos por crear salud y bienestar, la gente se queja cada vez más de “ya no poder más”, “ya no saber qué hacer”, o de “estar harta”. Nos sentimos mal porque estamos sin empleo o porque tenemos demasiado trabajo. O nos encontramos bajo un estrés excesivo o estamos carentes de estímulos. Y nos enferma tanto el sentirnos impotentes, sin control alguno sobre nuestras vidas, como el tener mucho poder o mucha responsabilidad. La actividad del cuidado de la salud responde a todo esto analizando los incrementos cada vez más pequeños del ser humano en la esperanza de encontrar *los* mecanismos biológicos que fallan y son constantes de nuestras enfermedades. Todos tratamos, individual y colectivamente, de detectar los problemas específicos en nuestra salud y bienestar. Hacemos lo que sea para encontrar la forma de prevenir esos problemas, para dirigirlos fuera de la existencia, o, siquiera, para reducir su importancia.

## GENTE SANA

Para ilustrar el último punto, *Healthy People: Surgeon General's Report on Health Promotion and Disease Prevention* expresa lo siguiente:

...pueden y deben alcanzarse mejorías en la salud del pueblo americano no sólo mediante un cuidado médico creciente y mayores gastos en salud, sino también por el compromiso nacional renovado en el empeño destinado a prevenir la enfermedad y promover la salud.<sup>1</sup>

El informe continúa diciendo que es esencial la preponderancia en la prevención de la salud porque salva vidas, mejora la calidad de vida, y ahorra mucho dinero a la larga.<sup>2</sup> Un elemento vital tanto en la prevención de la enfermedad como en la promoción de la salud es la regulación de los riesgos hacia una buena salud. Los riesgos considerados como más importantes en el informe son los riesgos biológicos heredados, los riesgos del entorno y los riesgos de comportamiento.<sup>3</sup>

El plan de acción desarrollado para lograr la prevención de la enfermedad, la promoción de la salud, y el control de los factores de riesgo, estableció metas amplias e importantes expresadas en términos de reducciones de las tasas generales de defunción o días de incapacidad en las cinco etapas principales de la vida.<sup>4</sup> Las metas que llevan a tal mejora en la salud, que se espera alcanzar para 1990, son:

- 1 Reducción del 25% en la mortalidad infantil
- 2 Reducción del 20% en las defunciones de los niños en edad comprendida entre 1 y los 14 años, a menos de 34 por 100,000
- 3 Reducción del 20% en las defunciones de los adolescentes y adultos jóvenes por debajo de los 24 años a menos de 93 por 100,000
- 4 Reducción del 25% en las defunciones en el grupo comprendido entre los 25 y los 64 años de edad
- 5 El logro de una mejoría importante en la salud, movilidad e independencia de los ancianos, al reducir en 20% el promedio de días de enfermedad entre este grupo de edad<sup>5</sup>

Los medios con los que se lograrán esas metas están dirigidos a las poblaciones en riesgo y se centran en dos áreas primordiales a las que dedicarse para cada meta. Por ejemplo, la meta para niños más sanos se logrará principalmente mediante la reducción del número de recién nacidos con bajo peso y reduciendo el número de defectos congénitos. La meta para mejorar los objetivos de niños más sanos, aumentando el crecimiento y el desarrollo infantil y reduciendo los accidentes y lesiones en la infancia. Para lograr una mejoría en la salud de adolescentes y adultos jóvenes se subraya la importancia de la reducción de los accidentes mortales de vehículos de motor y la reducción en el consumo de drogas y alcohol. Los blancos para una mejoría en la salud de los adultos se conseguirán reduciendo los ataques de corazón y apoplejías y las muertes por cáncer. La meta para una mejoría en la salud de los adultos de mayor edad hace hincapié en el incremento del número de ancianos que puedan desenvolverse independientemente y en la reducción de una muerte prematura por influenza y neumonía.<sup>6</sup>

Se tiene previsto el logro de las metas anteriores mediante la aplicación de las estrategias siguientes:

- 1 Servicios de salud preventiva, tales como la planificación familiar, cuidado prenatal, cuidado posnatal, inmunizaciones, servicios para las enfermedades de transmisión sexual, y el control de la hipertensión<sup>7</sup>
- 2 Medidas de protección de la salud, incluidos el control de agentes tóxicos, seguridad, y salud ocupacionales, control de las lesiones por accidentes, fluoración en los suministros comunitarios del agua, y control de los agentes infecciosos<sup>8</sup>
- 3 Promoción de la salud, incluyendo el abandono del hábito de fumar, la reducción del consumo de alcohol y drogas, la mejoría en la nutrición, el ejercicio, la buena condición física, y el control del estrés<sup>9</sup>

Los problemas de salud arriba apuntados han sido blanco de opiniones encontradas durante muchos años. Las metas y las estrategias son dignas de admiración y ambiciosas, pero los problemas y las soluciones propuestas han sido ya el punto central de la investigación pública y privada y de planes y proyectos repetidos una y otra vez. Por ello, no se puede evitar el cuestionar si el reconocimiento federal, el establecimiento de metas, y el empleo de estrategias tendrán éxito cuando lo demás ha fracasado. Digamos por lo menos que los obstáculos son muchos, pero felizmente son muchas también las oportunidades.

## UN ENFOQUE ALTERNATIVO

En contraposición con el enfoque norteamericano de blancos y tentativas para controlar, reducir, o eliminar un número de problemas determinados de salud, el gobierno canadiense ha desarrollado lo que ellos describen como “un marco de referencia conceptual” que divide los temas de salud en cuatro amplios elementos: biología humana, entorno, estilo de vida, y organización del cuidado de salud. Se cree que este marco de referencia, el “concepto de campo de salud” (HFC: Health Field Concept) tiene la ventaja de colocar a cada uno de los cuatro elementos en un mismo nivel a la hora de abordar los temas de la salud. Se considera al HFC amplio en su género, pues permite estudiar un problema de salud llevándolo hasta uno de los cuatro elementos o a una combinación de todos ellos. Además, el HFC facilita un sistema de análisis mediante el cual un tema de salud puede examinarse a la luz de los cuatro elementos con el fin de valorar la significación y la interacción de los elementos.<sup>10</sup>

Por ejemplo, puede decirse que las muertes debidas al tráfico son más un asunto de riesgos que corre el individuo que un asunto de diseño de coches o de trazado de carreteras, o de la disponibilidad de servicios médicos de urgencias. Aquí, en general, la biología humana no es de primordial importancia; sin embargo, el estilo de vida, el entorno, y la organización del cuidado de salud contribuyen a las defunciones debidas al tráfico en proporciones aproximadas del 75%, 20% y 5%, respectivamente. Un enfoque de este tipo para el análisis de los problemas de salud facilitará la identificación de actividades, y su programación, para reducir los factores que en primer lugar son los de más responsabilidad en el problema. Debe señalarse, sin embargo, que los promotores del HFC no pretenden que sea usado como un marco de referencia organizacional para estructurar programas y actividades. Más bien, ha sido concebido para ayudar a una mayor comprensión de lo que contribuye a la enferme-

dad y a la muerte y para dirigir la acción que pueda mejorar la salud y el bienestar.<sup>11</sup>

Los primeros esfuerzos para implementar el HFC dieron origen a dos amplios objetivos propuestos por el gobierno canadiense como los pasos iniciales para mejorar los niveles de salud de los canadienses. Las metas son:

- 1 Reducir los peligros contra la salud mental y física que amenazan a la población canadiense en riesgo alto
- 2 Mejorar la accesibilidad de un buen cuidado de salud mental y física para los que actualmente no tienen un acceso satisfactorio<sup>12</sup>

Las estrategias propuestas como medios para alcanzar las metas establecidas son

- 1 Una estrategia de promoción de la salud cuyo objetivo sea influir y ayudar a los individuos y a las organizaciones a que acepten mayor responsabilidad y sean más activos en temas que afectan a la salud mental y física
- 2 Una estrategia reguladora que use los poderes reguladores federales y provinciales para reducir los peligros para la salud física y mental
- 3 Una estrategia de investigación con objeto de descubrir y aplicar el conocimiento necesario para solucionar los problemas de salud
- 4 Una estrategia de eficiencia del cuidado de la salud para ayudar a las provincias a reorganizar el sistema de distribución del cuidado de la salud física y mental, de tal manera que los tres elementos, costo, accesibilidad, y efectividad estén equilibrados en favor de los intereses de todos los canadienses
- 5 Una estrategia de determinación de metas para elevar el nivel de salud mental y física de los canadienses y mejorar la eficiencia del sistema del cuidado de la salud<sup>13</sup>

Se espera que la implementación de estas estrategias se base, pero no se limite a, en 74 modos de acción. Están incluidos temas como la educación pública sobre varios aspectos de salud, programas detallados sobre actividades físicas, un control creciente de los peligros del entorno para la salud, la implementación de un estudio de la salud a escala nacional para valorar mejor las necesidades y los riesgos en la salud de los canadienses, investigación sobre mejores modos de procurar el cuidado de la salud,

establecimiento de estándares de atención en los sistemas de cuidado de salud física y mental, y establecimiento de plazos específicos para alcanzar reducciones en la morbilidad y la mortalidad.<sup>14</sup>

## METAS Y ESTRATEGIAS DE SALUD PARA EL HEMISFERIO OCCIDENTAL

Para dar un paso más allá en las metas y estrategias de salud para Estados Unidos y Canadá, la Organización Panamericana de la Salud (OPS) ha desarrollado un plan de acción para los países del Hemisferio Occidental con el objeto de lograr la meta ambiciosa de “salud para todos en el año 2000”. El plan de acción está tomado de, y se basa sobre ellas, las estrategias regionales de cara a *Salud para todos* adoptadas por los gobiernos miembros. Se ha dicho que las metas específicas de las estrategias no son “...ni simplistas ni utópicas y... constituyen patrones mínimos para la justicia social”.<sup>15</sup> Las metas son que

Ningún país en la región tenga una expectativa de vida al nacer menor de 70 años

Ningún país en la región tenga una tasa de mortalidad infantil mayor de 30 defunciones por cada 1,000 nacidos vivos

Ningún país en la región tenga una tasa de mortalidad por encima de 24 defunciones por cada 1,000 niños de 1 a 4 años de edad

Los servicios de inmunización cubrirán para 1990 al 100% de los niños menores de 1 año contra las enfermedades principales de la infancia y esa protección se mantendrá durante la década final del siglo

Se extenderá al 100% de la población el acceso al agua potable y la disposición de las excretas

Finalmente, se extenderá al 100% de la población al acceso a los servicios de salud.<sup>16</sup>

Por encima y más allá de la exposición de las estrategias para lograr esas metas, muchas de las cuales son similares a las de Estados Unidos y Canadá, el documento de la OPS delinea planes de acción para el desarrollo y la articulación entre los mecanismos de distribución de los servicios sobre una base nacional e internacional. También se incluyen planes de acción para la vigilancia y la evaluación del esfuerzo a medida que se va realizando.<sup>17</sup>



## MAS ALLA DEL MODELO BIOMEDICO

Seguramente no se puede dudar de las buenas intenciones y los altos propósitos contenidos en cada uno de los enfoques anteriores. Tienen sus raíces en el modelo biomédico, el que ha tenido gran aceptación y grandes aciertos durante mucho tiempo. El modelo biomédico es de carácter racional-lineal y pretende aislar los hechos que aparentemente son causas y efectos diferentes y que a su vez están sujetos a la aplicación de medidas preventivas o terapéuticas específicas. Todo esto producirá, así lo esperamos, el resultado deseado de salud y bienestar mejorados. Sin embargo, el modelo biomédico trata por separado la mente y el cuerpo, y contempla el cuerpo como una máquina que puede ser reparada en buena o mala forma. El dolor, la enfermedad, y la incapacidad se consideran en conjunto como negativos y como algo que debe eliminarse. Claro está que ninguno de nosotros desea experimentar dolor, enfermedad, o incapacidad, pero son casi inevitables en el mundo de hoy; la separación entre mente y cuerpo ya no se puede mantener por más tiempo en la prosecución de la salud y el bienestar.

En consecuencia, está ocurriendo un cambio del predominio del modelo biomédico hacia modelos que conceptualizan la salud y el bienestar como estados de existencia no-lineales, multifacéticos, interdependientes, e interrelacionados con la totalidad de la experiencia y las percepciones de uno. Por ejemplo, Capra caracteriza a la salud como una experiencia subjetiva cuya cualidad puede ser conocida intuitivamente, pero que nunca podrá ser descrita o cuantificada completamente. Señala que para que un organismo esté sano debe preservar su autonomía individual mientras que al mismo tiempo debe ser capaz de integrarse armoniosamente dentro de sistemas más grandes.<sup>18</sup> Para Capra, el concepto de salud y los conceptos relacionados de malestar, enfermedad, y patología no se refieren a entidades bien definidas. Más bien, se trata de partes integrales de modelos limitados y aproximados que reflejan una red de relaciones entre múltiples aspectos de los fenómenos complejos y fluidos de la vida.<sup>19</sup>

Illich describe la salud como un proceso de adaptación, de capacidad para adaptarse al entorno cambiante, para crecer, envejecer, curarse cuando hay daño, sufrir, y esperar en paz la muerte. En todo esto hay responsabilidad de uno mismo y de los demás por lo que uno ha hecho. En sus palabras:

La gente sana es la que vive... en un entorno adecuado para nacer, crecer, curarse y morir: se sustenta en una cultura que estimula la aceptación consciente de límites a

la población, del envejecimiento, del restablecimiento incompleto, y de la muerte siempre inminente. La gente sana necesita intervenciones burocráticas mínimas para amarse, dar a luz, compartir la condición humana y morir.<sup>20</sup>

La importancia del entorno en el que viven los seres humanos y sus relaciones con él no puede ser menospreciada. Dice Capra, la salud es

...una experiencia de bienestar que resulta de un equilibrio dinámico en el que están en juego los aspectos físicos y psicológicos del organismo, así como sus interacciones con su entorno natural.

Esto puede acarrear

...el paso por fases temporales de malestar que pueden usarse para aprender y crecer..., estar en sincronía física y mental consigo mismo y también con el mundo que nos rodea.<sup>21</sup>

Parece, por todo ello, que los problemas y retos reales en la salud y el bienestar para nuestra nación, nuestro hemisferio, nuestro mundo, no radican en el aislamiento selectivo y la programación para reducir o erradicar las entidades y condiciones humanas de enfermedad que han exigido esfuerzos continuos para acabar con ellas. Más bien, los problemas y los retos emanan de la aceptación y operacionalización de un concepto de salud y bienestar que surge de una perspectiva orientada a sistemas. Tal perspectiva reconoce que la salud es un proceso en marcha, que implica actividad y cambio continuos que reflejan la respuesta del organismo a los retos internos y externos del entorno; por eso, no puede existir un nivel absoluto de salud independiente del entorno.

Debemos de algún modo conocer con claridad que nuestro entorno no es sólo la condición humana que manipula-ajusta nuestras propias limitaciones percibidas. Más bien, estamos enfrentados a la vida en la total realidad del hecho de que nuestro ecosistema planetario constituye un entramado altamente integrado, dinámico, con formas vivas y no-vivas, y que las transacciones y la interdependencia existen en cada uno de sus multiniveles. Debemos entender que todo organismo que se comporte en términos de su propia supervivencia inevitablemente destruirá su entorno y, por ello, se destruirá a sí mismo.<sup>22</sup>

## REFERENCIAS

- 1 U.S. Department of Health, Education, and Welfare, Public Health Service: *Healthy People: The Surgeon General's Report on Health Promotion and Disease Prevention* (Washington, D.C.: U.S. Government Printing Office, 1979), p.3.

- 2 *Ibid.*, p.9.
- 3 *Ibid.*, pp.13-16.
- 4 U.S. Department of Health and Human Service, Public Health Service: *Promoting Health? Preventing Disease: Objectives for the Nation* (Washington, D.C.: U.S. Government Printing Office, Fall 1980), p.1.
- 5 *Ibid.*, p.1.
- 6 U.S. Department of Health, Education, and Welfare, Public Health Service, *op.cit.*, pp.21-81.
- 7 *Ibid.*, pp.83-100.
- 8 *Ibid.*, pp.101-118.
- 9 *Ibid.*, pp.119-141.
- 10 Marc Lalonde: *A New Perspective on the Health of Canadians: A Working Document* (Ottawa: Information Canada, 1975), p.33.
- 11 *Ibid.*, p.35.
- 12 *Ibid.*, p.66.
- 13 *Ibid.*, p.66.
- 14 *Ibid.*, pp.67-72.
- 15 Pan American Health Organization, Pan American Sanitary Bureau, Regional Office of the World Health Organization: *Health for All by the Year 2000: Plan of Action for the Implementation of Regional Strategies* (Washington, D.C.: Pan American Health Organization, 1982), p.vii.
- 16 *Ibid.*, pp.vii-viii.
- 17 *Ibid.*, pp.61-81.
- 18 Fritjof Capra: *The Turning Point: Science, Society, and the Rising Culture* (New York: Simon & Schuster, 1982), pp.320-323.
- 19 *Ibid.*, p.321.
- 21 Ivan Illich: *Medical Nemesis* (New York: Bantam Books, 1977), pp.271-272.
- 22 *Ibid.*, p.275.

## SEGUNDA PARTE

# CONCEPTOS BASICOS PARA LA PRACTICA DE LA ENFERMERIA

Los cuatro capítulos de que se compone la parte II presentan conceptos fundamentales para la enfermería distributiva. En el capítulo 3, Sills y Hall definen los conceptos generales de sistemas y describen las implicaciones, desde una perspectiva de sistemas, para la práctica de la enfermería. Un marco de sistemas facilita una base para una filosofía prometedora de la enfermería que reconoce el cambio, el crecimiento, y el aprendizaje como posibles gracias a las tendencias autorreparadoras y autocorrectoras de los sistemas humanos. El marco engloba un punto de vista humanístico y ecológico de los sistemas humanos, fundamental para el concepto de salud que sostienen las editoras y colaboradoras de este libro. Como lo iremos viendo en las partes que siguen de este texto, una perspectiva general de sistemas es útil para organizar un número mayor de teorías y conceptos como una guía para la intervención y la toma de decisiones clínicas.

En el capítulo 4, Hall define las normas, los roles, y las posiciones como elementos estructurales de organización social que son apropiados para la práctica de la enfermería. El capítulo presenta también una jerarquía de sistemas sociales, la cual incluye grupos, organizaciones complejas, comunidades, y sociedades. Los conceptos que aquí se presentan se desarrollarán ampliamente en la parte IV, en la cual se expone el conocimiento que relaciona la intervención de enfermería con cada uno de esos sistemas humanos.

Menke analiza en el capítulo 5 la persistencia, el cambio, la pérdida, la crisis, y la intervención en la crisis. Se dedica atención especial al cambio y a su contribución a la instauración de la enfermedad, y a la relación entre la pérdida (ya sea real o potencial) y el desarrollo de la

crisis. Se hace la distinción entre las crisis de la madurez y las situacionales en la parte VI como una base para las aplicaciones clínicas.

En el capítulo 6, Hogue repasa la extensa literatura existente sobre la asistencia social, diferenciando los enfoques clínicos, antropológicos y de teoría del rol para entender el concepto. Además, distingue tres categorías de análisis de asistencia social que son apropiados para la enfermería. Hogue sugiere preguntas que deben incluirse en la valoración del sistema de asistencia social de un cliente, las que nos ayudarán así a tener en cuenta el uso de la teoría y de la investigación en la práctica médica.

Se presenta un panorama de los conceptos generales de sistemas como una perspectiva para examinar la naturaleza de la práctica de la enfermería distributiva.

### CAPITULO TRES

# UNA PERSPECTIVA GENERAL DE SISTEMAS PARA ENFERMERIA

GRAYCE M. SILLS  
JOANNE E. HALL

Nuestro fundamento conceptual para la práctica de la enfermería distributiva emana principalmente de la teoría general de sistemas. En consecuencia, la intención principal de este capítulo será proporcionar un panorama de los conceptos generales de sistemas como una perspectiva para estudiar la práctica de la enfermería distributiva. A lo largo de él presentaremos una definición de los sistemas vivos junto con la discusión de sus características. También se pondrá atención en los sistemas sociales, sus necesidades, y sus modos de transacción. Por último, se irán pormenorizando las ventajas del enfoque general de sistemas.

Los conceptos que aquí se presentan son básicos para el desarrollo del proceso de las destrezas esenciales para la intervención de la enfermería. Abundan los conceptos útiles para la practicante. En 1956, Peplau distinguió más de 250 conceptos para la práctica de la enfermería psiquiátrica.<sup>1</sup> Todos y cada uno de esos conceptos tienen significación para la práctica de la enfermería distributiva; sin embargo, no se hará aquí hincapié en los conceptos tradicionales, tales como la ansiedad, la comunicación, la pérdida, el crecimiento, y el desarrollo. Más bien, nos centra-

remos en conceptos más recientes que están surgiendo de una perspectiva general de sistemas y que pueden aplicarse, más allá de las fronteras clínicas, a una inmensa variedad de situaciones dentro del cuidado distributivo.

## UN PANORAMA DE LOS CONCEPTOS GENERALES DE SISTEMAS

Una idea del mundo bajo un aspecto general de sistemas como fue desarrollada por Von Bertalanffy, Miller, y otros ofrece una perspectiva para contemplar al individuo y a la naturaleza como totalidades interactuantes con conjuntos integrados de propiedades y relaciones.<sup>2-5</sup> Una ventaja clara de usar los conceptos generales de sistemas es que proporciona un lenguaje que permite atravesar las fronteras tradicionales disciplinarias; por ello, proporciona una base de lenguaje común para la mutua comprensión entre los profesionales heterogéneos de la salud.

## DEFINICION Y CARACTERISTICAS DE LOS SISTEMAS

En la teoría general de sistemas, un *sistema* se define como un conjunto de elementos o unidades interactuando entre sí dentro de una frontera que filtra la clase y el régimen de circulación de entradas y salidas hacia el sistema y desde él. Esta definición estipula que los sistemas poseen estructura y función o proceso. La *estructura* de un sistema es la “ordenación estática de las partes de un sistema en cualquier momento en el espacio tridimensional”, mientras que el *proceso* es el “cambio dinámico en la materia, la energía, o la información de ese sistema en el tiempo”.<sup>6,7</sup>

Todos los *sistemas vivos* son *sistemas abiertos* en el sentido de que están abiertos al intercambio de materia, energía, e información a través de las fronteras de su entorno. Más aún, todos los sistemas vivos son *totalidades*, identificables y que son más que la suma de sus partes y diferentes de esa suma. Por ejemplo, los individuos son más que el total de todos sus subsistemas, y una familia es más que la suma adicional de sus miembros. Por ello, los sistemas poseen identidades que los caracterizan como entidades separadas.

Otra característica de los sistemas es que los sistemas están *ordenados jerárquicamente*. Debido a ello, cada sistema tiene un subsistema y un suprasistema. El autosistema y el sistema biológico de una persona pueden considerarse como subsistemas de la persona en tanto que sistema, y la familia puede considerarse como un suprasistema de un individuo en

tanto que sistema. Por ello, los sistemas humanos pueden conceptualizarse como existentes dentro de una jerarquía de órgano, sistema orgánico, y niveles físicos corporales. Igualmente, los sistemas sociales pueden ser conceptualizados como la persona como ser social, grupo, familia como clase especial de grupo, organización compleja, comunidad, y sociedad.

Koestler estaba al tanto de las características de jerarquía cuando acuñó el término de *holón* para indicar que las personas eran totalidad y parte al mismo tiempo, con la tendencia dual a afirmar su propia individualidad como sistema separado, cuasi-autónomo, y también a funcionar como una parte integrada de un sistema mayor.<sup>8</sup> Todos los sistemas, debido a su orden jerárquico interrelacionado, pueden ser considerados igualmente como subsistemas o suprasistemas, dependiendo del punto de vista con que se observen dentro de la jerarquía. De ahí que sea de extrema importancia, cuando se analizan los sistemas, especificar cuál es el sistema de análisis, de interés, o de enfoque. El *sistema blanco* es otro término que se utiliza para especificar el sistema que se está considerando. Cualquier sistema dado puede considerarse como sistema, subsistema, o suprasistema, dependiendo de su colocación en la jerarquía en relación al sistema de interés del momento.

## EL PROCESO DEL SISTEMA

Según Bredemeier, los sistemas sociales poseen tres procesos críticos para la supervivencia de los sistemas.<sup>9</sup> Pensamos que lo mismo puede decirse para los seres humanos en tanto que sistemas abiertos. Los procesos esenciales para la supervivencia del sistema son la *adaptación* al entorno, la *integración* de las partes del sistema o subsistemas, y la *toma de decisiones* acerca de la asignación de recursos para los dos primeros procesos.

La adaptación se refiere al proceso de intercambio entre el sistema y su entorno, en el cual el sistema es influido por su entorno (suprasistema) y a su vez influye en su entorno. Así, la adaptación es un proceso de interacción entre el sistema y su entorno en el límite común sistema-entorno, en el cual el sistema y el entorno sufren cambios. El límite común es el sitio donde se juntan las fronteras de un sistema abierto y su entorno y surge entonces la interacción. El límite común es el borde del sistema donde pueden tener lugar el cambio y el aprendizaje. Sin ese intercambio, un sistema no puede alterar su entorno para obtener lo que necesita para su propia supervivencia.

La integración se refiere al proceso de control ejercido por el sistema sobre sus subsistemas para asegurar el funcionamiento armonioso de



todas sus partes. Esta coordinación es necesaria para lograr los propósitos y llevar a cabo las funciones del sistema. Los subsistemas que escapan al control apropiado del sistema pueden crear una “fuga”, amenazando la vida de todo el sistema. Este sería el caso de un departamento de ventas que promete entregar más productos de los que la compañía puede producir, o la oficina de admisiones de un hospital que admite a más pacientes que la capacidad de camas de una unidad de enfermería. En ambos ejemplos, el funcionamiento del sistema total está amenazado por la acción de un subsistema que no está bien integrado con las otras partes del sistema.

La toma de decisiones se refiere al proceso mediante el que un sistema hace selecciones acerca de la asignación de sus recursos para llevar a cabo su adaptación con el entorno y la integración de sus subsistemas. Cuando los recursos son limitados, como sucede en la mayoría de los sistemas, las decisiones tomadas determinan la viabilidad del sistema dentro de su entorno.

Bredemeier distingue cinco modos de transacción para llevar a cabo los tres procesos esenciales para la supervivencia del sistema. Esos modos transaccionales son: *Gemeinschaft*, legales-burocráticos, de equipo-cooperativos, de regateo, y coercitivos.<sup>10</sup>

La *Gemeinschaft* alude a un tipo de organización social que se integra alrededor de grupos primarios tales como la familia y los lazos de parentesco. Un ejemplo del modo de transacción de *Gemeinschaft* son las relaciones en las que prevalecen la solidaridad, la lealtad y el cuidado. Un subsistema o el entorno actúan de una manera preestablecida “para el bien del sistema” o debido a que los subsistemas o el sistema y su entorno están comprometidos entre sí. Los sentimientos son elevados y el cuidado e interés mutuos prevalecen. En tiempo de crisis, el apoyo mutuo mitiga los efectos de la situación.

En las transacciones legales-burocráticas, los subsistemas o el sistema y su entorno responden mutuamente porque “es su deber” o “porque es la regla”. Los éxitos de las transacciones definidas legalística o burocráticamente dependen del reconocimiento de que un sistema específico tiene autoridad y poder para asegurar el acatamiento.

Las transacciones de equipo-cooperativas se caracterizan por el compromiso en pos de una meta colectiva. Se establecen determinadas actuaciones para el logro de la meta, y en ello cada sistema, subsistema, y el entorno deben poner algo de su parte.

Las transacciones de regateo se centran en cómo un sistema, o un subsistema, puede negociar con el otro para que de esa manera sus necesidades coincidan. El regateo puede convertirse en coerción si se

utiliza la amenaza en la negociación y si uno de los sistemas es mayor que el otro.

La coerción es el modo transaccional menos adaptable y supone el uso de la fuerza, la amenaza, o la decepción para obtener lo que el sistema necesita para su supervivencia. Los sistemas que operan de este modo se comportan en función del castigo, mermando la oportunidad para el crecimiento y el aprendizaje. Con la excepción de la coerción, que se considera una desviación, cualquiera de los modos institucionalizados de transacción servirá efectivamente al sistema, excepto en aquellas situaciones en las cuales exista un desajuste entre los modos transaccionales de un sistema y su entorno, entre un sistema y sus subsistemas, o entre los subsistemas de un sistema dado. Esos desajustes pueden crear conflicto, el cual debe manejarse en forma tal que el sistema funcione.

Según Bertrand, los sistemas abiertos se ocupan en la tarea de adaptación, integración, y toma de decisiones de tres maneras. Primero, un sistema importa productos en un proceso conocido como *entrada (input)*, que es cualquier suceso mensurable o la serie de sucesos que, ocurriendo fuera del sistema, influyen en su salida. Segundo, un sistema transforma, crea, y organiza la entrada en el proceso conocido como *rendimiento (throughput)*, que resulta en la reorganización de la entrada. Tercero, un sistema exporta productos en un proceso conocido como *salida (output)*, que es un producto arrojado fuera del sistema y que puede ser detectado y relacionado con el sistema. Un sistema importa información en forma de entrada, reorganiza la información en forma de rendimiento, y exporta información en la forma de salida.<sup>11</sup>

Otra manera de conceptualizar los procesos de sistemas puede encontrarse en el trabajo de Miller, quien afirma que el hombre, como un sistema abierto, tiene materia, energía, e información. La materia es todo lo que tiene masa y ocupa espacio, mientras que la energía es la capacidad para trabajar. La información es el grado de libertad que existe en una situación dada para elegir entre señales, símbolos, mensajes, o patrones que han de ser transmitidos. Información es el total de la creación de patrones formales y de complejidad en un sistema. Es lo contrario de la incertidumbre. Significado es la significancia de la información para el sistema que la procesa.<sup>12</sup>

## FUNCIONES DE MANTENIMIENTO DE FRONTERAS COMO PROCESO

Todos los sistemas vivos poseen fronteras semipermeables que dan paso a los procesos de intercambio que acabamos de describir. Las fronteras marcan el límite común entre los sistemas. Es precisamente en las fron-

teras donde la información es descifrada selectivamente y donde pueden ocurrir el cambio y el aprendizaje. Las fronteras constituyen el guión en las relaciones de rol; por ejemplo: enfermera-cliente, enfermera-médico. El mantenimiento de fronteras es necesario a los sistemas para prevenir la sobrecarga en términos del *continuum* de equilibrio y de dirección intencionada de cada sistema dentro del entorno.

Bredemeier sugiere que existen cuatro funciones necesarias para el mantenimiento de fronteras de los sistemas sociales en términos de interacción con el entorno: *retención dentro* del sistema de la materia, la energía, y la información que el sistema requiere; *obtención a partir* del entorno de la materia, la energía, y la información necesarias; *contención dentro* del entorno de lo que se requiere; y *traspaso de* materia, energía, e información al entorno. Se requieren todos esos procesos para la supervivencia del sistema.<sup>13</sup>

Thompson y McEwen han sugerido cuatro maneras de mantener las fronteras de los sistemas. La primera es la *competición*, un modo en el cual dos componentes funcionales comparten una relación común frente a una tercera parte o función. Esto ocurre en la práctica de la enfermería cuando las enfermeras “comparten pacientes” con trabajadoras sociales, psicólogos, médicos, y, a veces, familias de los pacientes. La segunda manera es la que los sociólogos llaman *co-optación*. En ésta, los elementos de liderazgo de un sistema son tomados por otro. Durante mucho tiempo, las enfermeras fueron “co-optadas” por los médicos, quienes les decían cómo practicar la enfermería y qué debían enseñar. Las enfermeras no realizaron un buen trabajo para el mantenimiento de sus fronteras, con el resultado de que los médicos ensancharon las suyas. En esencia, se trataba de una manera de “co-optación”. El “regateo” es la tercera manera de mantener fronteras. En ella, existe un acuerdo entre dos sistemas en cuanto al intercambio de bienes o servicios. Es éste el modo que usamos cuando decimos “haré esto por ti si tú haces eso por mí”. La cuarta y última manera es la de *coalición-formación*, en la cual las partes o componentes funcionales se comprometen formalmente para articular las decisiones.<sup>14</sup> Es obvio que esta manera es la preferible. Estrategias como las de regateo y las de coalición-formación son esenciales para influir en la aprobación de una legislación que afectará a la práctica de la enfermería y al cuidado de la salud.

## ESTADOS DE SISTEMAS COMO PROCESO

La *negantropía* (entropía negativa) es un proceso en los sistemas abiertos que conduce al aumento de orden y complejidad en el sistema. Por ello,

el sistema está siempre incrementando sus procesos y estructuras, y, en consecuencia, alterando su estado. El rol, como se discutirá más adelante en una base conceptual para la intervención de la enfermería con los individuos, es un concepto negantrópico en el sentido de que proporciona orden a las transacciones de los sistemas sociales.

La negantropía se logra mediante un proceso de sistemas conocido como retroalimentación. En la retroalimentación, la información acerca de la salida de los sistemas es monitorizada de regreso al sistema como entrada de información. Weiner afirma que la retroalimentación es la propiedad por la que un sistema ajusta su conducta futura basándose en un desempeño pasado.<sup>15</sup> Así, el aprendizaje ocurre cuando la retroalimentación produce un cambio en el patrón general de desempeño.

La *equifinalidad* es la tendencia a lograr un estado final característico de estados iniciales distintos y de diferentes modos, basándose en la interacción dinámica que existe en un sistema abierto. Por ejemplo, profesionales competentes de enfermería pueden ser formados mediante programas educacionales con planes de *curriculum* ampliamente variados. La competencia es el estado final deseado, y los modos de alcanzarla son múltiples. La teorización directa sobre causa-efecto no es compatible con una perspectiva general de sistemas.

Se ha escrito mucho sobre el concepto de *estado uniforme* en la literatura general sobre sistemas. Mientras que ese concepto fue útil en las primeras conceptualizaciones sobre la teoría general de sistemas, no sirve a la hora de captar el movimiento dinámico que entrañan los sistemas abiertos. Bertrand trata sobre esto cuando dice

Los procesos antes descritos (funciones de mantenimiento de fronteras) funcionan de tal forma que permiten a un sistema abierto alcanzar cierta constancia en los intercambios de entrada-salida. Cuando se logra ese equilibrio, se dice que el sistema se encuentra en un estado uniforme o estable. Pero esto no implica decir que el sistema sea estático —hay una dinámica continua en el intercambio de entradas y salidas entre un sistema y su entorno, pero la relación entre las partes del sistema permanece en un equilibrio particular o está cercana a él. En otras palabras, las variaciones en la salida se ajustarán a las variaciones en la entrada.<sup>16</sup>

Se ha echado mano de varios términos para describir tal fenómeno: homeostasis dinámica, equilibrio dinámico, homeocinesis. Ninguno plasma la activa dirección hacia la mayor diferenciación y la complejidad que son características de los sistemas abiertos; pero con cualquier nombre que se le quiera llamar a este *continuum* de equilibrio y movimiento intencionado dentro del entorno, es mantenido por el mecanismo de la retroalimentación.

## LA RETROALIMENTACION COMO PROCESO

Miller afirma lo siguiente respecto del estado de los sistemas y la retroalimentación:

Hay un margen de estabilidad para cada una de las numerosas variables en todos los sistemas vivos. Una entrada o salida, ya sea de materia, de energía, o de información, que, por defecto o por exceso de alguna característica, fuerce a las variables más allá del margen de estabilidad, constituye un estrés y genera un gran esfuerzo dentro del sistema. La información de que el estrés es inminente constituye una amenaza para el sistema: el estrés puede anticiparse. La totalidad de los esfuerzos excesivos dentro de un sistema constituyen un valor, en tanto que la urgencia relativa de reducir esas tensiones específicas representa la jerarquía de valores del sistema.<sup>17</sup>

En los sistemas, por tanto, las decisiones se basan en la entrada de información al sistema como retroalimentación. A medida que la información bajo la forma de ajuste de retroalimentación aumenta, aumenta también la probabilidad de una toma de decisiones eficiente y de estado uniforme. El *propósito* y la *meta* del sistema abierto son los que van a determinar el estado deseado. Y será el *trabajo* del sistema para tomar decisiones el que permitirá mantener un *continuum* de equilibrio y dirección intencionada en el entorno. Todos los sistemas abiertos buscan cierto estado relativamente uniforme deseado, determinado por un conjunto de valores, metas, fines, y propósitos. Cada sistema decide qué ajustes hará en cuanto al estado deseado, puesto que siempre hay un factor de costo-eficiencia que está ligado a tales decisiones en función de materia, energía, e información. Como puntualiza Miller,

La eficiencia con que un sistema se ajusta a su entorno está determinada por las estrategias que emplee al seleccionar los procesos de ajuste y si éstas van a reducir satisfactoriamente las tensiones sin que resulten demasiado costosas. La información apropiada disponible para la toma de decisiones puede mejorar las decisiones...; en consecuencia, es valiosa.<sup>18</sup>

Vickers ha propuesto cuatro maneras de cómo un sistema se ajusta mediante la retroalimentación cuando fallan las respuestas habituales. El sistema puede autoalterarse, alterar el entorno, separarse del entorno, o alterar su estado deseado.<sup>19</sup> Esas opciones pueden ser usadas como guía para la acción por el sistema o por la practicante de enfermería que aspira a ayudar a un sistema en peligro.

## LA APLICACION DE LOS CONCEPTOS GENERALES DE SISTEMAS

¿Cuál es la significancia de los conceptos generales de sistemas para la práctica de la enfermería? Sólo el sistema que procesa información puede

conocer su significado. Sin embargo, un estudio detallado de las ventajas de una perspectiva general de sistemas para la enfermería puede ser útil para entender la aplicación de esos conceptos.

Una perspectiva general de sistemas proporciona nexos conceptuales entre disciplinas, al ofrecer a las profesionales un lenguaje común no limitado por las fronteras de la materia, permitiendo así un diálogo lleno de sentido en medio de una especialización creciente y de una fragmentación cada vez mayor del conocimiento. Este aspecto es importante a la hora de proporcionar cuidados de salud distributiva, que exige que profesionales de numerosas disciplinas trabajen juntos en la consecución de las metas de cuidado de salud. Solamente cuando se desarrollan significados compartidos puede una función de equipo alcanzar metas mutuas para la salud.

Una perspectiva general de sistemas presenta un panorama humanístico de los seres humanos como individuos holísticos, dirigidos a metas, autoconservadores, autocreadores de valor intrínseco, capaces de autorreflexión sobre su propia singularidad. La enfermería como disciplina se ocupa del proceso de la vida en el individuo como un sistema cognitivo, sensible y dinámico, capaz de autorregulación, de persecución de metas, de crecimiento, de desarrollo, y de aprendizaje. Dado que los seres humanos son sistemas abiertos, sus fronteras son permeables a la entrada de materia, energía, e información, lo que hace posible la intervención de la enfermería para facilitar la promoción, el mantenimiento, y la restauración de la salud.

Una perspectiva general de sistemas ofrece un punto de vista ecológico de las personas como organismos complejos interrelacionados, interdependientes, interactuantes, influyendo continuamente en su entorno y siendo influidos por él. Los seres humanos son contemplados como parte de la naturaleza, el suprasistema con el que deben vivir en armonía si quieren funcionar de manera integrada en su entorno.

Un enfoque general de sistemas considera a los individuos en los niveles de sus subsistemas, como seres humanos y como criaturas sociales que se entrelazan unos a otros en sistemas humanos de creciente complejidad ordenados jerárquicamente. Así, la persona, desde el nivel de individuo hasta el nivel de sociedad, puede ser conceptualizada como cliente y convertirse en el sistema blanco para la intervención de la enfermería. Una perspectiva general de sistemas amplía la definición de cliente y proporciona una base racional para la enfermería en familias, grupos, organizaciones complejas, comunidades, y sociedades.

En una perspectiva general de sistemas tienen preponderancia las relaciones, así como los componentes dentro de las distintas estructuras

humanas. Esta preponderancia proporciona una base para entender el concepto de asistencia social, que creemos es de importancia capital en el mantenimiento de la salud y la capacidad para enfrentarse al cambio y a los sucesos entresantes de la vida.

La perspectiva general de sistemas permite la organización de un vasto número de teorías y conceptos dentro de un marco con significado como una base para emitir juicios clínicos. El conocimiento fragmentado caracterizado por un acopio de hechos aislados no puede ser fácilmente recordado y no proporciona un modo sistemático de examinar la situación. Tal y como pensamos, así actuamos. La interrelación de los conceptos de sistemas nos da un marco conceptual de referencia para intervenir con clientes que reconocen la naturaleza de los sistemas humanos.

Una perspectiva general de sistemas, centrada en los procesos de sistemas, facilita una orientación de proceso para la práctica de la enfermería que es dinámica y aplicable a una amplia variedad de áreas clínicas. Las fronteras clínicas se reconocen como abiertas y ya no separan a las profesionales en el diálogo con sus colegas. Los componentes de la práctica de la enfermería son reconocidos como interrelacionados y simultáneos en su acaecimiento. Un concepto lineal del proceso de enfermería abre paso para la conceptualización cíclica de valoración, intervención, y evaluación. Un enfoque de sistemas pretende el análisis sintético de los sistemas humanos en distintos niveles jerárquicos que preservan la totalidad característica de los sistemas bajo consideración. La valoración es reconocida por sus aspectos de intervención, como lo es también el proceso de la evaluación. La importancia de la evaluación de las acciones de enfermería es reconocida por su contribución a la toma racional de decisiones.

Una perspectiva general de sistemas promueve una filosofía prometedora de la enfermería que reconoce el cambio, el crecimiento, y el aprendizaje como posibles debido a la interrelación esencial de todos los sistemas vivos.

## REFERENCIAS

- 1 Hildegard Peplau: *Therapeutic Concepts. Parts 1 and 2*. NLN Exchange Pamphlet (New York: National League for Nursing, 1959).
- 2 Ludwig von Bertalanffy: *General Systems Theory* (New York: Braziller, 1968).
- 3 T. Kenneth Berrien: *General and Social Systems* (New Brunswick, New Jersey: Rutgers University Press, 1968).
- 4 J.G. Miller: *Living Systems* (New York: McGraw Hill 1978).
- 5 Ervin Laszlo: *The Systems View of the World* (New York: Braziller, 1972).

- 6 Shirley A. Smoyak: "Toward Understanding Nursing Situations: A Transactional Paradigm". *Nursing Research*, 18(5):405, 1969.
- 7 *Ibid.*, p.407.
- 8 Arthur Koestler: *The Ghost in the Machine* (New York: Macmillan, 1967), p.56.
- 9 Harry C. Bredemeier: "Social Systems: Integration and Adaptation". Unpublished paper (New Brunswick, New Jersey; Rutgers University).
- 10 *Ibid.*
- 11 Alvin Bertrand: *Social Organization: A General Systems and Role Theory Perspective* (Philadelphia: F.A. Davis, 1972), pp.97-105.
- 12 Miller, *op.cit.*, p.11.
- 13 Bredemier, *op.cit.*
- 14 James O. Thompson and William J. McEwen: "Organizational Goals and Environment". In Amatii Etzioni (ed): *Sociological Reader on Complex Organization* (New York: Holt, Rinehart & Winston, 1969).
- 15 Norbert Weiner: *Cybernetics* (New York: John Wiley & Sons, 1948), pp.47-48.
- 16 Bertrand, *op.cit.*, p.100.
- 17 Miller, *op.cit.*, p.234.
- 18 *Ibid.*
- 19 G. Vickers: "Is Adaptability Enough?" *Behavioral Science*, 4:219-234, 1959.



El propósito de este capítulo sobre organización social es comunicar el conocimiento básico para la comprensión de una perspectiva general de sistemas para la práctica de la enfermería.

## CAPITULO CUATRO

# ORGANIZACION SOCIAL

JOANNE E. HALL

La enfermería distributiva se ocupa de la salud de las personas en tanto éstas se relacionan mutuamente en sistemas sociales, tales como familias, grupos, organizaciones complejas, y comunidades. Esos sistemas sociales conforman el entorno de los individuos y, en esta forma, pueden considerarse como el contexto para la práctica de la enfermería. Estos sistemas sociales pueden ser igualmente los receptores del cuidado de enfermería y, por ende, ser considerados clientes. Si el sistema social bajo consideración es el contexto o el cliente, las enfermeras necesitan comprender los aspectos estructurales de los sistemas sociales para ejercer eficientemente. Así, este capítulo expone el concepto de estructura social y las clases de sistemas sociales como una base para proporcionar cuidado de enfermería de una manera culturalmente aceptable a los sistemas sociales en tanto que clientes, que siempre existen en un contexto de otros sistemas sociales dentro de una sociedad.

## ESTRUCTURA SOCIAL

*Sociedad* es el término usado para referirse a un grupo de personas suficientemente organizadas para llevar a cabo las condiciones necesarias

para la vida en común. Tendemos a concebir a la sociedad como un gran sistema social que contiene muchos subsistemas. Más que interactuar con una sociedad entera, generalmente las enfermeras tratan en su práctica con subunidades específicas de una sociedad. Esas subunidades, o sistemas sociales, pueden considerarse como existentes en una jerarquía interrelacionada de sistemas humanos, incluidos los individuos como seres sociales, las familias como una clase especial de grupo, otros grupos, organizaciones complejas, y comunidades, como se ilustra en la figura 4-1. Cada subunidad de la sociedad es una entidad separada en sí misma, y, al mismo tiempo, es el contexto para las subunidades de menor complejidad en la jerarquía. Por ejemplo, las familias son sistemas que pueden ser receptores de la intervención de enfermería, y de esta forma se definirán como clientes, o el entorno para individuos pacientes y, por ello, el contexto del cuidado de enfermería.

Además de ser cliente y contexto, cada sistema social es también un componente de los sistemas más complejo de lo que lo es en la jerarquía de los sistemas sociales. Por ejemplo, los individuos son seres separados, y al mismo tiempo se interrelacionan como los componentes que forman familias y otros grupos. Los grupos son entidades separadas cuando se los considera como sistemas, y al mismo tiempo son subsistemas cuando

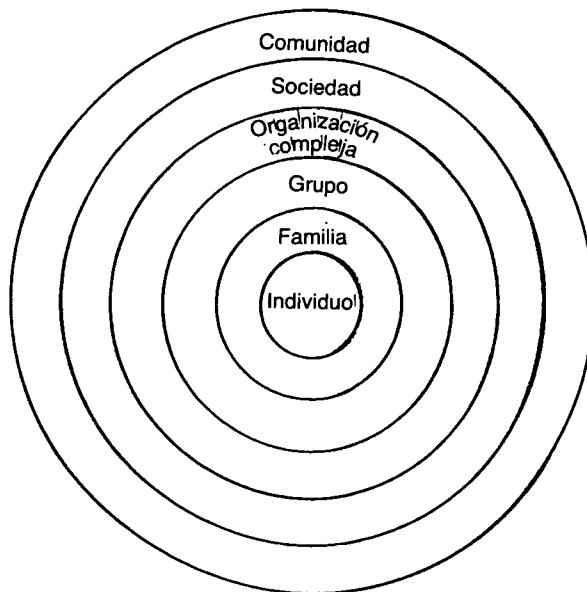


FIGURA 4-1  
*Jerarquía de los sistemas sociales.*

se examinan como componentes de organizaciones complejas. Las familias, los grupos, y las organizaciones complejas son subunidades de las comunidades; y un número de comunidades, cuando se las considera en conjunto, pueden conformar una sociedad. Así, los sistemas sociales son todos y partes, y como tales pueden ser componentes, clientes, o contextos, dependiendo en qué sistema son objeto de estudio en un momento dado.

Koestler usó el término *holón* para indicar la naturaleza dual de los sistemas.<sup>1</sup> Holón viene del griego *holos*, que significa todo, con el sufijo *on*, indicando parte. El concepto de holón concilia la aparente naturaleza paradójica del todo-parte de los sistemas, al recordarnos que los sistemas sociales con los que estamos interactuando como entidades supuestamente separadas nunca están realmente separados. Existen siempre, influyen y son influidos por su contexto de otros sistemas sociales. De ahí que estén interrelacionados y que sean interdependientes con otros componentes de la sociedad.

La sociedad y sus sistemas de componentes sociales poseen estructura, que persiste en el tiempo y les da las características por las que pueden ser identificados. La estructura social se compone de cultura y de organización social. Por cultura se designa a un cuerpo de patrones transmisibles de conducta que prevalecen en la sociedad. Sin embargo, la cultura determina el ideal de conducta valorado por una sociedad más que los patrones reales de conducta desempeñados por los individuos. El término *organización social* ha sido utilizado para indicar la diferencia entre el ideal como definido por la cultura y los patrones reales de conducta de los miembros de una sociedad.<sup>2</sup> Este capítulo se centra en el tópico de la organización social, mientras que la relación de la cultura con la práctica la describe Graedon en el capítulo 19.

## ORGANIZACION SOCIAL

Por organización social se entiende una red organizada de interacción a nivel de la sociedad total o de cualquiera de sus subunidades.<sup>3</sup> La vida humana es sustentada y constreñida por la necesidad de formar sistemas de cooperación para la supervivencia individual. Los individuos no pueden existir, por lo menos en un sentido social, totalmente solos. Los sistemas de cooperación necesarios para la supervivencia se manifiestan como patrones interaccionales que han sido ordenados y que son predecibles. Las regularidades aparentes en la conducta humana que llevan al establecimiento de la organización social son dinámicas por naturaleza.

La característica dinámica de la organización social surge, en parte, del hecho de que los componentes/elementos de los sistemas sociales están enlazados por la comunicación de la información. Esto distingue a la organización social de la organización física u orgánica, que están relacionadas mediante energía o sustancia.<sup>4</sup> La organización social es igualmente dinámica en virtud de las muchas variables que interactúan para producirla.

## CONTEXTO INTERACCIONAL DE LA ORGANIZACION SOCIAL

La organización social es explicada en función de procesos interaccionales que ocurren dentro de los sistemas sociales y entre ellos.<sup>5</sup> Estos procesos interaccionales pueden ser entendidos en función de un modelo desarro-

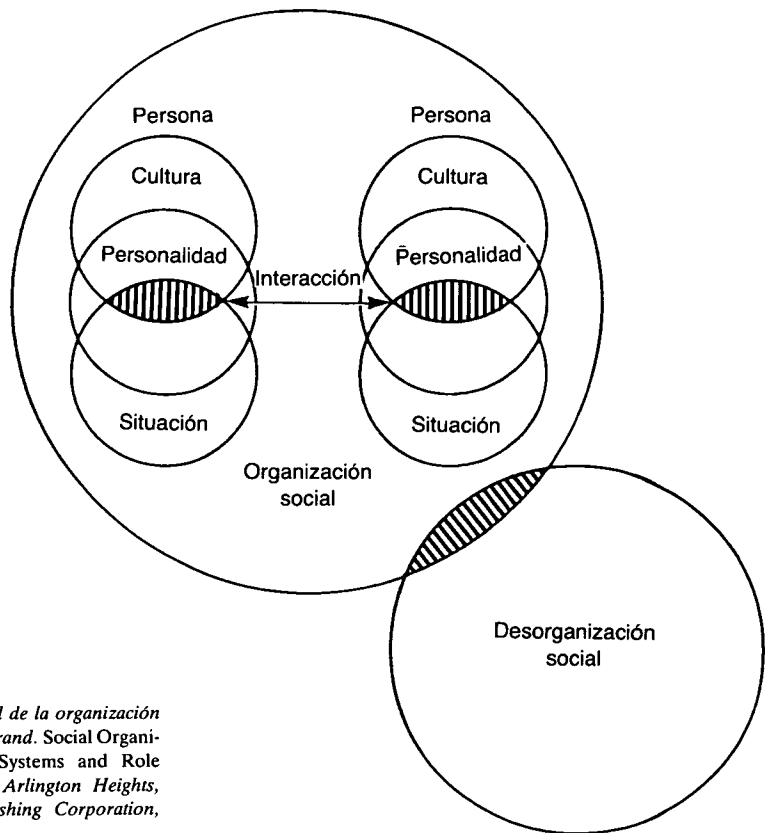


FIGURA 4-2  
Contexto interaccional de la organización social. (De Alvin Bertrand. *Social Organization: A General Systems and Role Theory Perspective*. Arlington Heights, Illinois: AHM Publishing Corporation, 1972, p.6.)

llado por Bertrand que muestra tres conjuntos de variables en la determinación de un hecho dado. (Véase la figura 4-2.) Los tres conjuntos de variables son el cultural, el de personalidad, y el situacional en la naturaleza.<sup>6</sup>

En el modelo de Bertrand, las variables culturales representan las expectativas idealizadas, comúnmente compartidas para la acción, que cada persona ha adquirido mediante la socialización (el proceso de aprendizaje de los patrones culturales de la sociedad de uno) y que cada individuo aporta a la situación interaccional.<sup>7</sup> Dentro de las variables culturales es donde se encuentran los valores y sus normas y roles de apoyo idealizados.<sup>8</sup>

Según Bertrand, se necesitan tres puntos de vista básicos para comprender la significancia que las variables culturales tienen para la acción y la dinámica de la organización social. Primero, la cultura no es conducta concreta en sí misma, pero contiene patrones normativos de conducta aceptados por la sociedad. Esto es, la cultura contiene lo que la gente *debería* hacer, no lo que hace en realidad. Segundo, los individuos en todo sistema social encuentran que el “grueso” de su conducta hace referencia a la socialización *total* que ellos han experimentado. Puesto que la socialización total de cada individuo es diferente, cada individuo aporta algo diferente a cada interacción en función de su experiencia. Tercero, se espera que los individuos se comporten en un sistema social de modos *únicos* para las funciones y los propósitos de ese sistema social. La conducta que puede ser apropiada en un sistema social puede no ser adecuada en otro.<sup>9</sup> Por ejemplo, ciertas expresiones de intimidad apreciadas dentro de las familias pueden no ser permitidas en grupos de trabajo.

Si reflexionamos sobre esas tres concepciones de las variables culturales, comprobaremos que la estructura cultural proporciona los elementos básicos para una conducta ordenada y la organización social. Sin embargo, puesto que la gente no hace siempre lo que debiera conforme lo dictan las normas culturales, no están socializadas idénticamente, y poseen percepciones distintas acerca de lo que es una conducta apropiada en los diferentes sistemas sociales, deben esperarse tensiones en las situaciones de conducta.<sup>10</sup>

Un segundo conjunto de variables en el modelo de Bertrand describe las personalidades de los individuos que se comprometen en la interacción. La personalidad puede ser definida como “la suma total de los atributos de los individuos, incluyendo sus características tanto biológicas como psicológicas”. Las variables de personalidad representan las contribuciones que las personalidades de los individuos hacen para su interacción. Esas variables incluyen características tales como edad, sexo, raza, inte-

ligencia, atributos físicos, y diferencia de madurez. Naturalmente, no hay dos personas que tengan exactamente la misma personalidad, un hecho que se añade a la naturaleza dinámica de la organización social y también a la desorganización social.<sup>11</sup>

El tercer conjunto de variables ilustrado en el modelo se ocupa de los factores situacionales en el entorno sobre los cuales la gente no tiene control alguno o éste es mínimo.<sup>12</sup>

El área sombreada del modelo, donde se sobreponen los tres conjuntos de variables, representa el mapa cognitivo que cada persona aporta a las situaciones de conducta. Este mapa está formado mediante procesos tales como los de percibir, recordar, y juzgar, y toma en cuenta las consecuencias del control social de un hecho dado. Esos procesos cognitivos arrancan de los estímulos de la comunicación.<sup>13</sup>

La interacción de las variables culturales, de personalidad, y situacionales representa los aspectos dinámicos de la organización social como se manifiestan a través de actos de conducta. Los actos pueden ser interpretados como expresiones de “vida-real” de las normas y los roles sancionados por la sociedad. En tanto que el comportamiento real del individuo no exceda los límites permisibles de normas y roles definidos por la cultura, resulta la organización social. Cuando se traspasan esos límites, resulta la desorganización social. Casi siempre hay una zona de transición que separa la conducta aceptable de la no aceptable, como se ilustra en el modelo mediante el círculo pequeño, que representa la desorganización social, en la intersección del círculo más grande que representa la organización social.<sup>14</sup>

## LOS ORIGENES DE LA ORGANIZACION SOCIAL

La organización social puede surgir de muchas maneras, tales como del consentimiento mutuo de los participantes, de la coerción de una persona que participa o de una fuerza exterior, o por circunstancias fortuitas.<sup>15</sup> Prescindiendo del evento iniciador, lo que parece necesario para que se desarrolle la organización social es una noción muy clara de lo que debe realizarse a través de la organización y un acuerdo fundamental sobre el modo cómo la relación se llevará. Las partes involucradas deben estar dispuestas a suscribir una cultura común, esto es, un conjunto común de valores y significado. Si esto no fuera cierto, por lo menos dentro de unos límites, las normas no podrían establecerse y la organización social no persistiría. Aunque es de esperar la tensión en la organización social, las metas que se han de conseguir deben ser consideradas lo suficiente-

mente importantes para que el acuerdo sea considerado como un sacrificio que vale la pena. La importancia de la metas mutuas y normas aceptadas es, por ello, imperativa para el establecimiento y la supervivencia de la organización social.<sup>16</sup>

## LOS PRINCIPIOS DE LA ORGANIZACION

Una vez en marcha, la organización social debe ser mantenida. Parsons y Shils han identificado dos principios clave de organización. Estos principios son la asignación y la integración.<sup>17</sup>

### *La asignación*

No se puede formar ninguna organización ni puede continuar existiendo sin algún tipo de proceso mediante el que se asignen roles, recursos y recompensas. De otro modo, en vez de organización, ahí no habría más que caos.<sup>18</sup>

**ROLES** Los roles son grupos de normas, o conductas aceptables, todas ocupadas en la misma función que la gente desempeña cuando participa en las relaciones sociales. En organizaciones más informales, como las familias y los grupos pequeños, los roles se asignan sobre la base de la destreza, la aptitud, o la fuerza física en la fase inicial de la organización. Tales roles normalmente cristalizan en posiciones a medida que los actores individuales asumen más de una función —esto es, juegan más de un rol en la organización.<sup>19</sup>

La asignación de los roles se lleva a cabo de manera distinta en las organizaciones formales, tales como las organizaciones complejas. En esos tipos de sistemas, existe por lo regular un conocimiento previo de los requerimientos del rol que emanan de los acuerdos a los que han llegado los participantes.<sup>20</sup> Los roles en las organizaciones complejas, como las de los hospitales, agencias de salud comunitaria, y escuelas de enfermería, son resueltos en una forma heliográfica, con los requerimientos profesionales del rol generalmente convenidos antes de que se asigne el rol. Las descripciones del empleo son en efecto definiciones de los requerimientos del rol para una posición dada. De ahí que la asignación de los roles sea una solución al problema de acoplar las capacidades y los recursos humanos a las funciones que deben llevarse a cabo para que el sistema social pueda existir.<sup>21</sup> A ello se debe que el acceso a los roles en los sistemas sociales esté regulado y relacionado con la posesión de

determinadas cualidades. Esto también habla de la importancia de identificar los requerimientos del rol y el desarrollo de las descripciones del empleo en las agencias del cuidado de la salud.

**RECURSOS** Los roles necesitan recursos para su cumplimiento. Los recursos pueden consistir en tiempo, espacio, dinero, objetos físicos, y personas cuyo conocimiento y habilidades sean esenciales para representar el rol. Un problema de los sistemas sociales es la asignación de recursos para la actuación de los roles. A menos que esto se realice en forma justa con el fin de que las funciones se cumplan, la eficiencia de las actividades orientadas a metas del sistema estará amenazada. La asignación de recursos es la asignación de poder. Y si la asignación de poder no se realiza con prudencia, es posible que el sistema experimente un conflicto que irá en aumento y pueda en ocasiones desintegrar al sistema.<sup>22</sup>

**RECOMPENSAS** El tercer problema que debe resolverse para mantener la estructura de un sistema social es la asignación de recompensas o el empleo de sanciones positivas. Las recompensas deben distribuirse de tal modo que estimulen una conducta congruente con las funciones y las metas del sistema. En este sentido, las recompensas están relacionadas con los recursos, pero existe una diferencia fundamental entre ambos. Los recursos son valiosos porque son útiles al proporcionar un beneficio. Las recompensas son deseadas por sí mismas. Algunas partidas pueden consistir en ambos, recurso y recompensa, si son asignadas como reconocimiento de un buen desempeño y como un medio de incrementar la productividad. El prestigio se relaciona a las recompensas del mismo modo que el poder se relaciona a los recursos. La asignación de recompensas es una manera de señalar qué personas en el sistema han alcanzado prestigio en el desempeño de sus roles.<sup>23</sup>

### *Integración*

El segundo principio clave en el desarrollo de la organización social es la integración. Esta implica que todos los patrones interaccionales deben estar lo suficientemente bien coordinados para lograr las metas deseadas y cumplir con las funciones del sistema social. Los roles, los recursos, y las recompensas deben relacionarse entre sí de tal manera que sirvan al propósito de la organización. En general, cuanto mayor sea la integración, mayor será la eficiencia en la operación del sistema social.<sup>24</sup>

La institucionalización de patrones orientados a valor constituye el mecanismo de integración para los sistemas sociales.<sup>25</sup> Cuando está inte-



grado adecuadamente, cada sistema social tiene normas que son aplicables directamente a su organización; cuando los límites de tolerancia de esas normas son sobrepasados, el sistema aplica sanciones negativas.<sup>26</sup>

No es razonable esperar que un sistema social esté completamente integrado —esto es, que logre un estado de coordinación perfecta entre los roles, recursos, y recompensas—, debido a la incapacidad humana para conseguir un acuerdo total sobre las conductas de rol. En virtud de las experiencias y valores individuales, cada persona interpreta una situación de modo diferente. En consecuencia, está presente un proceso permanente de desorganización de algún modo en cada sistema social. Tal conflicto contiene un potencial para respuestas innovadoras al poder desorganizar lo viejo y reorganizarse a un mayor nivel de eficiencia. Al tratar de manera constructiva el conflicto, los individuos en los sistemas sociales pueden hallar soluciones nuevas y creativas para los problemas que de otro modo no podrían resolverse.<sup>27</sup>

Por ello, según Bertrand, la organización social surge debido a que la necesidad de cooperación es un imperativo de supervivencia.<sup>28</sup> Los problemas de asignación e integración de función deben resolverse con el fin de mantener la organización. En contraste con los dos principios clave de organización de Parsons y Shils, que son imperativos para la organización social, Bredemeier señala tres procesos cruciales para la supervivencia de los sistemas sociales. Ellos son la adaptación, la integración, y la toma de decisiones acerca de cómo asignar los recursos del sistema con el fin de poner en práctica los dos primeros procesos.<sup>29</sup> (Estos tres procesos han sido analizados con mayor profundidad por Sills y Hall en el capítulo 3.) Teniendo en cuenta que para Bredemeier tiene un mayor relieve la integración con el entorno, se puede notar la similitud de los procesos esenciales para la organización social tal como los identifican estos científicos sociales.

## SISTEMA SOCIAL

El término *sistema social* aparece a lo largo de todo el libro; por ello, es preciso que investiguemos aquí la naturaleza y las características de los sistemas sociales. Berrien definió al sistema “como un conjunto de componentes interactuando entre sí y una frontera que posee la propiedad de filtrar tanto la clase como el régimen de circulación de entradas y salidas al sistema y desde él”.<sup>30</sup> Los componentes y las fronteras constituyen la estructura del sistema, mientras que la interacción entre los componentes y entre el sistema y el entorno denota los procesos del sistema.

Un sistema social es un sistema abierto; sus fronteras están abiertas a la entrada desde el entorno, y por ello se encuentra en interacción con su entorno. Un sistema social puede ser conceptual o concreto por naturaleza. Un sistema social que sirve como modelo para construir la organización social se dice de él que es conceptual. Como modelo conceptual, puede imaginarse como un sistema de acción social que persiste en el tiempo, y que puede ser largo o corto en duración. Las partes del sistema social son interaccionales y se manifiestan como procesos de acción y reacción. Un sistema social concreto se dice que existe cuando dos o más personas interactúan directamente hacia el logro de una meta y son guiadas por patrones de estructuras y símbolos y expectativas compartidos.<sup>31</sup>

## LOS ELEMENTOS ESTRUCTURALES DE LOS SISTEMAS SOCIALES

Según Bertrand, tres elementos básicos componen la estructura de todos los sistemas sociales: la norma, el rol, y la posición.<sup>32</sup>

### *Norma*

La unidad más pequeña de la estructura social es la norma; ésta es definida como la conducta requerida o aceptable para una situación interaccional dada. Una norma es un acto único de conducta. Las normas proporcionan estándares para el comportamiento y estándares para la conducta de juicio.<sup>33</sup> La puntualidad puede ser una norma para un grupo del personal de enfermería que debe llegar a tiempo con el fin de proporcionar continuidad de cuidado a una unidad hospitalaria de pacientes. En tanto se cumpla con la norma, poca importancia se le da. Una vez transgredida, el individuo que llega tarde recibe un mensaje verbal o no-verbal, o ambos, de que tal conducta no es aceptable. En la misma unidad, la agenda del coordinador del cuidado de los pacientes puede variar de un día a otro debido a la responsabilidad durante las 24 horas por la supervisión de la unidad aunado ello a la posición. Por lo tanto, las normas son conductas esperadas. Tienen sus raíces en la estructura cultural, donde los valores y los intereses tienen su origen, y se adquieren a través del proceso de la socialización.<sup>34</sup> Las normas individuales en general se presentan en racimo (fig. 4-3), y cuando se toman en conjunto constituyen los roles (fig. 4-4).

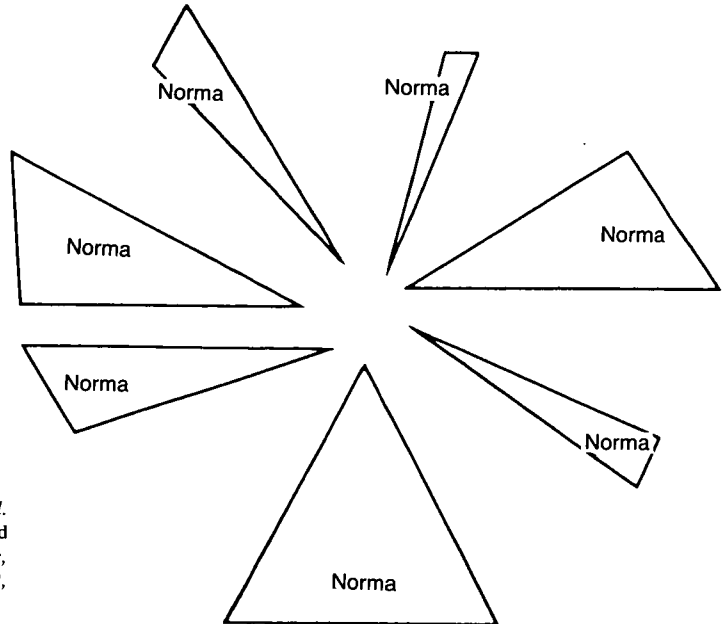


FIGURA 4-3  
*Las normas individuales. (De Alvin Bertrand. Social Organization: A General Systems and Role Theory Perspective. Arlington Heights, Illinois: AHM Publishing Corporation, 1972, p.36.)*

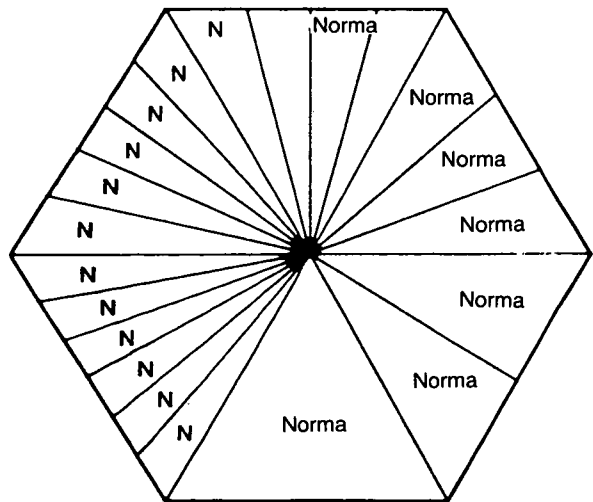


FIGURA 4-4  
*Las normas se combinan para formar un rol. (De Alvin Bertrand. Social Organization: A General Systems and Role Theory Perspective. Arlington Heights, Illinois: AHM Publishing Corporation, 1972, p.37.)*

## *Rol*

El rol es la segunda unidad estructural de los sistemas sociales. Consiste en subconjuntos de normas más o menos integrados, todos dedicados a la misma función y poseyendo características que permiten predecir la conducta.<sup>35</sup> Un individuo que desempeña un determinado rol exhibe la conducta que se espera del rol, lo que permite predecir la conducta de la persona. Los roles pueden ser conceptualizados como relaciones diádicas, tales como marido-esposa, padre-hijo, maestro-alumno, enfermera-paciente. El guión simboliza la naturaleza interaccional de la relación entre las personas que viven en el rol.<sup>36</sup> Como Hart y Herriott señalarán en el capítulo 8, los roles no se representan en aislamiento; más bien, deben negociarse entre los que participan en el rol. Así, aunque los roles tienen predictibilidad como característica primaria, su actuación es siempre hasta cierto punto única debido a las variables de personalidad y de situación que influyen sobre ellos.

En otro sentido, los roles son independientes de sus actores en cuanto que existen conceptualmente sin tener que ver con los individuos que los viven en un momento determinado. Por tanto, es posible describir un rol en términos conceptuales sólo para que sea desempeñado de una manera muy diferente a como fue imaginado, debido a la personalidad del actor y a los factores situacionales sobre los que no se puede tener mucho control.

## *Posición*

El tercer elemento estructural básico en los sistemas sociales es la posición. Esta unidad es una síntesis de roles relacionados y representa la ubicación

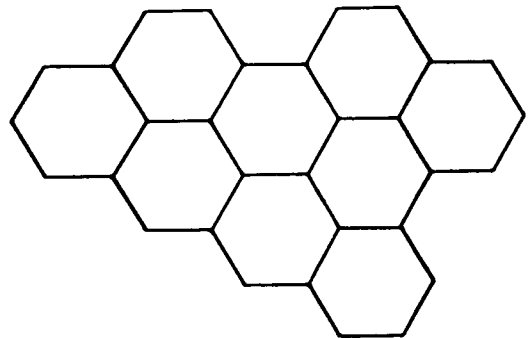


FIGURA 4-5  
 Los roles se combinan para formar una posición.  
 (De Alvin Bertrand. *Social Organization: A General Systems and Role Theory Perspective*. Arlington, Heights, Illinois: AHM Publishing Corporation, 1972, p.37.)

de las personas en los sistemas sociales (fig. 4-5). Como los roles, las posiciones no son sinónimo del individuo que ocupa la posición en un momento dado.<sup>37</sup> Por ejemplo, una unidad de enfermería puede tener una posición de enfermera jefe tanto si un individuo está desempeñando los varios roles que componen la posición o no lo está haciendo. Cuando una enfermera es contratada para desempeñar los requerimientos de la posición, decimos que la posición está “ocupada”, o, cuando no hay nadie disponible, decimos que la posición está “vacante”.

A menudo, los términos *rol* y *posición* se emplean indistintamente, lo que muchas veces crea confusión. Al actuar así, tratamos de pensar en el rol de enfermera jefe como si sólo hubiera uno, cuando en realidad las enfermeras jefe cumplen muchos roles al llevar a cabo los requerimientos de la posición.

Un individuo puede ocupar una sola posición en un sistema de grupo único, pero puede ocupar varias posiciones en una estructura de multigrupo como una organización compleja.<sup>38</sup> Por ejemplo, una persona puede ocupar la posición de enfermera jefe y en la misma organización ser la presidenta de un comité para sentar estándares de cuidado a los pacientes. Igualmente, sólo un rol en una posición puede ser activo en un momento dado porque no es posible para un individuo responder más que a una expectativa de conducta a la vez. Por tanto, una persona puede comprometerse en una relación de rol que sea simultáneamente recíproca con una gran cantidad de personas, pero no puede comprometerse a la vez en dos roles ubicado en la misma posición. Por ejemplo, un miembro de una facultad clínica puede compartir un rol con un número de estudiantes de enfermería en un momento dado (el rol maestro-alumno), pero al mismo tiempo no puede funcionar en una relación recíproca con la directora del servicio de enfermería. Aunque las normas y los roles se caracterizan por su tendencia a ser consistentes en la formación de posiciones, el conflicto es posible, tal vez incluso factible, cuando una persona es responsable frente a dos fuentes diferentes de autoridad para los distintos roles que conforman la posición.<sup>39</sup> Por ejemplo, las personas que ocupan una posición combinada de especialista clínica-instructora clínica y que dependen conjuntamente de la directora del servicio de enfermería pueden esperar encontrar en conflicto varios roles de la posición.

## CLASES DE SISTEMAS SOCIALES

Por debajo del nivel de sociedad, existen tres clases genéricas de sistemas sociales. Estas son los grupos, las organizaciones complejas, y las comu-

nidades. (La familia es considerada un tipo especial de grupo pequeño.) La distinción básica entre grupos, organizaciones complejas, y comunidades como sistemas sociales radica en la estructura de grupo simple frente a la estructura de multigrupo.<sup>40</sup>

### *Grupos*

Un grupo es algo más que un simple agregado de individuos. Un grupo es un sistema social en el que sus miembros comparten roles y se identifican entre sí sobre una base personal en el tiempo. Las relaciones de rol de los miembros del grupo persiguen el logro de una meta que buscan en común. Los miembros deben tener tiempo suficiente para regularizar sus actividades; por ello, los grupos excluyen las interacciones ocasionales frente a frente durante cortos períodos de tiempo. Los grupos, como las familias o los grupos pequeños de trabajo, pueden concebirse en abstracto como sistemas sociales simples. Sin embargo, cuando la gente real ocupa las posiciones que forman un grupo y desempeñan los roles asociados, surge a la vida un grupo social que es distinto de la construcción teórica que sirve como etiqueta para este tipo de organización social.<sup>41</sup>

### *Organizaciones complejas*

Las organizaciones complejas representan el segundo nivel en la clasificación de los sistemas sociales. Son el primer nivel de la estructura de multigrupo por cuanto comprenden un número de grupos dedicados a propósitos específicos. De nuevo, las organizaciones complejas pueden referirse a los sistemas sociales existentes en la realidad o pueden referirse a una construcción teórica.<sup>42</sup> Aunque frecuentemente se les llama instituciones, los hospitales, sanatorios particulares, y agencias de salud domiciliaria, son ejemplos de organizaciones complejas. El término *institución* está reservado para uso en el nivel de sociedad.

**COMUNIDADES** Las comunidades son el siguiente tipo más complejo de sistemas sociales después de las organizaciones complejas. Las comunidades consisten en un número de grupos y organizaciones complejas que se reúnen formando una red de relaciones sociales. Una comunidad es un sistema social que encierra un número suficiente de estructuras sociales institucionalizadas para individuos, grupos y organizaciones con objeto de satisfacer sus necesidades mediante la formación de relaciones simbólicas de rol que cortan por el camino más corto en la estructura

total del sistema. Por ello, una comunidad es la unidad más pequeña de estructura social que puede mantenerse por sí misma. Las normas, los roles, y las posiciones incluidos en la estructura de la comunidad persisten en el tiempo, si bien los actores que representan los requerimientos de conducta puedan ir y venir. Las comunidades, en un sentido psicológico, no están limitadas por fronteras geográficas identificables. Más bien, la comunidad como un concepto de organización social debe ser vista primeramente como ocupando un espacio social más que un espacio físico.<sup>43</sup> Por ejemplo, cuando hablamos de una comunidad de estudiantes de enfermería, podemos estar hablando de individuos que se encuentran ampliamente dispersos desde el punto de vista geográfico, pero que comparten una dedicación común por el avance de la teoría y la ciencia de la enfermería.

**SOCIEDADES** Las sociedades representan el tipo más grande de sistema social que puede concebirse fuera de un sistema mundial. Una sociedad debe encerrar dentro de ella más de un grupo o una organización compleja. En general, consiste en un número de comunidades, aunque es posible que una sociedad dada pueda no ser mayor que una simple comunidad. Una definición formal de sociedad es un sistema social de tamaño y organización suficientes para llenar el mínimo de condiciones necesarias para la supervivencia como unidad estructural social independiente. Como se explicó antes, el de sociedad es un término que se emplea para referirse a personas lo suficientemente organizadas para cumplir con las condiciones necesarias para vivir juntas en el correr del tiempo. No hay que confundirla con su cultura, que es el cuerpo de patrones transmisibles para vivir o los estándares normativos de conducta valorados por los miembros de la sociedad.<sup>44</sup>

## REFERENCIAS

- 1 Arthur Koestler: *The Roots of Coincidence* (New York: Random House, 1973), p.112.
- 2 Alvin L. Bertrand: *Social Organization: A General Systems and Role Theory Perspective* (Arlington Heights, Illinois: AHM Publishing Corporation, 1972), p.2.
- 3 *Ibid.*, p.3.
- 4 *Ibid.*, p.4.
- 5 *Ibid.*, p.5.
- 6 *Ibid.*, pp.5-6.
- 7 *Ibid.*, p.5.
- 8 *Ibid.*, p.6.
- 9 *Ibid.*, p.5.
- 10 *Ibid.*
- 11 *Ibid.*, pp.5-7.

- 12 *Ibid.*, p.7.
- 13 *Ibid.*, pp.7-8.
- 14 *Ibid.*
- 15 *Ibid.*, pp.19-21.
- 16 *Ibid.*, p.16.
- 17 Talcott Parsons and Edward A. Shils (eds.): *Toward A General Theory of Action* (New York: Harper-Torchbook, 1962), pp.197-204.
- 18 Bertrand, *op.cit.*, pp.23-24.
- 19 *Ibid.*, p.24.
- 20 *Ibid.*
- 21 *Ibid.*
- 22 *Ibid.*, pp.25-26.
- 23 *Ibid.*, pp.25-26.
- 24 *Ibid.*, pp.26.
- 25 Parsons and Shils, *op.cit.*, p.203.
- 26 Bertrand, *op.cit.*, p.26.
- 27 *Ibid.*, p.27.
- 28 *Ibid.*, p.1.
- 29 Harry C. Bredemeier; “*Social Systems Integration and Adaptation*”. Unpublished paper. (New Brunswick, New Jersey: Rutgers University).
- 30 F. Kenneth Berrien: *General and Social Systems* (New Brunswick, New Jersey: Rutgers University Press, 1968), pp.14-15.
- 31 Bertrand, *op.cit.*, pp.33-34.
- 32 *Ibid.*, pp.34-35.
- 33 *Ibid.*, p.34.
- 34 *Ibid.*, pp.34-35.
- 35 *Ibid.*, p.35.
- 36 Grayce M. Sills: Personal Communication, 1972.
- 37 Bertrand, *op.cit.*, p.35.
- 38 *Ibid.*
- 39 *Ibid.*
- 40 *Ibid.*, p.44.
- 41 *Ibid.*, pp.44-45.
- 42 *Ibid.*, pp.45-46.
- 43 *Ibid.*, p.46.
- 44 *Ibid.*, pp.46-47.



Este capítulo desarrolla los conceptos de persistencia, cambio, y crisis por cuanto se relacionan con la intervención de la enfermería en los sistemas humanos.

## CAPITULO CINCO

# PERSISTENCIA, CAMBIO, Y CRISIS

EDNA M. MENKE

## CAMBIO Y PERSISTENCIA

Huelga decirlo, las enfermeras se hallan comprometidas con la persistencia, el cambio, y la crisis por cuanto ayudan a individuos, familias, grupos, y comunidades a mantener o a alcanzar estados óptimos de salud. Todos los sistemas sociales se ven constantemente sometidos a cambios internos y externos en sus entornos. El cambio es un suceso habitual en el entorno, y, como sociedad, parece que somos partidarios de él. Sin embargo, a menudo parece que estamos más acostumbrados a responder, más que a iniciarlos, a los cambios que se presentan en nuestra propia esfera social. Como resultado, el cambio puede “llegar a ser tan perturbador y molesto que empecemos a sentirnos obsoletos, paralizados, impotentes, atrapados a veces en una soledad inmensa”.<sup>1</sup> Por ello, un sistema puede sufrir una crisis, la que supone en sí una necesidad para el cambio si el sistema tiene que afrontar una situación estresante. El cambio se enfrenta de muchas maneras. Algunos individuos se verán envueltos en actividad constante de modo que no van a tener tiempo para afirmar sus autosistemas; otros recurrirán a las drogas, al alcohol, al yoga, al entrenamiento autógeno, al consejo profesional, y así por el estilo.

A menudo, el cambio y la persistencia se consideran procesos dicóto-

mos. En realidad, ambos son complementarios. La persistencia es un estado natural, invariable, que se da por supuesto y que no necesita ser explicado.<sup>2</sup> La persistencia sirve de fuerza estabilizadora, funcional, para un sistema. La estabilidad es necesaria a un sistema para que éste pueda llevar a cabo sus funciones y contender con situaciones nuevas en su entorno. Cuando un sistema exhibe signos de alarma, la persistencia deja de funcionar y se hace necesario cierta clase de cambio.

El cambio se ha relacionado con el comienzo de la enfermedad. Holmes y Rahe han ideado una escala gradual de valores para fijar los cambios que afectan a los individuos.<sup>3</sup> La escala se centra sobre el problema de qué cantidad de cambio pueden soportar los individuos durante un año. La investigación señala que existe una probabilidad creciente de que las personas se enfermen si sufren demasiados cambios. Buhl ha identificado cinco tipos de cambio que son situaciones potenciales de crisis.<sup>4</sup> El primero es un cambio en la percepción del autosistema del individuo; por ejemplo, la transición de la infancia a la adolescencia. El segundo es un cambio en la imagen corporal; por ejemplo, la mujer que ha sufrido una mastectomía. El tercero es el cambio en las redes sociales significativas como resultado de muerte, divorcio, o separación. El cuarto es el cambio en el entorno físico, como el traslado a otra ciudad. El quinto es el cambio en creencias, valores, y expectativas. Ninguno de esos tipos de cambio es independiente de los otros. Es posible que los sistemas sufran los cinco tipos de cambio y aun así sean capaces de arrostrarlos. Por otro lado, un tipo de cambio puede llegar a ser tan abrumador para un sistema que el sistema entre en crisis. Si las enfermeras pueden identificar algunos de los cambios a los que se están enfrentando los individuos y sus familias, la intervención de enfermería puede ser más preventiva. Sin embargo, las enfermeras a menudo se ven tratando a individuos y sus familias que ya están enfermos y sufriendo la crisis, en cuyo caso la intervención debe ser terapéutica. El propósito de este capítulo es presentar un marco conceptual para el cambio y la crisis y sugerir ejemplos para uso de las enfermeras.

El cambio es un concepto importante para que las enfermeras lo entiendan y lo usen en la intervención. El cambio es un fenómeno con el que todos los individuos y sistemas sociales tienen que tratar, puesto que el cambio ocurre en todos los niveles de un sistema. De acuerdo con O'Neill, "la gente en nuestra sociedad y en todo el mundo tiene que hacer frente a *más* cambios y a un paso *más* rápido de lo que nunca antes había ocurrido en la historia humana, y el efecto es que puede ser tan desorientador y perturbador como estimulante".<sup>5</sup> Los sistemas desean el cambio cuando se dañan lo suficiente, padecen aburrimiento o tedio, y

descubren que el cambio es posible.<sup>6</sup> El cambio planificado es deliberativo por lo que respecta al sistema y puede implicar colaboración y consulta. El cambio planificado tiene dirección, supone la integración de lo viejo con lo nuevo, considera las ramificaciones del cambio en cada nivel del sistema, tiene como su meta el mejoramiento en la función del sistema, y se basa en el conocimiento científico.<sup>7-10</sup> Por ejemplo, si un cambio planificado va a ocurrir en el nivel familiar del sistema, las ramificaciones serán también analizadas en función de los subsistemas y de los suprasistemas. Según Chin, los prerequisites para una teoría del cambio son que el aspecto que va a cambiar de un sistema debe tener variables manipulables; las variables que cambiarán deben ser apropiadas a la orientación de valor del sistema; el costo del cambio no debe ser prohibitivo; deben existir medios confiables para evaluar el sistema que va a cambiar; las fases de la intervención deben ser claras; la teoría debe ser comunicable al sistema; y debe ser posible evaluar la pertinencia de la teoría para otros sistemas. Dependiendo de los recursos de un sistema, el cambio planificado puede o no requerir ayuda exterior.<sup>11</sup>

Chin y Benne han desarrollado tres estrategias generales para el cambio planificado en los sistemas humanos: empíricas-rationales, normativas-reeducativas, y de poder-coercitivas.<sup>12</sup> Las estrategias empíricas-rationales dan por sentado que las personas se guían por la razón y que usarán un autointerés racional al determinar los cambios necesarios de conducta. El conocimiento reemplaza a la superstición y a la ignorancia y es el medio de producir el cambio. El poder para el cambio reside en los expertos o en los difusores de conocimiento. Si se desea que el sistema muestre resultados en una situación particular, deberá adoptar el cambio. Las estrategias empíricas-rationales son utópicas, puesto que suponen que la razón será condición necesaria y suficiente para producir el cambio.

Las estrategias normativas-reeducativas se basan en el supuesto de que los patrones de la acción y la práctica están sustentados por normas socioculturales y por compromisos de parte de los individuos con esas normas. El individuo es visto como activo y en busca de impulso y de la satisfacción que necesita. Los enfoques para efectuar el cambio están engranados para incrementar la solución de problemas y el crecimiento en un nivel particular del sistema. El cambio solamente puede ocurrir si el sistema involucrado es persuadido a que altere sus orientaciones normativas hacia viejos patrones y desarrolle compromisos con los nuevos. El poder es un empeño de colaboración compartido por el sistema y el agente del cambio.

Las estrategias de poder-coercitivas se centran en las sanciones políticas y económicas de poder. En estas estrategias, se utilizan las institu-

ciones políticas para lograr el cambio. Aún más, otras estrategias coercitivas, como las que explotan los sentimientos de culpa y vergüenza, pueden usarse igualmente para realizar los cambios deseados por los que detentan el poder. Cualquiera que sea la estrategia, el cambio ocurre mediante la recomposición y la manipulación de las élites de poder. Las élites de poder son las iniciadoras del cambio y las que controlan ese cambio.

Reinkemeyer sostiene que el cambio puede ocurrir por enfoques de tendencia (o de deriva) o populares o tradicionales, o ser planificado.<sup>13</sup> En el enfoque de tendencia, el cambio ocurre por azar, y el sistema sólo es sabedor retrospectivamente de que ha habido un cambio. Este enfoque es congruente con la orientación de valor de que el destino individual está predeterminado. Los enfoques populares o tradicionales para el cambio incluyen la estrategia de exposición y de propagación, la estrategia de cuerpos de élite, la estrategia del *insight* (introspección) psicoanalítico, la estrategia del personal, y la estrategia de consulta de profesionales. El cambio planificado es deliberativo y colaborativo e implica la interacción del sistema con el agente del cambio. Las fases del cambio planificado son como sigue: una necesidad sentida y un deseo para el desarrollo del cambio; se establece una relación entre el sistema y el agente de cambio; se identifica el área que debe cambiarse; se examinan estrategias alternativas para el cambio; se pone en marcha la estrategia específica para el cambio; y concluye la relación entre el sistema y el agente de cambio.

Schein ha desarrollado un modelo conceptual para el cambio que se basa en alteraciones del autosistema del individuo.<sup>14</sup> El modelo de Schein fue desarrollado al nivel individual del sistema, pero puede usarse igualmente a otros niveles del sistema. Puede haber cambio si alguna fuerza puede alterar el estado presente de equilibrio que sustenta la conducta y las actitudes presentes. El modelo de Schein consta de tres etapas: estado de descongelamiento, estado de cambio, y estado de recongelamiento. En la etapa de estado de descongelamiento, el interés se centra en proporcionar motivación para el cambio. Las estrategias que pueden utilizarse incluyen proporcionar información o crear una situación que fracase en confirmar o que desmienta algunos aspectos del autosistema, como inducir culpa, ansiedad, o reducir la amenaza o eliminar las barreras para el cambio. En la etapa de estado de cambio, se recalca la redefinición cognoscitiva mediante el suministro de información. El sistema debe desarrollar creencias alternativas y supuestos respecto de una situación. Cuando ha ocurrido el estado de descongelamiento, el sistema se abre a datos que él puede decidir si va a asimilarlos dentro del autosistema. La redefinición cognoscitiva puede ocurrir primero mediante la identificación

defensiva, un estado dentro del cual el sistema se ha hundido involuntariamente y del que no puede escapar. El sistema se siente desahuciado e impotente en ese tipo de situación. Ejemplos de identificación defensiva es el niño frente a su padre o el estudiante frente al maestro. La redefinición cognoscitiva puede presentarse también mediante la identificación positiva, un estado al que el sistema ha entrado voluntariamente y del que puede salir cuando lo desee. En esta última situación, el sistema siente confianza y fe. En cualquier tipo de identificación, el cambio ocurre a partir de las insinuaciones interpersonales del agente de cambio con el que el sistema se identifica. En la etapa de estado de recongelamiento, se pone de relieve la integración del cambio dentro del autosistema. El recongelamiento implica nuevas respuestas integradoras a la personalidad o nuevas respuestas integradoras a las relaciones significativas mediante la reconfirmación.

Klein ha delineado ocho postulados respecto de lo que tiende a influir en el cambio:

- 1 Existe una tendencia casi universal para tratar de mantener el *status quo* por parte de aquellos cuyas necesidades se satisfacen con él.
- 2 La resistencia al cambio aumenta en proporción al grado al cual se percibe como amenaza.
- 3 La resistencia al cambio aumenta en respuesta a la presión directa para el cambio.
- 4 La resistencia al cambio disminuye cuando se percibe como favorecido por los otros que son confiables, como aquellos con gran prestigio, aquellos cuya opinión se respeta, y gente que piensa igual.
- 5 La resistencia al cambio disminuye cuando los que están involucrados son capaces de prever cómo podrán ellos establecer un nuevo equilibrio tan bueno o mejor que el viejo.
- 6 El compromiso al cambio aumenta cuando los involucrados tienen oportunidad de participar en la decisión para efectuar el cambio y su puesta en marcha.
- 7 La resistencia al cambio que se basa en el temor a la nueva circunstancia disminuye cuando los involucrados tienen la oportunidad de experimentar lo nuevo en condiciones de amenaza mínima.
- 8 Pueden lograrse alteraciones temporales en muchas situaciones mediante el empleo de presiones directas, pero esos cambios se acompañan de una fuerte tensión en la situación total y, por consiguiente, producen una situación fuertemente inestable en la cual los cambios principales pueden presentarse de repente y a menudo no pueden predecirse.<sup>15</sup>

Klein emplea un marco conceptual para el cambio que fue desarrollado por Lewin y que consta de tres fases: estado de descongelamiento, estado de movimiento hacia el nuevo nivel, y estado de recongelamiento al nuevo nivel. El marco es similar al modelo de Schein, pero incorpora estrategias diferentes. El estado de descongelamiento es aquel en el que el sistema se hace dócil para el cambio. Las estrategias incluyen compromiso provisional con una situación, confrontación directa, aceptación de la ambivalencia, y creación de un vacío en el *status quo*. El movimiento hacia un nuevo nivel o cambio implica el establecimiento de una relación entre el sistema y el agente del cambio, la clarificación del problema, la evaluación de soluciones alternativas, y la puesta en marcha de una estrategia para producir el cambio. El recongelamiento al nuevo nivel ocurre sólo si el sistema percibe beneficios del cambio. El refuerzo es esencial si el cambio va a ser incorporado al autosistema.

Además de las fases del cambio planificado, Lewin desarrolló un análisis de campo de fuerza, que puede usarse para analizar las estrategias de cambio potenciales. El análisis de campo de fuerza se basa en el supuesto de que un estado de equilibrio es el resultado de una igualdad entre las fuerzas conductoras positivas y negativas en una situación. En el análisis de campo de fuerza, es necesario identificar todas las fuerzas facilitadoras y las inhibidoras para el cambio. El peso de las fuerzas facilitadoras debe ser mayor que el de las fuerzas inhibidoras para que ocurra el cambio. Si las fuerzas inhibidoras son mayores, es necesario determinar cuáles pueden modificarse en fuerzas facilitadoras o eliminarse. A menos que las fuerzas facilitadoras sean mayores que las fuerzas inhibidoras, el cambio no tendrá lugar.<sup>16</sup>

Watzlawick y otros han desarrollado un marco conceptual que se basa en dos tipos de cambio: el cambio de primer orden, el cambio que ocurre dentro de un sistema dado, mientras el propio sistema permanece inalterable, y el cambio de segundo orden, que involucra un cambio en el sistema con cambios concomitantes en la conducta.<sup>17</sup> Watzlawick y sus colaboradores sostienen que los problemas surgen a veces como resultado de intentos erróneos para cambiar una dificultad existente. El cambio puede manejarse en forma incorrecta si un sistema niega que el cambio sea necesario, dando como resultado que no se tome acción alguna; si un sistema intenta el cambio cuando la situación es incambiable o no es necesario el cambio; y si el cambio se intenta a un nivel equivocado. En el cambio de primer orden, muchas veces un cambio aparente en la conducta representa simplemente otro aspecto de la misma conducta y no es eficaz para eliminar el problema, sino que puede aumentarlo en realidad. Las estrategias de cambio de primer orden dan pruebas de

basarse en el sentido común, mientras que las estrategias de cambio de segundo orden muchas veces dan muestras de ser paradójicas. Las estrategias de cambio de segundo orden se ocupan del aquí-y-ahora de la situación y de lo que tiene que hacerse en el aquí-y-ahora para cambiar la situación. El sistema no está interesado en el pasado o en descubrir la causa de la situación. El cambio de segundo orden implica reconstruir la situación de forma que se pueda examinar de distinta manera. Debe tener en cuenta las expectativas y la orientación de valor del sistema implicado en la situación. En esencia, las estrategias de cambio de primer orden y de segundo orden implican determinar si el cambio es necesario. Si el cambio es necesario, el sistema y el agente de cambio deben tener una definición clara de la situación, investigar las soluciones que se han intentado hasta entonces, tener una definición clara del cambio que debe lograrse, y delinear un plan para producir el cambio. Si no se produce el cambio deseado, debe reanalizarse la situación para determinar qué aspecto era erróneo. Una vez que se realizan las modificaciones, es de esperar que el cambio se produzca.

El cambio puede ser planificado en cualquier nivel del sistema. El cambio planificado es deliberativo puesto que el sistema toma la decisión de querer cambiar. Mientras el sistema no quiera cambiar, el cambio no ocurrirá a menos que se le imponga utilizando medidas de fuerza. Muchos de los cambios los logran los sistemas sin la ayuda externa de otros; sin embargo, en algunas situaciones, es necesaria la ayuda de enfermeras, médicos, y otros proveedores del cuidado de la salud, consejeros, profesores, abogados, o planificadores. En cualquier situación, debe determinarse si el cambio es mejor que el mantenimiento del *status quo*. Las ramificaciones del cambio propuesto deben ser evaluadas a cada nivel del sistema porque la integración de un cambio dentro de un sistema depende de los beneficios, la ayuda positiva, y la congruencia con la orientación de valor existente. De otro modo, el sistema posiblemente regresará a los viejos modos de conducta.

Dado el hecho de que el cambio es por lo menos una fuerza desestabilizadora temporal que puede sobrecargar a un sistema, es necesario discutir a continuación los tópicos de crisis y de intervención de crisis.

## CRISIS E INTERVENCION DE CRISIS

La crisis puede presentarse con cualquier cambio en el que las demandas sobre un sistema son mayores que los recursos. Puede presentarse la crisis cuando un sistema se encuentra en un punto decisivo y se siente

sobrecargado y no sabe cómo abordar la situación. La teoría de crisis como tal ha sido desarrollada en las últimas décadas, en especial en salud mental, pero actualmente se usa en todos los aspectos del cuidado de salud. Las enfermeras, en todas las áreas de la práctica, trabajan con individuos, familias, organizaciones sociales, y comunidades en crisis. El término *crisis* ha sido definido de muchas maneras: por ejemplo, como una definición operacional, como un concepto, y como un estado afectivo subjetivo. No hay consenso en cuanto a una definición precisa de crisis. Es más fácil describir las características de la crisis que definirla. Caplan sostiene que la crisis se presenta “cuando una persona enfrenta un obstáculo en las metas importantes de su vida que es, por un tiempo, insalvable con el empleo de los métodos habituales de la solución de problemas. Sobreviene un período de desorganización, un período de malestar, durante el cual se realizan muchos intentos abortivos de solución”.<sup>18</sup> Según Caplan, existen cuatro fases evolutivas en una crisis: un ascenso inicial en la tensión, al tiempo que se intentan aplicar las técnicas habituales de solución de problemas; fracaso al afrontar la situación a medida que el estímulo continúa y se experimenta más incomodidad; mayor aumento en la tensión, que obliga al empleo de recursos internos y externos; y, si la situación no se resuelve, más aumento en la tensión y mayor desorganización.<sup>19</sup>

La crisis es idiosincrásica para todo sistema individual. Lo que supone crisis para un sistema es un episodio en la vida placentera de otro. Ningún sistema es inmune a la crisis. La crisis puede considerarse como una situación humana, un fracaso moral, una perturbación psicológica, y un modo defectuoso de interacción social. Según Maloney, la crisis se aloja siempre dentro de un sistema que es incapaz de abordar el estrés engendrado por la crisis.<sup>20</sup> La crisis es un proceso subjetivo y objetivo, lo que quiere decir que es esencial conocer cómo un sistema percibe una situación determinada. La enfermera debe utilizar la orientación de valor y las percepciones propias del sistema, y no las de ella misma, para determinar si el sistema está en crisis.

Rapoport sostiene que la crisis tiene un potencial generador de crecimiento porque reclama acción nueva cuando se presenta un trastorno en el estado deseado del sistema.<sup>21</sup> La crisis es un estado en el que un sistema se encuentra a sí mismo en una situación arriesgada porque sus actividades habituales de solución de problemas son inadecuadas. Se pensaba que la crisis era autolimitadora, con una duración de 8 semanas como máximo. Sin embargo, un sistema puede tener varias crisis sobrepuestas, lo que hará parecer más larga su duración. Un trabajo posterior de Silverman sugiere que algunas crisis (*i.e.*, la pérdida del cónyuge) pueden requerir



más de un año para resolverse.<sup>22</sup> La crisis puede ser consecuencia de un suceso peligroso que impone algún tipo de amenaza –amenaza para la *necesidad* instintiva que simbólicamente se enlaza con amenazas anteriores o incapacidad de responder con los mecanismos adecuados de enfrentamiento. Como resultado de la crisis, el sistema padece desorganización, desequilibrio, y mal funcionamiento.

Hay crisis de madurez y crisis situacional. La crisis de madurez aparece como consecuencia del crecimiento y el desarrollo normales, y sobreviene de manera gradual, como cuando un sistema pasa de una etapa evolutiva a otra. Ejemplos de crisis de madurez son la transición de la infancia a la adolescencia, el paso de la soltería al matrimonio, y del trabajo al retiro. Las crisis situacionales son sucesos súbitos o inesperados en un sistema; por ejemplo, enfermedad, separación, o muerte. La crisis también puede surgir de una combinación de sucesos de madurez y situacionales, puesto que todos los sistemas avanzan siguiendo ciclos vitales que tienen acontecimientos que no pueden predecirse.<sup>23</sup>

Todas las crisis implican una pérdida real o la amenaza de pérdida. El de pérdida es un estado de privación de algo que el sistema tuvo alguna vez. Peretz distingue cuatro tipos de pérdida que un sistema puede padecer: pérdida de una persona significativa o estimada, pérdida de algún aspecto del “sí-mismo”, pérdida de objetos externos, y la pérdida que acontece en el proceso del crecimiento y desarrollo humanos.<sup>24</sup> Simultáneo con la pérdida es el proceso de aflicción, que es el medio del que se vale el sistema para superar la pérdida. La aflicción permite que el sistema integre la pérdida. Peretz afirma que “integrar una pérdida significa que se debe aceptar la sensación de que la supervivencia de uno y de las situaciones de sentimientos positivos se hallan amenazados. Se debe igualmente aceptar el significado objetivo de la pérdida”.<sup>25</sup> La forma en que el sistema reacciona a la pérdida está determinada por cuán grande fue la pérdida para el sistema, por los patrones típicos con los que el sistema afronta las situaciones, por el *milieu* social y cultural del sistema en relación con la pérdida y la muerte, y por los recursos propios del sistema para enfrentarse a la pérdida.<sup>26</sup> Según Kübler-Ross, el sistema que sufre una pérdida atraviesa los procesos de negación, ira, regateo, depresión, y aceptación.<sup>27</sup> De modo similar, Kavanaugh sostiene que el sistema que sufre una pérdida atraviesa un proceso que implica choque, desorganización, emociones fugaces, culpa, soledad, alivio, y restablecimiento.<sup>28</sup>

Aguilera y sus colaboradores consideran que la crisis es un suceso estresante o un punto decisivo en el que existe pérdida o amenaza de ésta que romperán el equilibrio del sistema.<sup>29</sup> Muchas veces el sistema

no llega a sufrir una verdadera crisis, sino sólo una crisis potencial. Los factores que van a influir en si el acontecimiento estresante provocará o no la crisis se conocen como *factores de equilibrio*. Esos factores son la percepción del suceso por parte del sistema, los apoyos situacionales disponibles, y la adecuación de los mecanismos para enfrentarse a los sucesos. El sistema puede percibir el suceso estresante de una manera relativa o no hacerlo así. ¿Qué significado le asigna el sistema al suceso? La ayuda situacional son los apoyos externos que pueden ayudar al sistema con la situación y las fuerzas internas del sistema. Los mecanismos de enfrentamiento son las formas usuales con las que trata el sistema frente a sucesos estresantes; son factores que influyen, ya pueda o no recuperar el sistema su estado de equilibrio y con ello evitar la crisis.

La intervención en el caso de crisis implica la valoración del sistema en función de los factores de equilibrio, intervención planificada, intermediación, y evaluación. La intervención puede centrarse sobre cualquiera de los factores de equilibrio o sobre una combinación de ellos, en el punto del límite común con el sistema en crisis. Algún aspecto de los factores debe cambiar si la crisis va a prevenirse o a resolverse. El sistema que ha perdido el equilibrio es emocionalmente vulnerable y susceptible de intervención de crisis (cambio), misma que debe ayudar al establecimiento de un nuevo estado de funcionamiento. Idealmente, una crisis potencial o una crisis real deberían servir al sistema para crecer.

Walkup sostiene que la crisis es un orden sucesivo de conductas emergentes que se inicia con un cambio en el estado deseado del sistema.<sup>30</sup> El sistema percibe el cambio como destructor del equilibrio intersistémico entre las necesidades internas y las demandas externas. El sistema trata de afrontar el desequilibrio usando sus energías habituales de solución de problemas (recursos internos) y buscando apoyos situacionales (recursos externos). Los recursos no sirven para resolver las demandas de cambio en el sistema. El sistema se siente entonces imposibilitado e ineficaz, lo que resulta en desorganización de la conducta. En general, el sistema estaría entonces en condiciones de recibir ayuda o intervención de crisis. Walkup desarrolló una guía que sirve para que la enfermera pueda recoger datos y planificar la intervención de enfermería en un sistema en crisis potencial. La primera columna de la guía da a conocer qué conductas emergentes van asociadas al concepto de crisis; la segunda columna muestra la estructura con la que conseguir información sobre el problema específico; y la tercera columna muestra la estructura en la que puede basarse la acción de enfermería para resolver la crisis. (Véase el cuadro correspondiente.)

Los O'Neill, que ponen énfasis especial sobre la crisis en el nivel

individual del sistema, están de acuerdo en que la crisis puede ser positiva y generadora de crecimiento en un sistema que esté respondiendo o iniciando un cambio en su autosistema. La crisis ocurre cuando los individuos se sienten abrumados por exigencias u opciones. La crisis es un desafío al estado de tomar para sí del sistema, esto es "...el modo como vemos el mundo y a nosotros mismos en relación con él, lo que asumimos o tomamos como cierto, cómo percibimos las realidades a través de nuestra percepción subjetiva única".<sup>31</sup> Los O'Neill afirman que

Después de toda crisis viene la oportunidad de renacer, para volvernos a concebir a nosotros mismos como individuos, para elegir la clase de cambio que nos ayudará a crecer, y para realizarnos en forma más completa. Este potencial, que existe en toda crisis, no ha sido expresado nunca mejor que en lengua china. El signo escrito que

#### GUIA DE WALKUP PARA LA CRISIS

ORDEN EN SERIE DE LAS CONDUCTAS EMERGENTES ASOCIADAS AL CONCEPTO DE CRISIS	ESTRUCTURA PARA CONSEGUIR INFORMACION SOBRE EL PROBLEMA ESPECIFICO	ESTRUCTURA PARA LA RESOLUCION DE LA CRISIS SOBRE LA QUE DEBE BASARSE LA ACCION DE ENFERMERIA
Ocurre un cambio en un sistema en equilibrio dinámico.	¿En qué consiste el cambio? ¿Qué se espera? ¿Se han presentado cambios similares en el pasado?	Identifique el cambio; céntrese sobre el problema inmediato como lo percibe el sistema.
El sistema percibe el cambio como ruptura del equilibrio intersistémico de las necesidades internas y las demandas externas.	¿Cómo mostrará el sistema los efectos de la ruptura? ¿En qué consisten las demandas externas? ¿Está el sistema consciente del problema?	Defina el problema cognoscitivamente para el sistema como lo percibe una enfermera terapeuta; obtenga retroalimentación a partir del sistema.
El sistema moviliza las energías habituales de solución de problemas (recursos internos) y desea apoyo situacional (recursos externos) en un intento por resolver el desequilibrio.	¿Cuál fue el éxito de la solución previa de problemas? ¿Cuáles son los mecanismos de enfrentamiento del sistema?	Los problemas pueden resolverse disminuyendo su intensidad, redefiniéndolos, o abandonándolos.
Los recursos internos y externos no sirven para resolver las exigencias del problema.	¿Se comunicaron a alguien las necesidades? ¿Había recursos externos reales y eficaces?	Valore los mecanismos de enfrentamiento; intente alternativas; busque apoyo situacional.
Hay sensaciones de impotencia e ineficacia que conducen a la desorganización de la conducta	¿Cómo se ve a sí mismo el sistema? ¿Es peligroso el sistema para sí mismo o para otros sistemas?	Valore el potencial suicida u homicida; realice planificación anticipada para prevenir una crisis futura

Linda L. Walkup: "A Concept of Crisis". In Joanne E. Hall y Barbara R. Weaver (eds.): *Nursing of Families in Crisis* (Philadelphia: J.B. Lippincott, 1974), pp.151-157.

se emplea para crisis se hace con dos símbolos iguales: uno que significa *peligro* y otro que significa *oportunidad*... Podemos surgir con nueva vitalidad y coraje. Podemos renacer con nuevo empuje.<sup>32</sup>

La crisis coloca al sistema individual en una situación desde la cual no puede retroceder hacia lo que solía ser; por consiguiente, el sistema se encuentra en una situación de riesgo. La crisis implica el aprendizaje de nuevos modos de conducta, los que a menudo dan por resultado el que otros sistemas respondan de manera distinta hacia el individuo. Arriesgado, sí, pero idealmente todas las crisis deben producir el crecimiento del sistema involucrado.<sup>33</sup>

La crisis puede presentarse en cualquier nivel del sistema. Las enfermeras pueden involucrarse en la crisis en los niveles individual, de grupo, de familia, de organización social, de comunidad, o de sociedad. Los niveles de crisis no son independientes entre sí; por ejemplo, si la crisis se encuentra en el nivel familiar del sistema, se producirá también un efecto tanto sobre los miembros individuales como sobre la comunidad. Independientemente del nivel, la intervención de crisis puede utilizarse para resolver la crisis. La intervención de crisis se ocupa de ayudar al sistema a prevenir o a resolver la crisis existente de tal modo que el sistema pueda funcionar tan eficazmente como sea posible y tener la sensación de bienestar. La intervención de crisis debe producir en un sistema el aprendizaje de nuevos modos de conducta que sean generadores de desarrollo.

## IMPLICACIONES EN LA INTERVENCION DE ENFERMERIA

La enfermería en el cuidado distributivo de la salud se halla implicada con la persistencia, el cambio, y la crisis. Los tres conceptos están interrelacionados en un sistema. La crisis puede surgir si la persistencia existe en un sistema cuando el cambio es necesario para mantener su funcionamiento y el estado deseado. Asimismo, si el cambio ocurre cuando debe mantenerse la persistencia, puede surgir la crisis. La crisis exige algunos cambios del sistema; sin embargo, muchos elementos del sistema deberán permanecer invariables si la crisis va a resolverse. Todos los sistemas requieren algo de estabilidad y de predictibilidad para funcionar y promover el crecimiento; de otro modo, sobreviene el caos, la desorganización, y el mal funcionamiento. La persistencia, el cambio, y la crisis forman parte de la vida, y ningún sistema es inmune a sus influencias. Los sistemas, especialmente los sistemas de individuos y de familia, se hallan

siempre enfrentados a situaciones de las que tienen poca o ninguna experiencia y para las que no están preparados. Las situaciones universales de crisis incluyen desastres naturales, pobreza, incapacidad física, enfermedad, y desorganización familiar. Sin embargo, algunos sistemas perciben esas situaciones como dando por hecho que son sus modos de vida y que no pueden cambiarse.

Las enfermeras utilizan los conceptos de persistencia, cambio, y crisis al ayudar a los sistemas humanos a crear, mantener, o restablecer la salud óptima. En lo posible, el sistema humano debe ser el responsable de su propio cuidado y de la promoción de su salud. Como enfermera, debo ayudar a los clientes a que mantengan esos aspectos que facilitan la salud y a promover en ellos el deseo de cambiar esos aspectos que inhiben la salud; de otro modo, la crisis puede presentarse. Es crucial que yo trate de ver el sistema del cliente desde su perspectiva y no desde la mía. Esto significa que tengo que ser objetiva al identificar cuál es la percepción que el sistema tiene de su situación, qué es lo que marcha bien o no en el sistema, los modos de enfrentamiento del sistema, y la orientación de valores del sistema. Tal información puede usarse para determinar qué aspectos del sistema no pueden ser cambiados, qué otros podrían cambiar pero deben continuar invariables, y qué aspectos pueden sufrir cambios y probablemente deban ser cambiados. Los aspectos que pueden ser cambiados y que deben serlo necesitan ser evaluados en función de lo que podría suceder si el cambio ocurre. Debo utilizar las percepciones y los parámetros del sistema como la base para la intervención. Debo ser sensible a los aspectos afectivos, cognoscitivos, y psicomotores del sistema con el fin de planear la intervención que tenga la mayor probabilidad de buen funcionamiento. El sistema debe comprometerse y tener la decisión última de elegir sobre la intervención o el plan de acción. Estoy convencida de que, como enfermeras, a menudo usamos inconscientemente nuestro propio estilo de vida y nuestra propia orientación de valores como guía; lo que es una falacia porque no son congruentes las más de las veces con los de nuestros clientes. Igualmente, a menudo decidimos que el cambio es necesario cuando el sistema no ha tomado parte en la decisión. Si el cambio se realiza sobre esa base, el cambio sólo será temporal. Una vez que el sistema se encuentre en su propio entorno, regresará con toda probabilidad a su conducta anterior. ¡Y luego nos extrañamos de que el sistema no funcione!

El sistema debe desear cambiar. A menos que el sistema esté en crisis o sufriendo malestar y sea consciente de la necesidad del cambio, la intervención inicial de la enfermera debe consistir en hacer saber al sistema de la exigencia o la necesidad del cambio. Se puede utilizar un

gran número de estrategias, esto depende del sistema y de la situación particular. Una vez que el sistema conoce cabalmente que el cambio es posible, la enfermera deberá examinar junto con el cliente las consecuencias del cambio. La decisión final de cambio incumbe al cliente. Si el sistema desea el cambio, se desarrolla entonces un plan para poner en marcha el cambio. Después de que el cambio esté realmente en marcha, deben evaluarse los resultados. El cambio debe estar reforzado por redes sociales que sean significativas para que quede integrado al sistema. Un ejemplo de esta clase de cambio es el individuo con exceso de peso, pero sin problemas físicos o psicológicos. Es un hecho que el exceso de peso es perjudicial para la salud de la persona. Como enfermera, podría juzgar que bajar de peso sería benéfico para el individuo. Podría concientizar al individuo de los riesgos del sobrepeso, y él podría aceptar los hechos. Sin embargo, a menos que sea él quien quiera cambiar sus hábitos alimentarios, no puede iniciarse un plan para la reducción de peso. El individuo debe elegir si desea el cambio antes de que se inicie el plan para ese cambio.

La enfermería está implicada en gran variedad de crisis de madurez y situacionales ante las que los sistemas tienen poca o ninguna experiencia o preparación. Puedo utilizar el marco de una crisis para valorar los sistemas de clientes. Durante las transiciones de la vida puedo ayudar a los sistemas de clientes a planear cambios que puedan ayudar a prevenir la crisis o a mantener la crisis dentro de límites manejables. Un ejemplo sería el proveer consejo prenatal y enseñar a un sistema de familia que se halla en espera de su primer hijo. En las crisis situacionales, puedo echar mano de un marco de crisis para determinar si el sistema está en crisis. Algunas situaciones que pueden resultar en crisis de situación son el nacimiento de un niño prematuro, un accidente, el diagnóstico de una enfermedad crónica, y la muerte de un miembro de la familia.

Algunas veces, los sistemas están en condiciones de enfrentar la crisis sin ayuda alguna del exterior, y, como enfermeras, debemos estimular esa capacidad. Para los sistemas que necesitan ayuda en tiempo de crisis, debemos estar prontas para intervenir con destrezas basadas en el conocimiento de la persistencia, el cambio, y la crisis.

La planificación anticipada, la enseñanza, y el consejo pueden ayudar a los sistemas a afrontar la crisis potencial; por ejemplo, en el sistema de la familia en el que uno de sus miembros padece una enfermedad crónica. En la crisis situacional, la intervención de crisis dependerá de la crisis particular y del sistema específico involucrado. En cualquier crisis, es importante ayudar al sistema a mantener su estabilidad tanto como sea posible.

## REFERENCIAS

- 1 Nena O'Neill and George O'Neill: *Shifting Gears* (New York: Evans, 1974), p.15.
- 2 Paul Watzlawick, John Weakland, and Richard Fisch: *Change: Principles of Problem Formation and Problem Resolution* (New York: W.W. Norton, 1974), p.2.
- 3 Thomas H. Holmes and Minoru Masuda: "Life Change and Illness Susceptibility". Unpublished paper presented at the Annual Meeting of the American Association for the Advancement of Science (Chicago, Illinois, 1970).
- 4 Fred J. Duhl: "Grief". Paper presented at the Ohio League for Nursing Convention (Columbus, Ohio, 1964).
- 5 O'Neill and O'Neill, *op.cit.*, p.19.
- 6 Thomas A. Harris: *I'm Ok - You're OK* (New York: Harper & Row, 1967), pp.60-61.
- 7 O'Neill and O'Neill, *op.cit.*
- 8 Warren G. Bennis: "Theory and Method in Applying Behavioral Science to Planned Organizational Change". In Warren G. Bennis, Kenneth D. Benne, and Robert Chin (eds.): *The Planning of Change*, ed. 2 (New York: Holt, Rinehart and Winston, 1969), pp.62-78.
- 9 Donald C. Klein: *Community Dynamics and Mental Health* (New York: John Wiley & Sons, 1968).
- 10 Agnes M. Reinkemeyer: "Nursing's Need: Commitment to an Ideology of Change". *Nursing Forum*, 9:340-350, 1970.
- 11 Bennis, *op.cit.*
- 12 Robert Chin and Kenneth D. Benne: "Strategies for Effecting Change in Human System". In Warren G. Bennis, *et al.*: *The Planning of Change*, ed. 3 (New York: Holt, Rinehart and Winston, 1976), pp.22-45.
- 13 Reinkemeyer, *op.cit.*
- 14 Edgar H. Schein: "The Mechanisms of Change". In Bennis, Benne, and Chin, *op.cit.*, 98-108.
- 15 Klein, *op.cit.*, pp.125-126.
- 16 *Ibid.*
- 17 Watzlawick, Weakland, and Fisch, *op.cit.*
- 18 Gerald Caplan: *An Approach to Community Mental Health* (New York: Grune & Stratton, 1961), p.18.
- 19 Gerald Caplan: *Principles of Preventive Psychiatry* (New York: Basic Books, 1964), pp.40-41.
- 20 Elizabeth M. Maloney: "The Subjective and Objective Definition of Crisis". *Perspectives in Psychiatric Care*, 9:257-268, 1971.
- 21 Lydia Rapoport: "The State of Crisis: Some Theoretical Considerations". In Howard J. Parad (ed.): *Crisis Intervention: Selected Readings* (New York: Family Service Association of America, 1965), pp.22-31.
- 22 Phyllis R. Silverman: "The Widow as a Caregiver in a Program of Preventive Intervention with Other Widows". In Gerald Caplan and Marie Killilea (eds.): *Support Systems and Mutual Help* (New York: Grune and Stratton, 1976), p.234.
- 23 Donna C. Aguilera and Janice M. Messick: *Crisis Intervention* (St. Louis: Mosby, 1982).
- 24 David Peretz: "Development, Object Relationships, and Loss". In Bernard Schoenberg, *et al.* (eds.): *Loss and Grief; Psychological Management in Medical Practice* (New York: Columbia University Press, 1970), p.5.
- 25 *Ibid.*, p.12.
- 26 *Ibid.*
- 27 Elisabeth Kübler-Ross: *On Death and Dying* (New York: Macmillan, 1969).
- 28 Robert E. Kavanaugh: *Facing Death* (Los Angeles: Nash, 1972).

- 29 Aguilera, Messick, and Farrel, *op.cit.*
- 30 Linda L. Walkup: "A Concept of Crisis". In Joanne E. Hall and Barbara R. Weaver (eds.): *Nursing of Families in Crisis* (Philadelphia: J.B. Lippincott, 1974), pp.151-157.
- 31 O'Neill and O'Neill, *op.cit.*, p.88.
- 32 *Ibid.*, p.87.
- 33 *Ibid.*



Este capítulo define la asistencia social, trata sobre la manera de medirla, y presenta las implicaciones para la práctica de la enfermería distributiva.

CAPITULO SEIS

## **ASISTENCIA SOCIAL**

CAROL C. HOGUE

Todas las ciencias intentan la investigación sistemática, objetiva y comprensiva de sus áreas de estudio. Los modelos teóricos, o paradigmas, guían la investigación de tal manera que el conocimiento que puede ser compartido con los demás se desarrolle de una forma acumulativa. La enfermería es una disciplina cuyas profesionales tienen el potencial de generar y aplicar el conocimiento científico. Dado que las intervenciones de enfermería están típicamente dirigidas hacia el confort y el bienestar de todas las personas en el contexto de sus suprasistemas más que centradas solamente en la enfermedad, la práctica de la enfermería basada en la teoría se ha beneficiado de las relativamente jóvenes ciencias sociales que centran su atención en los seres humanos en cuanto a su relación con el entorno. Todavía más, debido a la naturaleza de su práctica y a la madurez científica de sus practicantes, la enfermería tiene igualmente un papel importante que desempeñar en el desarrollo y la verificación de la teoría de la ciencia social orientada a la salud.

En este capítulo, desarrollaremos el concepto de asistencia social –un concepto abstracto y multidimensional que representa una cualidad que no podemos ver, oír, oler, tocar, o gustar, si bien se trata de un tema

familiar generalmente para la mayoría de las enfermeras y de especial interés para un número creciente de investigadoras de enfermería y demás personal que analiza los factores que se presentan en el entorno social relacionados con la salud. Daremos una definición de la asistencia social; la ubicaremos en un paradigma de estrés, de enfrentamiento, y en el de salud; y consideraremos cuestiones tales como de dónde surge, qué efectos tiene, cómo actúa, y cómo medirla. La medición de la asistencia social nos llevará a la consideración de las redes sociales y la relación de las redes para la asistencia social. Finalmente, propondremos implicaciones clínicas de lo que sabemos actualmente.

La investigación que abrió el camino para las consideraciones de las relaciones entre los acontecimientos sociales o las situaciones en el entorno y la salud comenzaron hace más de cincuenta años con los estudios sobre neuroendocrinología de Cannon.<sup>1</sup> Wolff describió factores psicosociales específicos que conducían a enfermedades específicas, y Hinkle documentó la manifiesta susceptibilidad generalizada a sentirse mal y a la enfermedad entre la gente con varias experiencias vitales.<sup>2,3</sup> Holmes y Rahe desarrollaron la Social Readjustment Scale, instrumento para cuantificar el reajuste asociado con una variedad de cambios de vida.<sup>4</sup> Otra dimensión de los primeros antecedentes de las relaciones entre la asistencia social y la salud comenzaron con la investigación epidemiológica de Faris y Dunham cuando describieron las correlaciones ecológicas de los trastornos mentales en Chicago.<sup>5</sup> En la misma línea, Leighton y sus colaboradores estudiaron la desorganización social y los desórdenes psicológicos en las comunidades marítimas canadienses.<sup>6</sup>

Otra parte de los antecedentes son los escritos sobre la práctica clínica, no los generados por la investigación. Caplan y sus colaboradores iniciaron en Harvard un programa de psiquiatría preventiva.<sup>7</sup> El programa de consulta de Caplan era para llevarse a cabo en comunidades y por enfermeras de salud pública, profesores, y médicos familiares. Casi al mismo tiempo, Duhl habló en una reunión de la American Psychiatric Association instando a que los psiquiatras dirigieran sus esfuerzos hacia “modos de ayudar a la gente a que ayuden a los demás” y hacia el “desarrollo de una red de los recursos que la comunidad utilice y de los que pueda hacer uso cuando sus miembros se encuentren sometidos al estrés”.<sup>8</sup>

El trabajo mencionado antes pone de relieve los antecedentes del actual interés en la asistencia y la salud sociales que se inició a mediados de la década 1971-1980 con la publicación del trabajo de Caplan “Support Systems” y los principales trabajos de Cassel, Cobb, Kaplan y colaboradores, y Dean y Lin.<sup>9-14</sup> Caplan describió los beneficios relacionados con la salud de dos tipos de asistencia social: la asistencia emocional y la

asistencia orientada a tareas. Concibió que este apoyo de asistencia emanaba de tres tipos de sistemas de ayuda: redes espontáneas o naturales, esfuerzos organizados dirigidos por gente distinta a los profesionales del cuidado de la salud, y esfuerzos organizados dirigidos por los profesionales. Caplan no trató sobre el desarrollo de esos conglomerados sociales, ni identificó las propiedades estructurales o las fronteras que normalmente van asociadas a los sistemas. En una serie de trabajos de Cassel y sus colaboradores, se identificaron dos tipos de procesos psicosociales que tenían consecuencias para la salud: primero, los factores estresantes del entorno que aumentan la vulnerabilidad a la enfermedad; y segundo, los factores protectores sociales que amortiguan en los individuos los factores estresantes.<sup>15-17</sup> Cassel revisó las investigaciones que indicaban que algo en común en muchas situaciones estresantes es la falta de una retroalimentación significativa en cuanto a la conducta de uno. El factor protector de salud que pudo identificar fue el de los apoyos sociales. Cassel instó a la investigación sobre el fortalecimiento de los apoyos sociales (más que sobre la reducción del estrés) porque estaba convencido de que la recompensa desde el punto de vista clínico sería mayor.<sup>18</sup> En ambos trabajos de Cassel, en los que la revisión de los estudios aportaba alguna prueba evidente de relación entre la asistencia social y la salud, la asistencia social no se definía explícitamente. Kaplan, Cassel, y Gore esbozaron la conceptualización de la asistencia social, introdujeron la tipología de Mitchell de las redes sociales (de las que trataremos más adelante en este capítulo) como “disponibilidad de asistencia”, y hacían sugerencias para la práctica basadas en la proposición de que la asistencia social mejora el estrés.<sup>19,20</sup> Cobb definió la asistencia social como

información que pertenece a una o más de las tres categorías siguientes:

- 1 Información que conduce al sujeto a sentir que importa a los demás y a sentirse amado
- 2 Información que conduce al sujeto a sentir que es estimado y valioso
- 3 Información que conduce al sujeto a sentir que pertenece a una red de comunicación y de mutua obligación.<sup>21</sup>

Dean y Lin completaron la primera propuesta de asistencia social y revisiones de salud, analizando los estudios que consideraban las relaciones entre los acontecimientos estresantes de la vida, la asistencia social, y la enfermedad, en particular los desórdenes psiquiátricos. En los estudios revisados en esos trabajos, había gran variedad de diseños de estudio, poblaciones estudiadas, medidas de asistencia social, resultado de

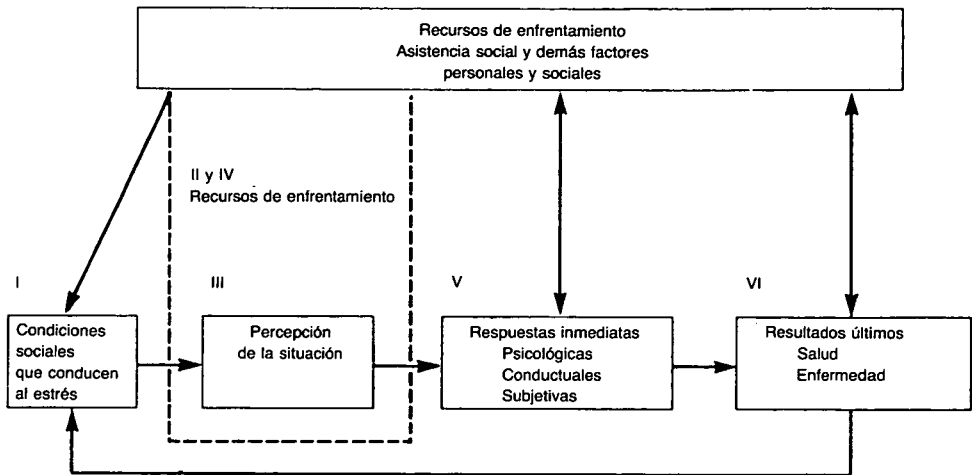


FIGURA 6-1

Un modelo para el estudio del estrés, el enfrentamiento, y la salud. (Adaptado de Carol. C. Hogue: "Support Systems for Health remotion". In Joanne E. Hall y Barbara R. Weaver (eds.): *Distributive Nursing Practice*. Philadelphia: J.B. Lippincott, 1977, p.67.)

enfermedad o de salud y estrés. Esta heterogeneidad en el método, combinada con la diferencia de opiniones sobre el significado de la asistencia social, condujo a conclusiones cautas acerca de las relaciones generales entre la asistencia social y la salud, y llevó a una serie de investigaciones empíricas (a las que nos referiremos más adelante en este capítulo). El trabajo a finales de la década de 1971-1980 condujo a una excelente revisión crítica por Broadhead y colaboradores, a libros completos, y a escritos para guiar la práctica.<sup>22-27</sup>

Hemos rastreado algunos de esos antecedentes para el presente trabajo. Antes de que sigamos adelante en el significado de asistencia social, localizaremos el concepto en un paradigma o modelo para el estudio del estrés, de cómo enfrentarlo, y de la salud (fig. 6-1). Se da por sentado que la asistencia social es un aspecto de los recursos de enfrentamiento. Más adelante volveremos al modelo, cuando discutamos cómo funciona la asistencia social, pero lo presentamos ahora como un marco de organización.

## ¿QUE ES LA ASISTENCIA SOCIAL?

Los términos teóricos –y en la práctica la mayoría de las ideas– no pueden definirse en su sentido estricto. Nuestro enfoque en el concepto es para

aclarar el significado más a la manera de guía que en el sentido que da el diccionario a la definición.

Lo que ahora llamamos asistencia social en el pasado estaba implícito en los escritos de disciplinas de la ciencia profesional y de la conducta así como en trabajos bíblicos y literarios. Se ha conocido como amor, amistad, cuidado, asistencia por parte de alguien significativo, sentido de comunidad, vínculos sociales, afiliación, e integración social. En tanto resultó satisfactorio durante un tiempo el tener una idea general de que un vago cuidado de la propiedad aportaba beneficios, cuando los investigadores empezaron a estudiar sistemáticamente la asistencia social en la década de 1971-1980, y cuando los clínicos empezaron a interesarse en diseñar intervenciones que dependían de la comprensión cabal del concepto, se hizo esencial el adentrarse en el conocimiento de la naturaleza de la asistencia social.<sup>28</sup>

Lin presentó un enfoque circular que tipificaba la vaguedad de la primera serie de definiciones: “La asistencia social puede definirse como la asistencia accesible a un individuo a través de lazos sociales con otros individuos, grupos, y la comunidad más grande.”<sup>29</sup>

Hicimos notar antes que Cassel se refería a la asistencia social como a los factores sociales protectores que amortiguan los factores estresantes en los individuos.<sup>30</sup> Lin propuso una definición que era igualmente circular y típica de la vaguedad de la primera serie de definiciones.<sup>31</sup> En otro escrito, la asistencia social se describía como poseyendo dos facetas: asistencia emocional y asistencia orientada a tareas, o cualidades expresivas e instrumentales.<sup>32,33</sup> Weiss escribió sobre “las provisiones de las relaciones sociales” y no las denominó explícitamente aspectos de asistencia social.<sup>34</sup> Su tipología guió al principio el pensamiento de muchos en la búsqueda de un significado de la asistencia social (véase la lista correspondiente más abajo).

Parte de la investigación temprana que comúnmente se cita como investigación de la asistencia social de hecho investigó un concepto más general y complejo –activo psicosocial, que incluía atributos de personalidad así como clase social y otras cualidades no subsecuentemente consideradas como asistencia social.<sup>35</sup>

Caplan influyó sin duda en el pensamiento acerca de las clases de conducta que constituyen la asistencia social cuando apuntaba

Tanto las asistencias permanentes como las de corto plazo parecen consistir en tres elementos: cualquier persona significativa ayuda al individuo a movilizar sus recursos psicológicos y a dominar sus malestares emocionales; comparte sus tareas, y le facilita suministro extra de dinero, materiales, herramientas, capacidades, y guía cognoscitiva para mejorar el manejo de su situación.<sup>36</sup>

## SEIS PROVISIONES DE RELACIONES SOCIALES

PROVISION	RELACION
Vinculación	Los participantes ganan un sentimiento de seguridad y de lugar, se sienten a gusto y “como en casa”. La proporciona “el matrimonio”, otras relaciones que tienen que ver con el sexo; entre algunas mujeres por la relación con una amiga íntima, una hermana, o la madre; entre algunos hombres, por las relaciones con los ‘cuates’” La ausencia de relaciones que proporcionan vinculación conduce a la soledad y a la inquietud.
Integración social	Los participantes comparten preocupaciones. “La calidad de miembro en una red de relaciones de preocupaciones-comunes permite el desarrollo de información e ideas mancomunadas y una interpretación compartida de la experiencia. Proporciona, además, una fuente de compañerismo y de oportunidades para el intercambio de servicios..., ofrece una base para los acontecimientos y las celebraciones sociales, para el compromiso social y la actividad social.” La vida se vuelve triste en su ausencia, aburrida.
Oportunidad para la crianza	El adulto “asume la responsabilidad para el bienestar de un niño y así puede desarrollar un sentimiento de ser necesitado..., los niños dan a la gente la razón para vivir”.
Reafirmación del mérito	Las relaciones que permiten la demostración de la competencia del individuo en un rol social. La relación entre colegas en los ambientes de trabajo, la demostración de destrezas para trabajar en casa, la habilidad para la asistencia familiar son ejemplos.
Sentimiento de alianza	“Proporcionado primariamente por el parentesco..., alguien puede esperar asistencia continua si existe o no afecto mutuo, si hay reciprocidad por la ayuda pasada o no”. La ausencia de esta propiedad lleva a la gente a “sentirse continuamente limitada en sus propios recursos y a veces vulnerable y abandonada.
Obtención de guía	“Parece ser importante para los individuos cuando se encuentran en situaciones estresantes.” Necesitan asistencia emocional y guía relacionada con la acción de “una persona aparentemente confiable y con autoridad”.

Adaptado de Robert Weiss: “The Provisions of Social Relations”. In Ziek Dubin (ed.): *Doing Unto Others* (Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice-Hall, 1974), pp.23-24.

Antes presentábamos la definición de Cobb de la asistencia social como la información que conduce a uno a creer que importa y es amado (asistencia emocional), estimado, y miembro de una red de comunicación y mutua obligación.<sup>37</sup> En otro trabajo posterior, Cobb decidió distinguir entre asistencia *social* y asistencia instrumental o de consejo, entre asistencia activa o asistencia de cuidado maternal, y entre asistencia material o de bienes y servicios.<sup>38</sup> Kahn y Antonucci describen la asistencia social como “transacciones interpersonales que incluyen uno o más de los siguientes elementos clave: afecto, afirmación, y ayuda”.<sup>39</sup> Kahn y Antonucci explican que afecto significa “expresiones de simpatía, admiración, respeto, o amor”, similares a la asistencia emocional y a la estima.

Definen la afirmación como “expresiones de acuerdo o reconocimiento de lo adecuado o correcto de algún acto o juicio de otra persona”, e indican que la ayuda son “las transacciones en las que se da ayuda o asistencia directa, incluidos cosas, dinero, información, tiempo y autorizaciones”.

Schaefer, Coyne, y Lazarus indican que la asistencia social incluye *asistencia emocional* (“intimidad y vinculación, afirmación repetida, y poder confiar y contar con alguien –todo lo cual contribuye al sentimiento de que uno es miembro del grupo, no un extraño”), *asistencia tangible* (ayuda directa o servicios, que puede incluir préstamos, dádivas de dinero o de bienes, y provisión de servicios, como cuidar a personas necesitadas o hacer algo por ellas); y *asistencia informacional* (dar información y consejo que puedan ayudar a una persona a resolver un problema, y suministrar retroalimentación acerca de cómo una persona está actuando).<sup>40</sup> Schaefer, Coyne, y Lazarus estudiaron esos tres aspectos de la asistencia social entre un grupo de 100 personas de edad media. Encontraron que las medidas eran independientes y se relacionaban de modo diferente con el estado de ánimo y la depresión.

House describe cuatro tipos de conductas de asistencia o acciones que constituyen la asistencia social: *asistencia emocional* (provisión de empatía, cuidados, amor, y confianza); *asistencia instrumental* (conductas que ayudan directamente a la persona necesitada; por ejemplo, ayudar a otras personas en su trabajo); *asistencia informacional* (ayudar a la gente a que se ayude a sí misma facilitándole información que pueda usar al tratar con problemas personales o del entorno); y *asistencia de valuación* (la transmisión de información apropiada para la autoevaluación). House, así, define la asistencia social como una transacción interpersonal que comprende uno o más de los siguientes aspectos: “un flujo de interés emocional, ayuda instrumental, información, y valuación”.<sup>41</sup> Esta definición de asistencia social incluye los elementos que han sido temas consistentes, es coherente con los hallazgos de la investigación, y fue adoptada por Hogue y Gorton en su estudio de la asistencia social de 130 mujeres ancianas.<sup>42,43</sup> Mientras que sólo la investigación puede decirnos cuál de esos aspectos es útil y en qué circunstancias, actualmente parece prudente considerarlos todos como dimensiones de la asistencia social.

En resumen, mientras que la apreciación de la cualidad global vaga que llegó a ser reconocida como asistencia social no es nueva, la comprensión específica de ella como concepto multidimensional importante para la salud sólo recientemente ha salido a la luz. Al rastrear en los antecedentes del concepto hemos hablado de dónde procede el concepto. A continuación consideraremos de dónde procede la asistencia social para

los individuos. Esto es, ¿cuáles son las *fuentes* de la asistencia social para la gente, y cuáles son sus determinantes? Estas consideraciones pueden fortalecer nuestra comprensión del concepto de maneras importantes tanto para la investigación como para la práctica.

Dos tradiciones influyen en nuestra comprensión actual de las fuentes de la asistencia social. Una es la tradición clínica, la contribución de Caplan y Killilea de los sistemas de asistencia, la primera lista tipológica de las fuentes potenciales de asistencia que pueden influir en la salud.<sup>44,45</sup> Como decíamos antes, esta tipología incluye las relaciones *informales*, o naturales, o de parientes y amistades (amigos, vecinos, y conocidos); y las relaciones *organizadas*, tanto las *no-profesionales*, incluyendo las generales (que actualmente llamaríamos asociaciones voluntarias, tales como organizaciones religiosas, clubes cívicos, y otros) y las especializadas (comúnmente llamadas hoy grupos de autoayuda –padres sin cónyuge, grupos de viudas y de viudos, etc.) y los trabajadores *profesionales* de la salud o de obras sociales. El enfoque de sistemas de asistencia fue útil durante varios años,<sup>46-48</sup> pero ahora ha sido ya casi abandonado en favor de un término más neutral, el de *redes sociales*, que forma parte de la tradición antropológica. Aunque la observación de redes ha sido importante en la antropología durante muchas décadas, la mayor influencia de esta disciplina comenzó con el trabajo de tres antropólogos urbanos asociados a la Universidad de Manchester, Bott, Barnes, y Mitchell.<sup>49-51</sup> Barnes introdujo el término de red social en 1954 cuando describió sus observaciones en un pueblo noruego. Escribía

Cada persona está, por decirlo así, en contacto con multitud de personas, algunas de las cuales están en contacto directo entre ellas y otras no lo están... Creo conveniente hablar de un campo social de este tipo como una red. La imagen que tengo es la de una red de puntos, algunos de los cuales están unidos por líneas. Los puntos de la imagen son la gente, o a veces los grupos, y las líneas indican qué personas interactúan entre sí.<sup>52</sup>

Mitchell definió la red social como “un conjunto específico de enlaces entre un conjunto definido de personas...”<sup>53</sup> Al principio, el término *red personal* se empleó para referirse al enlace que rodea a un individuo focal único, y el de *red social* se reservaba para referirse al conjunto total de eslabones entre todos los miembros de una población dada. En los últimos años, el término de red social ha sido empleado generalmente para referirse tanto a la red centrada en la persona, o egocéntrica, y como a los eslabones entre cualquier grupo de población. Entendemos las redes sociales como los eslabones entre las personas, algunas de las cuales pueden proporcionar asistencia social. Quienes piensan que las redes



sociales son útiles para organizar las fuentes de asistencia tienden a hacer planteamientos acerca de las características de las redes muchas veces empleando el esquema propuesto por Mitchell. Nosotras vemos las redes sociales como el contexto para la asistencia social. No podemos dar por sentada una correlación perfecta entre las características de la red y la asistencia social, porque sabemos que algunos miembros de la red social de un individuo pueden no desear la ayuda necesitada o ser incapaces de proporcionarla. Más todavía, algunas relaciones estrechas parecen ser más estresantes que la ayuda.

House recomienda que todas las fuentes potenciales de asistencia se consideren en cualquier valoración cabal de apoyo, aunque señala que las fuentes informales y no-profesionales de asistencia son más comúnmente mencionadas cuando se le pide a la gente que nombre las fuentes reales de asistencia, y que “esas fuentes son las formas más verdaderamente preventivas de la asistencia social, porque, si son eficaces, excluyen la necesidad de más asistencia formal o tratamiento”.<sup>54</sup> Hay pruebas de que las fuentes informales de asistencia son sumamente eficaces. House especula que el respeto mutuo o la reciprocidad en las relaciones informales, igual que su espontaneidad, al compararlas con las conductas de rol requeridas de los profesionales, podrían explicar la preponderancia de las fuentes informales de la asistencia social.

En el estudio de Hogue y Gorton de las mujeres ancianas, 130 residentes blancas de la comunidad informaron de 2,309 relaciones de red, 549 de las cuales eran “las más estrechas”. Dentro de esa red estrecha (véase la sección de medición más adelante en este mismo capítulo), el 67% era de parientes, el 12% de vecinos, el 6% de excompañeros de trabajo, el 6% de compañeros de una asociación de voluntarios, y el 9% “un amigo”.<sup>55</sup>

Sin seguir el enfoque de sistema de asistencia ni el enfoque de red para las fuentes de asistencia, House, al considerar la asistencia social de los trabajadores, enlista al esposo o compañero, a otro(s) pariente(s), a amigo(s), a vecino(s), al supervisor del trabajo, a compañeros de trabajo, a prestador(es) de servicio o de cuidado, a grupo(s) de autoayuda, y a profesional(es) de la salud/obra social como las categorías que deben tenerse en cuenta, esencialmente el enfoque de las relaciones del rol. Nótese el potencial de traslape de las categorías.<sup>56</sup>

Si los tipos de relaciones mencionadas son fuentes potenciales de ayuda, ¿qué es lo que determina la asistencia real? El trabajo en este campo es todavía más especulativo que palpable; pero es importante entenderlo, especialmente si queremos modificar los niveles de asistencia. Hemos señalado que la asistencia social es un flujo de interés emocional

*entre la gente* y aludíamos a las propiedades de las redes sociales o *eslabones* entre la gente. Aunque el trabajo de Cassel se refería a la asistencia social como algo en el entorno, ahora lo entendemos como una propiedad de interacción entre la gente, un fenómeno dinámico influido por las características de los individuos, las propiedades de las relaciones, y las condiciones sociales o culturales.<sup>57-59</sup> Los factores en cada una de esas áreas pueden facilitar o inhibir el dar y el recibir la asistencia social, y esos factores y el modo cómo interactúan pueden variar a lo largo del ciclo vital. Identificaremos los factores individuales y los factores sociales o culturales; no desarrollaremos aquí las propiedades de las relaciones excepto para puntualizar el rasgo recíproco o de intercambio de las relaciones de la asistencia potencial. Las necesidades y las capacidades de los individuos para dar y recibir asistencia social varían a lo largo del ciclo vital y parece que varían en la edad adulta según el sexo. La necesidad de afiliación que se ha demostrado varía entre los individuos, los estilos de enfrentamiento, la competencia social, y la atracción personal, todos han sido discutidos como determinantes individuales de asistencia social.<sup>60</sup>

<sup>61</sup>

La naturaleza del matrimonio, la amistad, de las familias, y de los otros grupos sociales dentro de una cultura pueden influir en la asistencia social a través de los valores y los roles. Las diferencias de clase en la disponibilidad y la efectividad de la asistencia social han sido demostradas.<sup>62,63</sup> Las características de la red pueden determinar la disponibilidad de la asistencia.

Tangencialmente a esas categorías de los determinantes individuales, sociales/culturales, y de relación de la asistencia social, hay otros dos temas. Uno es el fenómeno de la vinculación, un proceso que comienza muy pronto en la vida y que se desarrolla por lo menos a través de la infancia. Norbeck ha revisado la literatura referente a la vinculación y a la asistencia social.<sup>64</sup> Segundo, las necesidades situacionales de asistencia relacionadas con las experiencias esperadas de madurez de la vida diaria y las experiencias inesperadas relacionadas con el modo de enfrentar los acontecimientos significativos en la vida, incluyendo la enfermedad aguda y la crónica, influyen en las demandas y los recursos.<sup>65</sup>

Resumiendo la información sobre los determinantes que mejoran la asistencia social, House pone de relieve la importancia de la capacidad y la motivación del individuo para proporcionar asistencia, y “el grado hasta el que el contexto interpersonal y social más grande condona o apoya tales esfuerzos”. House añade que “es obvio que la gente puede aprender a proporcionar asistencia social a los demás. Lo que es menos seguro es el grado al que... las organizaciones y la sociedad más extensa

proporcionan normalmente a la gente las destrezas necesarias y facilitan el dar la asistencia".<sup>66</sup>

A continuación vamos a considerar los *efectos*, o las consecuencias relacionadas con la salud, de la asistencia social. Durante muchos años hasta ahora, el efecto positivo sobre la salud transmitido por la asistencia social (o activo social, o disponibilidad de la asistencia a través de las redes) ha sido tan ampliamente estudiado y discutido que es considerado por algunos como establecido. Esos estudios y discusiones comenzaron en la década de 1971-1980, y fueron mencionados al principio de este capítulo. Vamos a analizar ahora el conocimiento actual que se tiene de la naturaleza de los efectos de la asistencia social sobre la salud; resumiremos brevemente los reclamos de beneficios de la asistencia social relacionados con la salud; y nos referiremos a las características de la asociación (algunas veces llamadas reglas de evidencia) entre la asistencia social y la salud.

En este punto puede ser útil volver a la figura 6-1, un modelo para el estudio del estrés, la forma en cómo enfrentarlo, y la salud. Debido a que este capítulo se centra en la asistencia social, y no podemos dedicar mayor atención a las otras clases de variables en el modelo, considérese el recuadro de *condiciones sociales que llevan al estrés* como *estrés*, considerérense los *resultados últimos como salud*, y simplifíquense los *recursos de enfrentamiento* para este momento mediante la referencia selectiva a ellos como *asistencia social*. La asistencia social aparentemente promueve la salud de tres maneras: mejorando directamente la salud, amortiguando el efecto del estrés sobre la salud, o actuando para reducir directamente los niveles de estrés.<sup>67-72</sup> Al principio, Cobb, Cassel, Kaplan, y Hogue creían que el segundo de ellos, el amortiguamiento, era la única manera de asistencia social que afectaba a la salud.<sup>73-76</sup> Esto es, decían, movidos por estudios empíricos, la asistencia social es benéfica sólo en presencia de estrés. Desde que apareció este primer trabajo, muchos estudios, incluido el de Hogue y Gorton, demostraron efectos directos de la asistencia social sobre la salud y fracasaron en mostrar el efecto de amortiguamiento.<sup>77</sup> El método analítico, la expresión de hipótesis, u otras materias relacionadas con el diseño pudieron influir en esos hallazgos, pero las pruebas de las diferentes relaciones no se cree que sean debidas a artefactos.<sup>78-79</sup> House discutió con claridad el significado de los efectos mayores y los efectos de amortiguamiento de la asistencia social.<sup>80</sup> Un problema importante relacionado con la naturaleza de amortiguamiento del estrés que ofrece la asistencia social tiene que ver con los acontecimientos de pérdida (muerte, divorcio, pérdida de empleo) tomados como indicadores de estrés. Puesto que esos acontecimientos implican pérdidas

de lazos sociales, si los acontecimientos son seguidos de salud deficiente es imposible decir si la salud deficiente se debe al estrés o a la pérdida de asistencia.<sup>81,82</sup> Este tipo de problema se llama *confundidor*.

A pesar de la variedad de métodos de estudio y muchas conceptualizaciones distintas de la asistencia social, del estrés, y de la salud, hay una enorme cantidad de pruebas empíricas de que la asistencia social puede reducir el estrés y amortiguar el impacto del estrés sobre la salud. Hay pruebas de que los que cuentan con asistencia social (o asistencia potencial a través de la disponibilidad de la red) viven más, tienen menos tasas de complicaciones durante el embarazo ante el estrés de la vida, tienen menos necesidad de tratamiento a base de esteroides para combatir el asma en período de estrés, tienen mejor ajuste psicológico después de cirugía de seno, están protegidos contra la depresión clínica ante acontecimientos adversos, y tienen mejor salud después de la muerte del esposo que los sujetos de control.<sup>83-90</sup> Esta es sólo parte de una muy larga lista de estudios que aclaran la relación entre la asistencia social y la salud. Existen varias revisiones extensas además de las que se mencionaron al principio de este capítulo.<sup>91,92</sup>

La revisión crítica de la naturaleza de las pruebas de las relaciones entre la asistencia social y la salud es importante, pero ese tipo de detalle no viene al caso para el amplio punto de vista de este capítulo. Nos referimos a la revisión amplia y cuidadosa de Broadhead y colaboradores.<sup>93</sup> Tal revisión fue guiada por los ocho criterios de Hill para evaluar las asociaciones causales. Presentamos un resumen de esos hallazgos (véase el cuadro correspondiente).

¿Cómo podría la asistencia social tener un impacto biológico? Aunque los efectos perjudiciales del estrés sobre la salud han sido entendidos durante algún tiempo gracias al trabajo de Cannon y Selye, los patrones conductualmente determinados de respuesta neuroendocrina que podrían avalar los efectos protectores de la asistencia social son todavía especulativos. Todavía no está claro cómo los lazos de la asistencia trabajan para mantener sana a la gente. Existen pruebas tanto por estudios en animales como en humanos de que los estímulos estresantes llevan a la estimulación química de la pituitaria anterior a través del hipotálamo posterior y medio, y de que la intensidad de las respuestas producidas en el hipotálamo y los sistemas neuroendocrinos pueden ser controladas por una respuesta de competencia a partir del hipotálamo anterior y lateral y por sus propios efectos neuroendocrinos, con actividad parasimpática, que resulta en presión sanguínea más baja y descarga de hormona del crecimiento.<sup>94-96</sup> Hay un trabajo promisorio avanzado en otras líneas, particularmente con los efectos de las betaendorfinas y otros neuropé-

---

## CARACTERÍSTICAS DE LA ASOCIACIÓN ENTRE ASISTENCIA SOCIAL Y SALUD

---

Temporalidad	La asistencia social pobre precede a los resultados psicológicos adversos y a la mortalidad
Intensidad de mortalidad	La asistencia social explica el 1 al 7% de la varianza en los resultados psicológicos. El riesgo relativo a consecuencia de una asistencia social pobre se encuentra entre el margen de 1.5 a 3.5.
Consistencia	Existe dirección y magnitud similares del efecto en todos los diseños de estudios importantes y en una gran variedad de grupos de edad, sexo, raza, étnicos, y estado de salud. Pero el efecto es mayor en las mujeres que en los hombres en la mayoría de los estudios.
Gradiente biológico	Existe un incremento aparente en los números de síntomas físicos y psicológicos y mortalidad con los aumentos progresivos en los números o frecuencia de los contactos sociales. La relación es menos clara para las medidas cualitativas percibidas de asistencia social.
Plausibilidad biológica	Las pruebas experimentales (animales y humanas) sugieren mecanismos neuroendocrinos, posiblemente mediados por la beta-endorfina, la que pudiera explicar los efectos directos propuestos y modificadores del estrés de la asistencia social.
Coherencia biológica	La teoría de la asistencia social se basa en estudios etológicos, y en la actual teoría psicosocial; la prueba puede usarse para explicar el efecto de la asistencia social en seis o más puntos en la cadena causal propuesta entre la exposición y la enfermedad.
Intervención experimental	La intervención de la asistencia social ha mejorado el resultado psicológico de niños crónicamente enfermos y el resultado del embarazo en mujeres en trabajo de parto. De otra forma, hay una escasez de intervención adecuadamente evaluada.
Especificidad del resultado	El amplio número de los resultados físicos y psicológicos asociados con las variaciones en la asistencia social son congruentes con los mecanismos cognoscitivos y neuroendocrinos del efecto.
Medición de la exposición	Se ha usado una amplia gama de definiciones de la asistencia social. Los estudios de factor analítico sugieren diferencias de construcción entre las medidas de cualidad <i>versus</i> cantidad. La literatura está plagada de índices sumarios inapropiados y de contaminación de los índices por variables de no asistencia.
Determinantes de la asistencia social	Un gran número de características del entorno e individuales interactúan para producir, en cualquier momento del tiempo, un sistema de asistencia social personal. Los resultados de salud afectan a cada uno de esos determinantes. (La asistencia social no sólo es una exposición al entorno.)
Dinámica de la asistencia social	La naturaleza de todos esos determinantes cambia con el cambio secuencial de rol y otros acontecimientos de la vida a medida que el individuo avanza en el ciclo vital. (La asistencia social no es independiente de los acontecimientos vitales.)

---

De W. Eugene Broadhead, *et al*: "The Epidemiologic Evidence for a Relationship Between Social Support and Health". *American Journal of Epidemiology*, 117:524, 1983.

tidos, de tal modo que parece que contamos con conocimiento adicional sobre los mecanismos de los efectos de la asistencia social.

## LA MEDICION DE LA ASISTENCIA SOCIAL

Consideremos los enfoques para la medición de la asistencia social, un intento que se encuentra en etapa de crisálida, en la necesidad de mucho más desarrollo, un área que es esencial tanto para la investigación como para la práctica. Consideraremos la red y su relación con la asistencia social, dirigiendo esos problemas con mayor detalle que el que le dimos al principio cuando identificábamos las fuentes de la asistencia.

Nuestra capacidad para medir la asistencia social está entrelazada con nuestra comprensión del concepto. Comprender qué es la asistencia social constituye un prerrequisito para la medición. Por otra parte, afinar nuestro conocimiento, en particular el de la asistencia social sobre las funciones relacionadas con la salud, requiere una medición sistemática y controlada. El propósito de la medición determina el grado de precisión necesitada, con generalmente mayor precisión requerida para la investigación y menos requerida para propósitos clínicos. A la larga, sin embargo, la fuerza de la aplicación clínica depende de la fuerza de la medición en una investigación cuidadosamente diseñada. Aún más, la apreciación de la medición ideal o “el estado del arte”, tiene el beneficio dual de reforzar nuestra evaluación de la investigación publicada y de ayudarnos a tomar las mejores decisiones posibles acerca de las valoraciones factibles de la práctica clínica.

Han habido tres niveles de medición (o análisis) de los fenómenos de la asistencia social considerados como relacionados con la salud.<sup>97</sup> Claro está, ha habido una multitud de medidas específicas. El primero de esos niveles representa el *macronivel* o enfoque de integración social, y es ejemplificado en el estudio de Berkman y Syme.<sup>98</sup> Berkman y Syme construyeron un índice de red social: *status* marital, número de amigos íntimos y parientes, y calidad de miembro en las organizaciones de la comunidad. El segundo nivel, o *mesonivel*, es el enfoque de red social. Los patrones de relaciones o propiedades de las redes sociales específicas como densidad (número de personas que se conocen entre sí en una red social de individuos) estudiado por Hirsch se consideran en este enfoque.<sup>99</sup> El tercero, o el *micronivel*, investiga la cualidad o el valor de los recursos sociales: es el objeto de las “seis provisiones de relaciones sociales (véase antes), adaptado de las provisiones de relaciones sociales de Weiss. El estudio de House sobre la salud, el estrés del empleo, y la asistencia social

percibida entre los trabajadores fabriles es un ejemplo de análisis del micronivel.<sup>100</sup> Mientras el macronivel es relativamente fácil de estudiar (los datos pueden obtenerse a menudo a partir de registros existentes) y los estudios en tal categoría contribuyen claramente al entendimiento general de la amplia relación entre los factores sociales y la salud, no explican cómo los lazos sociales afectan a la salud, ni informan a nuestro entendimiento de la naturaleza de la asistencia social. El conocimiento del estado marital o de la calidad de miembro de grupo no nos dice nada de la cualidad de la asistencia social que resulta del matrimonio o como miembro de un grupo. Los estudios actuales de la asistencia social tienden a ajustarse a uno o a ambos de los otros dos niveles de medición de la asistencia social; lo que queda de nuestra discusión de la medición reflejará eso.

Al principio de este capítulo nos referimos a los recursos de la asistencia: esposo o compañero, familia, amigos, organizaciones, grupos de autoayuda, etc. Mientras que esta lista representa una de las maneras tradicionales de ver las relaciones sociales, la red social ofrece un modo de atravesar esas fronteras examinando el campo social completo dentro del cual se encuentran metidos los individuos, enfoque que es particularmente atractivo debido a los cambios en los patrones de parentesco que han tenido lugar en los últimos años.<sup>101</sup> Barnes, Bott, y Mitchell fueron los primeros en describir el enfoque de red, y Mitchell proporcionó la tipología de las propiedades de la red para la medición, pero ninguno de esos autores ofreció instrumentos para la medición de las redes sociales debido a que su investigación etnográfica no incluía los instrumentos para la medición.<sup>102-104</sup> Algunas de las dimensiones en las redes que se consideran comúnmente incluyen el tamaño (número de personas), la densidad (cómo los distintos miembros de la red se conocen entre sí), la homogeneidad, la dispersión de la fuente del rol, y la fuente principal del rol, la frecuencia del contacto, la reciprocidad, la multidimensionalidad, la duración y la intensidad. Hay muchos enfoques para operacionalizar esas variables.<sup>105</sup> Norbeck y sus colaboradores, utilizando un cuestionario de automanejo, pedían a los respondientes que “enlistaran cada persona importante en su vida..., consideraran todas las personas que les proporcionaban ayuda personal o las que sean importantes para Usted actualmente”.<sup>106</sup> Los entrevistados indicaban la fuente de rol seleccionándola de una lista. Podían ser enlistados hasta un número de 20 miembros de la red. La asistencia social fue determinada a partir del Norbeck Social Support Questionnaire, pidiendo a los entrevistados que contestaran (acerca de cada miembro de la red) nueve preguntas, casi todas acerca

de tres tipos de asistencia: afecto, afirmación, ayuda.<sup>107</sup> También se investigaron la duración y la frecuencia del contacto.

Hogue y Gorton adaptaron el método egocéntrico de red de Fischer y sus colaboradores.<sup>108-115</sup> Basándose en la teoría de intercambio de relaciones que sugiere que los miembros importantes de la red posiblemente sean los que proporcionan algún tipo de asistencia o intercambio (los intercambios pueden ser asistencia emocional, servicios, o bienes), se preguntaba a los entrevistados por un entrevistador que enlistaran las personas con las que compartían varios tipos de intercambios.<sup>116,117</sup> Por ejemplo, a los entrevistados se les preguntaba quién atendía la casa mientras ellos estaban fuera, con quiénes hablaban sobre asuntos personales, a quiénes les podían pedir dinero prestado, con quiénes se reunían. Se les preguntaba también a los entrevistados quiénes les habían ayudado en los 3 últimos meses, y si los entrevistados habían ayudado a esas personas en los últimos 3 meses. Se añadían los nombres de las personas que vivían en la misma casa, luego se les daba a los entrevistados una lista de toda la gente mencionada y se les pedía que nombraran a alguien más que también fuera importante para ellos, con un máximo de 32 nombres en la lista. Las relaciones de rol, qué tan estrechamente se sentía unido el entrevistado al miembro de la red, qué tan lejos vivía del miembro de la red, etc., todo eso se les preguntaba acerca de cada persona de la lista completa de la red. Puesto que la investigación sugería diferencias individuales en la capacidad de aceptar asistencia social, se valoraba también ese factor. Debido a que Hogue y Gorton estaban particularmente interesados en la asistencia emocional disponible para sus entrevistados, les hicieron una serie de preguntas acerca de la estructura de lo que ellos llamaban la *red íntima* y la cualidad de la interacción (tanto positiva como negativa) obtenida de ella. Con el fin de conseguir nombres de personas en la red íntima, el entrevistador leía lo siguiente:

A veces la gente tiene un número de personas con las que tiene contacto, pero sólo se sienten íntimos de unas pocas de todas ellas. Me interesa ahora conocer la gente de esa lista de la que se siente muy íntimo ahora. Esto es, las personas con quienes Usted se siente en libertad de compartir confidencias o en quienes puede confiar en busca de apoyo moral cuando las cosas se ponen difíciles. Esto es, la gente a la que Usted valora mucho.

Se preguntaba a los entrevistados si había personas en la lista que encajaran en la definición y, si así era, cuál era la más íntima. Se podían nombrar hasta un máximo de cinco personas en orden decreciente de intimidad. Para cada una de las personas en la red de intimidad, se obtuvo información sobre densidad, duración, y frecuencia del contacto; la cantidad de apoyo emocional, tal como cuánto se sentían aprobados, cuán



capaces eran de expresar sentimientos con la persona; la cantidad de la asistencia instrumental y moral intercambiada; algo acerca de los aspectos potenciales negativos de la relación; y detalles sociodemográficos.

Aquí, pues, tenemos dos ejemplos de la investigación de enfermería del enfoque de red (mesonivel) en la medición de la asistencia social (micronivel). No hay consenso acerca de si vale la pena estudiar las redes sociales, y alguna investigación trata a las redes como el principal objeto de estudio (variables dependientes), otros le dan un tratamiento de variables independientes con medidas de salud dependientes, y algunas, incluyendo la investigación que acabamos de mencionar, utilizan las redes principalmente como enfoque a las fuentes de asistencia con menos atención a la estructura y a la función de las redes en tanto se hallan relacionadas a la asistencia social y a la salud. Algunos investigadores de la asistencia social opinan que es del todo innecesario estudiar las redes. No hay, además, acuerdo sobre la terminología en cuanto a si los aspectos funcionales de las redes son o no los mismos que los de la asistencia social.

No hace mucho, las redes sociales y la asistencia social fueron usadas de manera intercambiable. El desarrollo conceptual, al que nos referimos al principio de este capítulo, y la investigación empírica están contribuyendo a un refinamiento que ahora la hace menos probable. Blazer encontró que la medida de la asistencia social, y no la de la red, se hallaba relacionada con la mortalidad en una muestra de una comunidad de personas ancianas.<sup>118</sup> Hogue y Gorton, en el estudio de las mujeres ancianas mencionadas a lo largo del capítulo, encontraron que la asistencia social (partidas en la medida incluían: haber sido ayudadas en los últimos tres meses; reciprocidad instrumental; asistencia moral; reciprocidad para la asistencia moral; poder expresar sentimientos; y soy escuchada) se relacionaba positivamente y directamente con el bienestar psicológico (con el estado financiero y todos los aspectos de la salud controlados) y que las redes (partidas en la medida incluían: densidad, duración, excluyendo relaciones de parentesco; distancia entre los hogares; frecuencia de conversaciones por teléfono con el miembro de la red) no se relacionaban con el bienestar. El análisis de Hogue y Gorton se basaba en las relaciones diádicas con la red de intimidad, compuesta de un máximo de cinco personas.<sup>119</sup>

Entre tanto, se han ido acumulando pruebas teóricas y empíricas de beneficios relacionados con la salud de tipos particulares de redes, y ahora entendemos que muchos factores determinan qué clases de redes son útiles para determinados individuos. En la revisión de la literatura teórica y de investigación, Walker, MacBride, y Vachon examinaron la información acerca de las relaciones entre las características de la red y

las necesidades individuales.<sup>120</sup> Explican que ningún tipo específico de red es universalmente de más asistencia para la gente que se halla en crisis. Argumentan que la naturaleza de la crisis, el punto en que el tiempo relativo a la crisis o la transición psicosocial, y la combinación de recursos internos y externos de los individuos, todo junto determina el tipo más apropiado de red. Por ejemplo, durante una crisis como la enfermedad grave y breve que no lleva a un cambio de rol a largo plazo y que no se acompaña de pérdida de recursos personales y materiales, puede ser la más útil una red pequeña y densa de lazos fuertes. Por otro lado, en una transición psicosocial más importante como el ajuste tras la pérdida del cónyuge, “la red pequeña y densa puede atrapar al individuo dentro de un conjunto limitado de expectativas normativas, información, y contactos sociales, más que colmar su necesidad para realizar la transición a nuevos roles sociales”.<sup>121</sup>

Respecto de los demás factores relacionados con el ajuste entre el tipo de la red y la necesidad, Walker y sus colaboradores observan que en tanto que las necesidades de la persona cambian durante el curso de la crisis, sus necesidades de diferentes clases de asistencia sugieren la aptitud de diferentes clases de redes con el tiempo. De igual modo, cuando la estructura de la red facilita el ofrecimiento de nueva información y de contactos sociales, “si la personalidad del individuo no es receptiva para hacer uso de tal información o si su situación financiera o física no le permite movilidad para continuar con tales contactos, entonces esas características de la red serán de muy poca utilidad”.<sup>122</sup>

La medición de la red es atractiva para muchos como un enfoque para entender la asistencia social, en especial ayudándonos a distinguir entre las distintas fuentes de asistencia social que tienen las mayores consecuencias para la salud.<sup>123</sup> Por otro lado, la investigación de buena calidad, ejemplificada por House, ha procedido en el “micronivel”.<sup>124</sup>

La medición de la asistencia social al micronivel debe considerar “¿quién da qué a quién en relación con qué problemas?”<sup>125</sup> Los aspectos específicos de la asistencia social que describimos al principio de este capítulo deben ser identificados; la(s) fuente(s) de esos tipos de asistencia deben ser identificada(s); las percepciones de los dadores y receptores de asistencia deben ser valoradas; las necesidades de asistencia, los aspectos negativos de las relaciones, e (idealmente) las medidas objetivas de los actos de cuidados deben ser valorados. Barrera aconseja que estudiemos a *los proveedores reales o potenciales* de asistencia, incluyendo la descripción de la red social, o la presencia de un cónyuge o confidente, o la participación en organizaciones o actividades; *la valuación subjetiva*

*del apoyo*, cantidad y adecuación; y *las actividades involucradas* en la provisión de la asistencia –cuáles son las conductas reales de ayuda.<sup>126</sup>

No es probable que puedan ser adecuadamente investigados en cualquier estudio todos los aspectos de la asistencia social que hemos mencionado. Lo que sí es importante es que aquellos que se proponen medir la asistencia social sean claros y específicos en la medida de lo posible acerca de lo que se mide, especialmente cuando se intenta medir por separado los tipos sueltos de la asistencia, y ser igualmente claros acerca de –y no combinarlas– las medidas de la red y de la asistencia social. Nuestro conocimiento de la asistencia social como un concepto multidimensional y las capacidades de medición que tenemos a nuestra disposición actualmente exigen ambas tal especificidad y claridad.

## IMPLICACIONES CLINICAS

Los amplios testimonios que relacionan la asistencia social con la salud nos deben alentar a buscar oportunidades para mejorar el dar y el recibir la asistencia social. Una gran cantidad de la información de este capítulo pide a voces su aplicación clínica, pero ¿qué pueden hacer los clínicos en realidad? El estado actual de la investigación se ha desarrollado al extremo de que podemos ahora entender que la asistencia social es una idea multidimensional o un conjunto de conceptos. La hemos presentado como transacciones interpersonales que incluyen una o más de las siguientes: sostén emocional, ayuda instrumental (bienes o servicios), información (acerca del entorno), y valuación (la que sirve para la autoevaluación). Hemos señalado igualmente que la efectividad de la asistencia social no está limitada a las personas que sufren estrés, que las configuraciones diferentes de las fuentes de asistencia pueden ser útiles para las distintas experiencias de la vida, que no todas las relaciones son de asistencia, y que existen diferencias individuales en las necesidades y capacidades para recibir la asistencia. Ver claro en medio de esta complejidad lo constituye el hecho de que en este momento no existe una herramienta válida, confiable y factible para la valoración clínica. Además, tenemos más preguntas que respuestas acerca de cómo intervenir, acerca de cómo estimular, mejorar, o crear la asistencia cuando ésta es débil. ¿Cómo vamos a enseñar a los clientes a manipular sus entornos para lograr y mantener la asistencia que necesitan? ¿Existen modos de hacer que la gente ayude más a los demás? ¿Qué intervenciones tienen sentido para las personas que no pertenecen a una red rica en recursos? Quedan más preguntas importantes que se han de considerar en la planificación de

las intervenciones.<sup>127</sup> En los apartados siguientes de este capítulo, expon-dremos las mejores sugerencias que podamos, dadas las limitaciones que tenemos acerca de cómo llevar a cabo la valoración factible y cómo intervenir eficazmente. Al actuar así, intentaremos evitar el recomendar engorrosos instrumentos de investigación que necesitan simplificación antes de que puedan ser útiles en la práctica clínica, e intentaremos evitar hacer recomendaciones basadas en hallazgos de investigación tambalean-tes o preliminares. Remitiremos también al lector a otras pautas generales de acción.<sup>128-131</sup>

En primer lugar, la valoración de la asistencia social debe formar parte de la valoración inicial cabal del paciente. Puesto que un estudio tras otro han demostrado la importancia de la asistencia percibida por lo menos de una relación dinámica de intimidad, y no necesariamente mayor beneficio de parte de más relaciones, debe buscarse si existe por lo menos una persona con la que pueda contarse para confortación en tiempos de problema, para asistencia moral, para asistencia emocional. El lenguaje se puede acomodar de manera que se ajuste al individuo, pero tras de lo que se debe ir es “la presencia de un confidente”. La investigación futura puede mostrar que la ayuda instrumental o la infor-mación o la valuación son más importantes que el aspecto de interés emocional de la asistencia social; pero en este momento hay razones para creer que el sostén emocional es lo que más importa, de tal manera que la pregunta debe formularse teniendo esto en mente.

Si tiene tiempo, haga una lista de las personas íntimas para el paciente. Un modo de hacerlo es el método de Norbeck.<sup>132</sup> Pida al cliente que: “Enliste cada persona importante en su vida. Considere todas las personas que le presten apoyo personal o que son importantes para Usted actual-mente.” Hay que hacer realmente una lista, usando el nombre de pila y las iniciales de los apellidos. Deje que el tiempo dicte cuántos nombres pondrá en la lista.

Otro modo de desarrollar una lista de la red de fuentes de la asistencia es preguntar quiénes viven en la casa con el cliente (ponga sus nombres de pila), luego empiece con preguntas orientadas a problemas como “¿quién le ayuda a...?” y “en el supuesto caso de que usted tenga proble-mas con..., ¿a quien le hablaría o recurriría en demanda de ayuda?” Esas preguntas orientadas a problemas deberían reflejar el conocimiento que usted tiene de su cliente (*e.g.*, tareas de desarrollo, cambio de vida, enfermedad). Pregunte igualmente acerca de las actividades sociales: “¿a quién conoce lo bastante bien para visitarlo en su casa?” En este punto, muestre al cliente la lista y pregunte “¿hay alguien más que sea importante para usted y que no aparece en la lista?” Limite la lista a las cuatro o

cinco personas más íntimas preguntando “de todas las personas que figuran en esta lista, ¿cuál es con la que mantiene más intimidad actualmente?” y luego, “¿cuál es la siguiente persona con la que mantiene más intimidad?”

El siguiente paso, si usted pregunta sólo acerca de la presencia de un confidente o si toma un tiempo para desarrollar la lista, quizás usando una de las técnicas aquí descritas, es tratar de buscar lo que pueda acerca de la naturaleza de las relaciones de intimidad (tipo de asistencia, anotando las conductas reales de asistencia), su fuerza (qué tan estrecha), y disponibilidad (potencial o real). Es importante averiguar la reciprocidad. Pregunte “¿considera su opinión cuando toma decisiones importantes?” Cuán sistemática sea usted en esto, cuán detallista sea, depende del tiempo de que disponga, su estilo, y la situación del encuentro. Por lo menos, trate de obtener un sentido de la cualidad de la(s) relación(es).

Finalmente, emita un juicio acerca de la adecuación de la asistencia social desde las perspectivas del cliente. ¡No es un juicio fácil de hacer! Intente entender desde las perspectivas de los clientes –que ellos necesitan más asistencia con –el entendimiento por parte de–, etc. Si las tareas se han llevado con eficacia, la intervención apropiada se dirige a señalar a los clientes su asistencia fuerte y efectiva. La conciencia del poder de su asistencia social es asistencia cognoscitiva que puede ser valiosa para ellos ahora y en el futuro porque reconoce su competencia como individuos en los entornos sociales.

Si piensa que existen deficiencias en la asistencia disponible, la intervención será distinta. (Recuerde que la capacidad de aceptar asistencia no es un rasgo universal. Si tiene la impresión de que los clientes están marchando bien aun encontrándose socialmente aislados, ¡no presione!) Puede preguntar a los clientes sobre ideas acerca de quienes puedan ayudarlos en asuntos/problemas, oportunidades de refuerzo dentro de la red social informal buscando sugerencias acerca de cómo las relaciones pueden fortalecerse, averiguando el potencial para el cambio entre las fuentes importantes de asistencia. Puede ser útil ayudar a los clientes a entender la reciprocidad al alentarlos a que ellos a su vez den apoyo. Norbeck advierte que debemos “producir el mínimo trastorno o alteración en el sistema natural de asistencia –a menos que sea un sistema patológico– mientras se mejora la capacidad de ese sistema para proveer asistencia”.<sup>133</sup>

Algunas intervenciones se dirigen hacia las redes, por ejemplo, ciertas formas de terapia familiar, pero este enfoque está fuera del alcance de este capítulo.<sup>134</sup> Aunque las enfermeras y otros prestadores profesionales de cuidado son idóneos para la ayuda –y en sus primeros escritos sobre

asistencia social Caplan se refería al sistema formal de asistencia—, la investigación de los últimos años apunta a que debemos reforzar los beneficios de las fuentes informales de asistencia.<sup>135</sup> Finalmente, si las necesidades de sus clientes no pueden ser colmadas a través de la red informal, considere sustituirlas por los grupos de autoayuda.

Las propuestas que aquí se han hecho para incorporar los conceptos de la asistencia social a la práctica son tentativas. Deberán sin duda afinarse con el desarrollo de la investigación futura y de la teoría; ambos, el desarrollo de la investigación y el de la teoría, en este campo, se beneficiarán de las observaciones de los clínicos que son acordes con la importancia de la asistencia social en la promoción de la salud.

## REFERENCIAS

- 1 Walter B. Cannon: *Bodily Changes in Pain, Hunger, Fear, and Rage: An Account of Recent Researches into the Functions of Emotional Excitement*, ed.2 (New York: Appleton, 1929).
- 2 Harold G. Wolff: *Stress and Disease* (Springfield, Illinois: Charles C. Thomas, 1953).
- 3 Lawrence E. Hinkle, Jr.: "Ecological Observations on the Relation of Physical Illness, Mental Illness, and the Social Environment". *Psychosomatic Medicine*, 23:289-297, 1961.
- 4 Thomas H. Holmes and Richard H. Rahe: "The Social Readjustment Rating Scale". *Journal of Psychosomatic Research*, 11:213-218, 1967.
- 5 Robert E.L. Faris and Warren H. Dunham: *Mental Disorders in Urban Areas* (Chicago: University of Chicago Press, 1939).
- 6 Alexander H. Leighton; *My Name is Legion* (New York: Basic Books, 1959).
- 7 Gerald Caplan: *Principles of Preventive Psychiatry* (New York: Basic Books, 1964).
- 8 Leonard J. Duhl: "The Changing Face of Mental Health". In L.J. Duhl (ed.): *The Urban Condition: People and Policy in the Metropolis* (New York: Basic Books, 1963), p. 70.
- 9 Gerald Caplan: "Support Systems". In Gerald Caplan (ed.): *Support Systems and Community Mental Health* (New York: Basic Books, 1974).
- 10 John Cassel: "Psychosocial Processes and Stress: Theoretical Formulations". *International Journal of Health Services*, 4:471-482, 1974.
- 11 John Cassel: "The Contribution of the Social Environment to Host Resistance". *American Journal of Epidemiology*, 102:107-123, 1976.
- 12 Sidney Cobb: "Social Support as a Moderator of Life Stress". *Psychosomatic Medicine*, 38:300-314, 1976.
- 13 Berton H. Kaplan, John Cassel, and Susan Gore: "Social Support and Health". *Medical Care*, 15:47-58.
- 14 Alfred Dean and Nan Lin: "The Stress-Buffering Role of Social Support". *Journal of Nervous and Mental Disease*, 169:403-417, 1977.
- 15 Cassel, 1974, *op.cit.*
- 16 Cassel, 1976, *op.cit.*
- 17 Kaplan, Cassel, Gore, *op.cit.*
- 18 Cassel, 1974, *op.cit.*
- 19 Kaplan, Cassel, Gore, *op.cit.*

- 20 J. Clyde Mitchell (ed.): *Social Networks and Urban Situations* (Manchester, England: Manchester University Press, 1969).
- 21 Cobb, *op.cit.*, p.300.
- 22 W. Eugene Broadhead, et al.: "The Epidemiologic Evidence for a Relationship Between Social Support and Health". *American Journal of Epidemiology*, 117:521-537, 1983.
- 23 Benjamin H. Gottlieb (ed.): *Social Networks and Social Support* (Beverly Hills, California: Sage Publications, 1981).
- 24 James S. House: *Work Stress and Social Support* (Reading, Massachusetts: Addison-Wesley, 1981).
- 25 Jane S. Norbeck: "Social Support: A Model for Clinical Research and Application". *Advances in Nursing Science*, 3:43-59, 1981.
- 26 Barbara A. Israel, Carol C. Hogue, and T. Ann Gorton: "Social Networks Among Elderly Women: Implications for Health Education Practice". *Health Education Quarterly*, Fall, 1983.
- 27 Margaret Diamond and Susan L. Jones: *Chronic Illness Across the Life Span* (Norwalk, Connecticut: Appleton-Century-Crofts, 1983).
- 28 Carol C. Hogue: "Coping Resources, Stress, and Health Change in Middle Age". Unpublished doctoral dissertation (Chapel Hill: University of North Carolina, 1974).
- 29 Nan Lin, et al.: "Social Support, Stressful Life Events and Illness: A Model and an Empirical Test". *Journal of Health and Social Behavior*, 20:109, 1979.
- 30 Cassel, 1974, *op.cit.*
- 31 *Ibid.*
- 32 Carol C. Hogue: "Support Systems: A Model for Research and Services to Older Americans in Community Settings". Paper Presented at the 29th Annual Meeting of the Gerontological Society of America. New York, October 20, 1976.
- 33 Dean and Lin, *op.cit.*, p.407.
- 34 Robert S. Weiss: "The Provisions of Social Relations". In Zick Rubin (ed.): *Doing Unto Others* (Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice Hall, 1974), pp.23-24.
- 35 Katherine B. Nuckolls, John Cassel, and Berton H. Kaplan: "Psychosocial Assets, Life Crisis, and the Prognosis of Pregnancy". *American Journal of Epidemiology*, 95:431-441, 1972.
- 36 Caplan, 1974, *op.cit.*, p.6.
- 37 Cobb, *op.cit.*
- 38 Sidney Cobb: "Social Support and Health Through the Life Course". In Matilda White Riley (ed.): *Aging From Birth to Death: Interdisciplinary Perspectives* (Washington, D.C.: American Association for the Advancement of Science, 1979), pp. 93-94. (Cited by House, 1981, *op.cit.*, p.16).
- 39 Robert L. Kahn and Toni Antonucci: "Convoys Over the Life Course: Attachment, Roles, and Social Support". In Paul B. Baltes and Orville Brim (eds.): *Life-Span Development and Behavior*, vol.3. (Boston: Lexington Press, 1980), pp.253-286.
- 40 Catherine Schaefer, James C. Coyne, and Richard S. Lazarus: "The Health-Related Functions of Social Support". *Journal of Behavioral Medicine*, 4:385-386, 1981.
- 41 House, *op.cit.*, pp.24-26, 39.
- 42 *Ibid.*, pp.18-22.
- 43 Carol C. Hogue and T. Ann Gorton: "Social Networks, Social Support and Morale of Older Women". In progress, 1983.
- 44 Gerald Caplan: *Support Systems and Community Mental Health* (New York: Behavioral Publications, 1974).
- 45 Gerald Caplan and Marie Killilea (eds.): *Support Systems and Mutual Help* (New York: Grune & Stratton, 1976).
- 46 Carol C. Hogue: "Overview and Prospects for Research on Social Support of Older

- Adults". Paper presented at the 32nd Annual Meeting of the Gerontological Society of America, Washington, D.C., November 29, 1979.
- 47 Linda K. George: *Role Transitions in Later Life* (Belmont, California: Wadsworth, 1980).
  - 48 Alfred Dean, Nan Lin, and Walter M. Ensel: "The Epidemiological Significance of Social Support Systems in Depression". In Roberta G. Simmons (ed.): *Research in Community and Mental Health*, vol.2, JAI Press, 1980.
  49. Elizabeth Bott: *Family and Social Network*, ed.2. (London: Tavistock, 1971).
  - 50 John Barnes: "Class and Communities in a Norwegian Island Parish". *Human Relations*, 7:43, 1954.
  - 51 Mitchell, *op.cit.*
  - 52 Barnes, *op.cit.*
  - 53 Mitchell, *op.cit.*
  - 54 House, *op.cit.* pp.22, 24.
  - 55 Hogue and Gorton, *op.cit.*
  - 56 House, *op.cit.* p.23.
  - 57 Cassel, 1976, *op.cit.*
  - 58 House, *op.cit.* p.93.
  - 59 Roger E. Mitchell and Edison J. Trickett: "Social Networks as Mediators of Social Support: An Analysis of the Effects and Determinants of Social Networks". *Community Mental Health Journal*, 16:27-44, 1980.
  - 60 Marjorie Fiske Lowenthal and C. Haven. "Interaction and Adaptation: Intimacy as a Critical Variable". *American Sociological Review*, 33:20-33, 1968.
  - 61 Norbeck, *op.cit.*, pp.47-50.
  - 62 Angela Finlayson: "Social Networks as Coping Resources: Lay Help and Consultation Patterns Used by Women in Husbands' Post-Infarction Career". *Social Science and Medicine*, 10:97-103, 1976.
  - 63 R. Jay Turner and Samuel Noh: "Class and Psychological Vulnerability Among Women: The Significance of Social Support and Personal Control". *Journal of Health and Social Behavior*, 24:2-15, 1983.
  - 64 Norbeck, *op.cit.*, pp.43-44.
  - 65 *Ibid.*, pp.50-52.
  - 66 House, *op.cit.*, p.110.
  - 67 Hogue and Gorton, *op.cit.*
  - 68 R. Jay Turner: "Social Support as a Contingency in Psychological Well-Being". *Journal of Health and Social Behavior*, 22:357-367, 1981.
  - 69 Nuckolls, Cassel and Kaplan, *op.cit.*
  - 70 Susan Gore: "The Effect of Social Support in Moderating the Health Consequences of Unemployment". *Journal of Health and Social Behavior*, 19:157-165, 1978.
  - 71 James M. LaRocco, James S. House, and John R.P. French: "Social Support, Occupational Stress, and Health", *Journal of Health and Social Behavior*, 21:202-218, 1980.
  - 72 *Ibid.*, p.205.
  - 73 Cobb, 1976, *op.cit.*
  - 74 Cassel, 1976, *op.cit.*
  - 75 Kaplan, Cassel, and Gore, *op.cit.*
  - 76 Hogue, 1974, *op.cit.*
  - 77 Hogue and Gorton, *op.cit.*
  - 78 LaRocco, House, and French, *op.cit.*
  - 79 Peggy A. Thoits: "Conceptual, Methodological and Theoretical Problems in Studying Social Support as a Buffer Against Life Stress". *Journal of Health and Social Behavior*, 23:145-159, 1982.
  - 80 House, *op.cit.*, pp.30-35.



- 81 *Ibid.*, p.52.
- 82 Schaefer, Coyne and Lazarus, *op.cit.*, p.387.
- 83 Lisa F. Berkman and Leonard Syme: "Social Networks, Host Resistance, and Mortality: A Nine-Year Follow-Up Study of Alameda County Residents". *American Journal of Epidemiology.*, 109:186-204, 1979.
- 84 Dan G. Blazer: "Social Support and Mortality in an Elderly Community Population". *American Journal of Epidemiology*, 115:684-694, 1982.
- 85 Nuckolls, Cassel, and Kaplan, *op.cit.*
- 86 Jane S. Norbeck and Virginia P. Tilden: "Life Stress, Social Support, and Emotional Disequilibrium in Complications of Pregnancy: A Prospective, Multivariate Study". *Journal of Health and Social Behavior*, 24:30-46, 1983.
- 87 G. DeAraujo, *et al.*: "Life Change, Coping Ability, and Chronic Intrinsic Asthma". *Journal of Psychosomatic Research*, 17:359-363, 1973.
- 88 Donna P. Funch and Curtis Mettlin: "The Role of Support in Relation to Recovery from Breast Surgery". *Social Science and Medicine*, 16:91-98, 1982.
- 89 George W. Brown, *et al.*: "Social Class and Psychiatric Disturbance Among Women in an Urban Population". *Sociology*, 9:225-54, 1975.
- 90 B. Raphael: "Preventive Intervention with the Recently Bereaved". *Archives of general Psychiatry*, 34:1450-1454, 1977.
- 91 House, *op.cit.*, Chapter 3.
- 92 M. Robin Di Matteo and Ron Hayes: "Social Support and Serious Illness". In Benjamin H. Gottlieb (ed.): *Social Networks and Social Support* (Beverly Hills, California: Sage Publications, 1981, pp. 117-148).
- 93 Broadhead, *et al.*, *op.cit.*
- 94 *Ibid.*
- 95 E. W. Bovard: "The Effects of Social Stimuli of the Response to Stress". *Psychological Review*, 66:267-277, 1959.
- 96 James P. Henry: "The Relation of Social to Biological Processes in Disease". *Social Science and Medicine*, 16:369-380, 1982.
- 97 Gottlieb, in Gottlieb, *op.cit.*, pp.32-33.
- 98 Berkman and Syme, *op.cit.*
- 99 Barton J. Hirsch: "Psychological Dimensions of Social Networks: A Multimethod Analysis". *American Journal of Community Psychology*, 7:263-278, 1979.
- 100 James S. House, *et al.*: "Occupational Stress and Health Among Factory Workers". *Journal of Health and Social Behavior*, 20:139-160, 1979.
- 101 Mark Pilisuk and Charles Froland: "Kinship, Social Networks, Social Support and Health". *Social Science and Medicine*, 12B:273-380, 1978.
- 102 Barnes, *op.cit.*
- 103 Bott, *op.cit.*
- 104 Clyde Mitchell, *op.cit.*
- 105 Roger Mitchell and Edison Trickett, *op.cit.*
- 106 Jane S. Norbeck, Ada M. Lindsey, and Virginia L. Carrieri: "The Development of an Instrument to Measure Social Support". *Nursing Research*, 30:264-269, 1981.
- 107 *Ibid.*, p.265.
- 108 Hogue, 1979, *op.cit.*
- 109 Hogue and Gorton, *op.cit.*
- 110 T. Ann Gorton: "A Network Analytic Approach to Assess Social Support Systems of Retired Women". Paper presented at the 32nd Annual Meeting of the Gerontological Society of America, Washington, D.C., November 29, 1979.
- 111 Claude S. Fischer: "The Contexts of Personal Relations: An Exploratory Network Analysis". Working Paper No.281, Institute of Urban and Regional Development, University of California, Berkeley, 1978.

- 112 Claude S. Fischer, *et al*: *Networks and Places: Social Relations in the Urban Setting* (New York: Free Press, 1977).
- 113 Lynne McAllister and Claude S. Fischer: "A Procedure for Surveying Personal Networks". *Sociological Methods and Research*, 7:131-148, 1978.
- 114 Lynne McAllister Jones and Claude S. Fischer: "Studying Egocentric Networks by Mass Survey". Working Paper No.384, Institute of Urban and Regional Development, University of California, Berkeley, 1978.
- 115 Ann Stueve and Claude S. Fischer: "Social Networks and Older Women". Paper No.292, Institute of Urban and Regional Development, University of California, Berkeley, 1978.
- 116 J. Thibaut and H.H. Kelley: *The Social Psychology of Groups* (New York: John Wiley & Sons, 1959).
- 117 Gerald C. Homans: *Social Behavior: Its Elementary Forms* (New York: Harcourt Brace Jovanovich, 1974).
- 118 Blazer, *op.cit.*
- 119 Hogue and Gorton, *op.cit.*
- 120 Kenneth N. Walker, Arlene MacBride, and Mary L.S. Vachon: "Social Support Networks and the Crisis Bereavement". *Social Science and Medicine*, 11:35-41, 1977.
- 121 *Ibid.*, p.37.
- 122 *Ibid.*, p.38.
- 123 Pilisuk and Froland, *op.cit.*, p.277.
- 124 House, *et al*, 1979, *op.cit.*
- 125 House, 1981, *op.cit.*, p.22.
- 126 Manuel Barrera, Jr. "Social Support in the Adjustment of Pregnant of Pregnant Adolescents: Assessment Issue". In Benjamin H. Gottlieb: *Social Networks and Social Support* (Beverly Hills, California: Sage Publications, 1981), pp.69-96.
- 127 Norbeck, *op.cit.*
- 128 *Ibid.*
- 129 House, *op.cit.*
- 130 Diamond and Jones, *op.cit.*
- 131 Benjamin J. Murawski, Doris Penman, Madeline Schmitt: "Social Support in Health and Illness: The Concept and Its Measurement". *Cancer Nursing*, 1:356-371, 1978.
- 132 Norbeck, Lindsey, and Carrieri, *op.cit.*
- 133 Norbeck, *op.cit.*, p.55.
- 134 Ross V. Speck and Carolyn L. Attneare: *Family Networks* (New York: Pantheon Books, 1973).
- 135 Caplan, 1974, *op.cit.*

## BIBLIOGRAFIA

- Gottlieb, Benjamin H. "Preventive Interventions Involving Social Networks". In Benjamin H. Gottlieb (ed.): *Social Networks and Social Support*. Beverly Hills, California: Sage Publishing Co., 1981, pp.201-232.

## TERCERA PARTE

# LA ENFERMERIA COMO UN PROCESO

Los intentos por definir la enfermería han tenido ocupadas a las profesionales de esta rama durante décadas, quizá más. La enfermería ha sido conceptualizada como un conjunto de conocimientos, una profesión, un servicio, y como un proceso. La parte III plantea la enfermería como un proceso. La literatura sobre el proceso de la enfermería es muy amplia; así, decir que la enfermería es un proceso no es espantar a quienes están empezando a practicarla. Sin embargo, el propósito de la parte III es presentar una definición de la enfermería como proceso que pueda informar a las enfermeras como personas orientadas hacia un proceso y la intervención de la enfermería como la facilitación de procesos a los clientes. En la literatura sobre enfermería, en su práctica, y en su formación, se ha hecho hincapié en los pasos que se siguen en *el* proceso de la enfermería, el que ha sido definido comúnmente como una especie de modificación del método científico o el proceso de solución de problemas. Sin embargo, la enfermería es algo más complejo que la conceptualización de un proceso aislado. La enfermería es una integración de muchos procesos en un sistema complejo en el que participan en igual medida la enfermera y el cliente. Para ir un poco más lejos, enfermeras y clientes son en sí mismos sistemas complejos de procesos.

En la parte III se identifican tres niveles de procesos, y las destrezas que llevan asociadas, las que integran la práctica de la enfermería distributiva. Estos tres niveles son los procesos básicos, los componentes de la práctica, y los procesos de cambio. En el capítulo 7, Hall describe las destrezas básicas del proceso que la enfermera y el cliente intentan llevar

a cabo por igual con el fin de establecer modos de vida saludable. En el capítulo 8, Hart y Herriot definen los componentes de la práctica como valoración, intervención, y evaluación y ponen énfasis en la necesidad de colaboración entre la enfermera y el cliente para lograr los objetivos del cuidado de la salud. En el capítulo 9, Hall identifica las destrezas del proceso de cambio que constituyen el *armamentarium* principal de la enfermera que funciona como agente de cambio con individuos, familias, grupos, organizaciones complejas, y comunidades. La síntesis de las destrezas básicas del proceso, de los componentes de la práctica, y de las destrezas del cambio representa un enfoque de proceso para la práctica de la enfermería.

Las destrezas básicas del proceso se presentan como las destrezas elementales humanas necesarias para ambos, enfermera y cliente, con objeto de funcionar en forma eficaz.

## CAPITULO SIETE

# DESTREZAS BASICAS PARA LA PRACTICA DE LA ENFERMERIA

JOANNE E. HALL

## LA NATURALEZA DEL PROCESO

El proceso se define como un conjunto de acciones o cambios que ocurren en un orden especial. El proceso puede entenderse como un fenómeno que muestra un cambio constante con el paso del tiempo.<sup>1</sup> Bevis describió tres atributos del proceso como: propósito inherente o razón de ser, organización interna o series de acciones u operaciones, y creatividad infinita o innovación constante.<sup>2</sup>

Estos atributos implican que un proceso tiene una meta específica; esto es, tiene una razón de ser. Identificar la meta ayuda a evaluar si el proceso está operando en forma eficaz o si, en cambio, requiere modificación para alcanzar sus fines. Lo mismo se puede decir a la inversa. Conociendo la meta que uno quiere alcanzar, tenemos las claves de la identificación del proceso para ser empleado como intervención.

Una segunda inferencia de los atributos del proceso es que un proceso puede definirse operacionalmente identificando sus subprocesos internos o las series de acciones que forman el proceso. Una definición operacional de un proceso es útil como guía para la práctica clínica. Por ejemplo, Kübler-Ross operacionalizaban el proceso del dolor observando a un gran número de individuos que habían experimentado una grave pérdida, identificando las distintas etapas por las que pasa el individuo en su recuperación. Como resultado, establecían categorías en los estados de reacción al dolor como negación y asilamiento, ira, regateo, depresión, y aceptación.<sup>3</sup> La intervención de la enfermería difiere durante los distin-

tos estados, y las estrategias deben seleccionarse adecuadamente si se quiere que sean eficaces.

Aunque las etapas de un proceso se describen en un orden seriado, en la realidad los procesos a menudo no siguen el orden prescrito. Los subprocesos representan la descripción lineal estereotípica de lo que normalmente ocurre más que la descripción real de lo que es único en una situación particular. Por ejemplo, la valoración, la intervención, y la evaluación a menudo se supone que ocurran en ese orden, llevándonos a creer que los componentes de la práctica se emplean siempre en esa forma. Hart y Herriott apuntan la naturaleza cíclica, simultánea, de los componentes de la práctica. Ellas anotan que la valoración es a veces intervención en virtud de su efecto de crear conciencia en el cliente (véase el capítulo 8).

Una tercera implicación de los atributos identificados por Bevis es que los procesos no pueden ser verdaderamente estandarizados. El proceso se caracteriza como un mecanismo dinámico, en marcha, que se altera con el paso del tiempo, pero que mantiene el patrón necesario para poder identificarlo. La interacción de enfermera y cliente nos lleva a una variedad infinita de posibilidades dentro del marco de referencia de un proceso particular. Así, un enfoque de proceso para la práctica se caracteriza por innovación y creatividad que toman en cuenta la singularidad del cliente, la enfermera, y el ambiente en el que interactúan.

## DESTREZAS BASICAS DEL PROCESO

Las destrezas del proceso son las actuaciones expertas que se caracterizan por un avance constante. Por su naturaleza de avance constante tienen adecuación y aplicabilidad en un amplio margen de situaciones y, por ello, pueden usarse en numerosos contextos en enfermería. Las destrezas básicas del proceso son las más elementales destrezas humanas que la enfermera combina en forma especial para crear los componentes de la práctica. Estas destrezas se hallan tan interrelacionadas en la práctica que sólo pueden separarse con el propósito de análisis. Las ocho destrezas básicas del proceso seleccionadas aquí para su estudio fueron identificadas por Berman como los componentes de un *curriculum* tendiente a alentar el desarrollo de individuos orientados hacia el proceso y por Hall como los procesos esenciales para la práctica de la enfermería distributiva.<sup>4,5</sup> Ellas son: percepción, comunicación, cuidado, conocimiento, solución de problemas, normatividad, creatividad, y evaluación (véase el cuadro 7-1).

CUADRO 7-1 PROCESOS BASICOS EN LA PRACTICA DE ENFERMERIA

PROCESO	DEFINICION	META	ETAPAS
Percepción	Diferenciación del campo fenomenológico mediante la formulación de percepciones	Concientización	1 Advertencia 2 Análisis 3 Síntesis 4 Reconocimiento
Comunicación	Compartir el significado con objeto de influir en el comportamiento	Cambio en uno mismo y en los demás	1 Internacionalidad 2 Codificación 3 Selección de canal 4 Transmisión 5 Decodificación 6 Interpretación 7 Retroalimentación 8 Circularidad
Cuidado	Responsabilidad por las necesidades de los demás	Recuperar la salud	1 Reconocimiento 2 Respuesta 3 Recursos 4 Reciprocidad
Conocimiento	Metamorfosis en marcha de ideas	Persecución de conocimiento	1 Percepción 2 Incorporación 3 Reconfiguración 4 Percepción modificada
Solución de problemas	Búsqueda de soluciones a los dilemas	Logro de objetivos	1 Identificación del problema 2 Establecimiento de prioridades 3 Establecimiento de objetivos 4 Compromiso para las metas alcanzables 5 Generación de enfoques alternativos 6 Selección de los medios 7 Identificación de criterios 8 Implementación 9 Evaluación
Normación	Sistematización de las complejidades	Sentido de orden	1 Prenormación: entrada de ideas 2 Normación: análisis y síntesis de los elementos 3 Postnormación: evaluación de los nuevos discernimientos y reconocimiento de las nuevas normas
Creatividad	Involucración orgánica en actividades para alcanzar los resultados originales	Innovación	1 Impresiones 2 Involucración 3 Incubación 4 Discernimiento 5 Innovación
Valuación	Actuar en armonía con un conjunto de principios internalizados	Toma ética de decisiones Predictibilidad del comportamiento	1 Elección 2 Premiación 3 Actuación

### *Percepción*

La percepción es el proceso de observar, organizar, e interpretar sensaciones recibidas a partir de estímulos internos y externos hacia un patrón significativo que sea utilizable en las transacciones con el entorno. Implica la conversión de materias primas en percepciones utilizables. El objetivo del proceso es concientización a través de la formación de percepciones. Las percepciones son impresiones cognoscitivas de algo captado por los sentidos que sirven de componentes básicos a los conceptos o a las ideas.

La percepción involucra diferenciación del campo fenomenológico a través de etapas progresivas de concientización creciente del entorno interno y externo en que el individuo (1) advierte, (2) analiza, (3) sintetiza, y (4) reconoce como significativos los estímulos recibidos a través de los sentidos. En la primera etapa de percepción, la de *advertir*, la persona toma conciencia de respuestas indefinidas, vagas, hacia el entorno como una totalidad. En la segunda etapa, el *análisis*, la situación en su totalidad se separa en elementos sensoriales individuales, algunos de los cuales se examinan con más detalle y se seleccionan para continuar su observación y elaboración. En la tercera etapa, la *síntesis*, los elementos seleccionados como significativos son seleccionados dentro de un nuevo patrón de lo percibido.<sup>6</sup> En la cuarta etapa, el *reconocimiento*, la nueva integración es reconocida como significativa y retenida a cierto nivel de concientización para ser usada en interacción con el entorno.

El proceso de percepción es central en toda práctica de la enfermería. Peplau ha hablado sobre la importancia de tratar con lo observable pero inadvertido.<sup>7</sup> Aguilera, Messick, y Farrel identifican las percepciones como el mayor determinante de la facultad de una persona para hacer frente a una crisis potencial.<sup>8</sup> La enfermera que es perceptiva demuestra estar abierta a la experiencia y escucha con concientización, oyendo los mensajes encubiertos del mismo modo que los mensajes abiertos en su comunicación con los demás. La practicante perceptiva identifica diferencias en las prácticas de salud en cada cultura y es consciente de la influencia de los sistemas de valores en la conducta relacionada con la salud. La percepción permite a la enfermera observar los distintos estados físicos, emocionales, y mentales de los clientes, reconociendo así los problemas de salud frecuentes y recurrentes que tienen consecuencias potenciales de enfermedad y observar las discrepancias entre las necesidades que tienen los clientes del cuidado de salud y el cuidado que se les proporciona.

La practicante sensible identifica a quienes están experimentando dificultades en el proceso de percepción y puede prestarles ayuda identificando el subproceso en el que se quedaron atascados. ¿No perciben los



estímulos desde sus entornos interno y externo? Si es así, ¿cuáles son las causas? ¿Inconsciencia? ¿Preocupación? ¿Pánico? ¿Sedación por fármacos? ¿Qué cuidado especial debe instituir la enfermera para asegurarle al cliente salud y protección? ¿Pueden analizar lo que están experimentando dentro de los elementos que conforman la situación? ¿Se encuentran, acaso, en un entorno, como un hospital, en donde muchos de los estímulos son extraños y por ello desafían el análisis? ¿Necesitan una orientación hacia un entorno extraño? ¿Pueden dar a los elementos separados un sentido colocándolos dentro de un sistema que los integre dentro de un patrón? ¿Tienen una visión del mundo que se acomoda a su experiencia cotidiana? ¿Necesitan información nueva o adicional? ¿Qué otras destrezas básicas de procesos son necesarias para acrecentar su percepción? Las respuestas a estas y otras preguntas similares apropiadas a la situación revelarán puntos en los que la enfermera puede intervenir en forma favorable.

### *Comunicación*

La comunicación se halla íntimamente relacionada con la percepción. La una no puede suceder sin la otra. La comunicación es el proceso de compartir el significado personal con objeto de influir en el comportamiento. El objetivo de la comunicación es lograr el entendimiento o el cambio en el comportamiento de uno mismo o de los demás.

La comunicación implica un proceso complejo, circular, en el que se da un intercambio de información entre el emisor y el receptor. Las etapas del proceso de comunicación incluyen (1) intencionalidad, (2) codificación, (3) selección de canal, (4) transmisión, (5) decodificación, (6) interpretación, (7) retroalimentación, y (8) circularidad.

*Intencionalidad de la fuente.* Un individuo, conocido como la fuente o el emisor, necesita dar a conocer a sí mismo (comunicación intrapersonal) o a otros (comunicación interpersonal) el significado de un pensamiento, sentimiento, u opinión.

*Codificación del mensaje y metamensaje.* El individuo traduce el significado en un mensaje. La traducción es influenciada por las habilidades comunicativas del emisor, sus actitudes, su conocimiento, y su posición dentro del sistema social/cultural.<sup>9</sup> El emisor asigna un *metamensaje* al mensaje, el cual alecciona al receptor sobre cómo decodificar el mensaje. Los metamensajes comprenden tono de voz e inflexión, gestos, expresiones faciales, y otros, que proporcionan claves para el significado real del contenido del mensaje.

*Canal de selección y transmisión.* A través del uso de destrezas motoras, el emisor selecciona un canal o canales para la transmisión del mensaje y los metamensajes. Los canales incluyen el lenguaje escrito y hablado, el silencio, los gestos, el tacto, representaciones visuales tales como dibujos o fotografías, mapas, gráficas, y otros mecanismos.

*Decodificación por parte del receptor.* El receptor percibe el mensaje y los metamensajes, decodificándolos o retraduciéndolos a través del aparato sensorial y los procesos del pensamiento.

*Interpretación.* El receptor interpreta el mensaje y los metamensajes basándose en las propias necesidades, eficiencia del aparato sensorial, capacidades para comunicarse, actitudes, conocimiento, y posición dentro de un sistema social/cultural.

*Retroalimentación y circularidad.* La respuesta del receptor que utiliza el mismo proceso de comunicación para dar a conocer el significado influye en la continuación y naturaleza de la interacción con el emisor original.

Las comunicaciones eficaces son esenciales en la práctica de la enfermería. Las practicantes que han logrado ser competentes en este proceso se comunican congruentemente, con una certera combinación de pensamientos, sentimientos, y acciones. Están capacitadas para identificar la incongruencia en las comunicaciones en tanto que es evidenciada por un conflicto entre los mensajes verbales y los no-verbales. Tales enfermeras esclarecen las expectativas para el desarrollo de relaciones satisfactorias con clientes y colegas. Cuando existen dudas acerca del significado de un mensaje, descifran el mensaje con el emisor. Las comunicaciones eficientes proporcionan retroalimentación para crear conciencia en los clientes y en los demás de lo observable pero inadvertido en las situaciones de enfermería. Además, revisan y encauzan su propio comportamiento hacia la eliminación de los patrones problemáticos de comunicación y hacia la creación de un rol modelo para la interacción terapéutica. Las comunicadoras eficaces contribuyen al aprendizaje generando discusiones en grupo en las que se intercambian material de lectura, experiencias clínicas, recursos, y conocimiento. Tales enfermeras asumen la responsabilidad por la conducta de los grupos de los que forman parte como miembros. Las enfermeras que se comunican de manera eficaz comparten su tarea clínica con sus colegas en ambas formas, hablada y escrita, que alcanzan los estándares profesionales de la excelencia y que articulan las

acciones y los resultados de la enfermería a los clientes, colegas, y al público en general.

Al identificar la comunicación problemática en sí misma o en los demás, la enfermera eficaz facilita el intercambio de información y significado a través de intervenciones pertinentes. Plantear preguntas relacionadas con el modelo de comunicación descrito previamente puede ayudar a valorar la locación de la dificultad dentro del proceso. Por ejemplo, ¿sabe el emisor qué mensaje va a comunicar? ¿Puede el emisor distinguir la diferencia entre pensamientos, sentimientos, y opiniones, usando el verbo apropiado (pensar, sentir, opinar) para indicar si el proceso es cognoscitivo, emocional, o de opinión por naturaleza? ¿Son las capacidades de escritura y de lenguaje del emisor suficientes para asegurar la eficacia del proceso comunicativo? ¿Influye el estado de salud del emisor en el proceso de pensamiento necesario para comunicarse? ¿Se ha deteriorado el mensaje? ¿Es el contenido del mensaje y del metamensaje claro y ajustado a la intención del emisor? ¿Selecciona el emisor un canal apropiado para la transmisión del mensaje? ¿Sería un dibujo más eficaz que la narrativa escrita? ¿Se envió un mensaje oral cuando se necesitaba uno escrito que sirviera de referencia en lo futuro? ¿Posee el receptor suficientes capacidades para escuchar y leer, para decodificar y responder al mensaje? ¿Se halla el aparato sensorial del receptor impedido por enfermedad o invalidez, como puede ser la sordera o la ceguera? ¿Se halla el deterioro en el proceso de pensamiento del receptor? ¿Se halla la interpretación del mensaje por parte del receptor influenciada por la necesidad de oír algo distinto de lo que se transmitió? ¿A qué grado la actitud del receptor hacia el emisor choca contra lo que es oído? ¿Cuál es el efecto del conocimiento por parte del receptor del contenido y la posición en el sistema de cuidado de salud en el proceso de comunicación? ¿Está capacitado el receptor para comunicar de manera clara respuestas al mensaje? ¿Hace el receptor un esfuerzo para proporcionar retroalimentación al emisor? La identificación de los puntos de desavenencia en el proceso de comunicación ayudará a la enfermera a formular intervenciones provechosas.

### *Cuidado*

El cuidado y la comunicación están íntimamente relacionados. Los individuos se sienten cuidados en tanto que su comunicación es comprendida y reconocida. La buena comunicación es algo así como estar enamorado.<sup>10</sup> El ser comprendido es conseguir una intimidad tal con otro que vence

las complejidades y la fragmentación en la vida de la mayoría de la gente. El sentido de comunión que sucede cuando los individuos comparten el más hondo significado de existencia se siente con el cuidado. No es por puro accidente que el aspecto del cuidado en la práctica de la enfermería tenga que ver con el proceso de recuperar la salud.

El cuidado es el proceso de responder a las necesidades de los demás con relaciones caracterizadas por la comprensión, la aceptación, y la empatía. El cuidado se contempla como co-responder,\* un proceso caracterizado por interacción mutua y simultánea.<sup>11,12</sup> Al co-responder, el cliente necesita cuidado y la enfermera necesita cuidar; con ello, la enfermera es también cuidada, a su vez, en un sentido algo diferente, por el cliente. Hay reciprocidad de necesidad y respuestas. Recuperar la salud es la meta del proceso de cuidar. Las necesidades de sanar por parte del cliente son bien reconocidas. Lo que ya no es tan reconocido es la necesidad de curar de la enfermera –la necesidad de dar y de ser valorada por el hecho de dar como una manera de autorrestablecimiento.

El cuidado implica (1) el *reconocimiento* de una necesidad, (2) la capacidad de *respuesta* a esa necesidad, (3) la disponibilidad de *recursos* para aliviar la necesidad, y (4) la presencia de *reciprocidad* de necesidad y respuestas entre el cliente y la enfermera. Un prerrequisito en ese proceso de cuidado es la comprensión, la aceptación, y la empatía hacia el otro.<sup>13</sup>

La enfermera que cuida establece una relación profesional sostenedora de confianza mutua, comunicación, y seguridad, y es capaz de comunicar sentimientos de calor humano, comprensión, y aceptación en el cliente. Al reconocer sus propias necesidades, la enfermera mantiene el foco de la interacción enfermera-cliente sobre las necesidades del cliente. Además, por lo que respecta a los aspectos psicosociales del cuidado de enfermería, la enfermera que cuida es experta en atender las necesidades físicas del cliente, como una demostración tangible del proceso de cuidar.

Cuando la enfermera experimenta una dificultad insalvable en el cuidado de un cliente, las siguientes preguntas pueden ayudar a identificar algunos de los factores que operan en la situación. ¿Qué está facilitando en la situación el proceso de cuidado? ¿Qué está obstaculizando el proceso de cuidado? ¿Qué está bloqueando en la enfermera la percepción de las necesidades del cliente? ¿Ven la enfermera y el cliente a la situación en una forma parecida? ¿Qué hay en el cliente, la enfermera, o en el contexto en que están interactuando que le dificulte a la enfermera el cuidado por

\* Berman usa el término *amar* para indicar co-respuesta. Hall prefirió el término *cuidado* por su asociación con el *cuidado de enfermería*.

el cliente? ¿Cuáles son las expectativas de la enfermera hacia el cliente? ¿Puede la enfermera conceder al cliente el derecho a ser distinto a las expectativas de la enfermera? ¿Qué vías de ayuda tiene a su disposición la enfermera cuando se halle en conflicto con o acerca de un cliente? ¿Puede una enfermera cuidar de un cliente si ella no cuida de sí misma? ¿Cómo se toman las decisiones cuando los recursos son insuficientes para cuidar a todos los clientes? ¿Cómo puede la enfermera salir al paso en ponerse de acuerdo cuando la enfermera y el cliente tienen unos antecedentes y una experiencia de la vida totalmente distintos? ¿Cómo puede la enfermera trascender a su propio sistema de valores cuando se enfrenta al cuidado de un cliente cuyos valores están en conflicto con los de ella? ¿Cómo puede la enfermera mantenerse en una situación en la que resiente una falta de correspondencia al esfuerzo invertido en el cliente y en la organización de cuidado de salud? ¿Cuál es la responsabilidad de la enfermera para definir los parámetros de una relación profesional? ¿En qué difiere el cuidado en una relación profesional del mismo en una relación personal? ¿Cómo puede el cuidado de una enfermera por el cliente comunicarse dentro de los parámetros de una relación profesional? ¿Cómo maneja una enfermera el rechazo por parte del cliente? ¿Con señales de afecto romántico? ¿Cómo puede la enfermera impedir el verse triangulada entre el cliente y la familia del cliente? ¿Y entre el cliente y otros proveedores de cuidado de salud? ¿Es razonable suponer que la enfermera sea capaz de cuidar igual de bien a todos los clientes?

### *Conocimiento*

El conocimiento es la metamorfosis en marcha de ideas que proporciona coherencia y unidad de sentimiento, de pensamiento, y de acción. El conocimiento se ha definido en formas distintas como aprehensión intelectual, comprensión de las características esenciales, tener conocimientos o información, y poseer una comprensión clara o una captación mental firme.<sup>14-17</sup> El proceso implica la incorporación de una idea en una estructura existente de ideas de suerte que se logre integración lógica, y congruencia, y de esta manera, cambiar la organización existente de conocimiento. El proceso es incorporativo más que aditivo. El objetivo de conocer es la persecución de conocimiento como una base para la acción. En la práctica de la enfermería, el conocimiento se contempla como una base para juicio clínico e intervención de enfermería.

Las etapas del conocimiento comprenden (1) la *percepción* de una idea, (2) la *incorporación* de la idea a una estructura existente de ideas, lo que conduce a (3) una *reconfiguración* del marco conceptual del cono-

cedor, y lo que a su vez nos lleva a (4) la *percepción modificada* que influye en lo percibido y en cómo éste es incorporado a una visión en constante evolución del mundo del conocedor.

En el proceso del conocimiento, la enfermera utiliza un marco conceptual para la organización del conocimiento dentro de un sistema utilizable para analizar, intervenir, y evaluar las situaciones de enfermería. La practicante procesa las interacciones enfermera-cliente analizando las interacciones registradas, categorizando los datos, e identificando temas, patrones, relaciones, conceptos, y procesos. La practicante que posee conocimiento puede explicar las teorías, procesos, conceptos, y valores en los que se basan los criterios en enfermería. Tal enfermera puede identificar contradicciones, absurdos, y paradojas, y se esfuerza por reconciliarse con ellos y trascenderlos, usando una perspectiva más adecuada en la que pueden ser incluidos. La enfermera con conocimiento está capacitada para hacer uso del conocimiento, la comprensión, la aplicación, el análisis, la síntesis, y la evaluación como competencias que facilitan el funcionamiento cognoscitivo.<sup>18</sup>

Las siguientes preguntas pueden servir de ayuda a la enfermera que se esfuerza en ayudar a un cliente que experimente dificultades en el proceso del conocimiento. ¿Está el cliente abierto a la experiencia? ¿Son las percepciones del cliente realistas? ¿Puede el cliente prestar atención a una idea? ¿Son adecuadas las capacidades de comunicación del cliente? ¿Se halla el cliente abierto a variedad de formas de conocimiento? ¿Es el método científico la única base del conocimiento para el cliente? ¿Es el cliente capaz de pasar de lo concreto a lo abstracto conceptualmente? ¿Y de lo abstracto a lo concreto? ¿Es el cliente dado al reduccionismo cuando intenta comprender fenómenos complejos? ¿Impide su rigidez conceptual la incorporación de ideas nuevas? ¿Se toma muy a pecho el cliente la aceptación o el dejar de lado un marco conceptual? ¿Qué resistencia hay hacia los puntos de vista cambiantes del cliente? ¿Hay una distorsión de los procesos de pensamiento del cliente? ¿Existe una explicación fácilmente clara a esto? ¿El estrés? ¿Los fármacos? ¿Trastornos del pensamiento? ¿En qué forma se hallan desorganizados los sentimientos del cliente? ¿Son las ideas del cliente tales que es calificado de anormal? ¿De absurdo? ¿De enfermo? ¿Cuáles son los efectos de tal calificación? ¿Se le dan verdades a medias en su información al cliente? ¿Se halla, en cambio, sobrecargada la información que le llega? ¿Recibe el cliente suficiente retroalimentación para esclarecer sus procesos de pensamiento y corregir la información errónea? ¿Puede el cliente identificar y confrontar las implicaciones de los supuestos básicos en su marco conceptual fundamental para tener una visión del mundo? ¿Puede el

cliente transferir su aprendizaje de una situación a otra? ¿Es capaz el cliente de establecer la diferencia entre pensamientos, sentimientos, y acciones? ¿Hay congruencia en los pensamientos, los sentimientos, y las acciones del cliente? ¿Puede el cliente seleccionar los pensamientos y acciones que sean apropiados para la acción? ¿Y los inapropiados para la acción? ¿En qué forma puede la enfermera ayudar a su cliente a esclarecer sus pensamientos y sus sentimientos? ¿Cómo puede la enfermera ayudar al cliente a actuar en una forma que resulte funcional y apropiada? ¿Cómo puede la enfermera ayudar al cliente a usar en forma eficaz el proceso del conocimiento en la solución de problemas?

### *Solución de problemas*

La solución de problemas es el proceso dirigido a metas de búsqueda de soluciones a los dilemas mediante el uso de series de maniobras prescritas, incluyendo, en su forma más simple, la valoración, la intervención, y la evaluación. De ahí, la similaridad entre el proceso de enfermería o los componentes de la práctica, como eligieron llamarlos Har y Herriott (véase el capítulo 8), y el proceso de solución de problemas. La meta de la solución de problemas es el logro de objetivos que resuelvan o mejoren el problema identificado.

Egan ha definido el proceso de solución de problemas como series de etapas que dan cuerpo al campo de fuerza de análisis de Lawin (véase el capítulo 5).<sup>19</sup> Estas etapas constituyen un modelo de ayuda a los clientes y para las relaciones interpersonales prescindiendo de los entornos. La primera etapa del proceso de solución de problemas es la *identificación del problema*. Ello incluye identificación, esclarecimiento, y denuncia del problema. El problema debe ser planteado en tal forma que parezca tener solución. El problema debe descomponerse en unidades viables planteadas en forma lo suficientemente concreta para que puedan ser manejadas. La segunda etapa del proceso trata del *establecimiento de prioridades* al seleccionar los problemas para darles atención. Establecer prioridades es determinar qué problema o subproblema se va a abordar en forma inmediata y qué otro se deberá posponer. Los problemas que requieren atención inmediata son los más apremiantes, los que en potencia puedan crear situaciones de crisis. Los problemas de alta prioridad deben ser los que, bajo el control del cliente o de la enfermera, puedan manejarse en una forma relativamente accesible. La solución debería traer consigo una mejoría general de la situación del cliente. Aparte de tratar inmediatamente las situaciones que amenacen la vida, un principio general a

seguir es proceder del problema menos grave al más grave. Esto es necesario para asegurarse un soporte de éxito que sustente el compromiso del cliente en su lucha con los puntos más complejos envueltos en los problemas difíciles. La tercera etapa del proceso de solución de problemas versa sobre la conversión de los problemas del cliente en metas de comportamiento respecto de las cuales el cliente y la enfermera puedan trabajar en colaboración. El *establecimiento de objetivos* requiere describir una situación como al cliente le gustaría que ocurriera. Los objetivos deben presentarse en forma tal que puedan ser posibles. Además, deben adecuarse a los recursos y limitaciones del cliente. Por encima de todo, deben ser objetivos que el *cliente* desee. La solución de problemas se frustra si no existe *compromiso*, la cuarta etapa del proceso. La mayoría de las descripciones del proceso de solución de problemas hacen sólo una mínima referencia al compromiso; con todo, sin él, los objetivos más viables son inalcanzables. La quinta etapa del proceso de solución de problemas es la *generación de un censo de los medios* disponibles para alcanzar cada objetivo concreto. Se necesita enumerar las formas específicas de fortalecimiento de las fuerzas facilitadoras y de debilitación de las fuerzas coercitivas en la situación del cliente. Es necesaria la *selección de los medios*, la sexta etapa, la cual debe estar en consonancia con el sistema de valores del cliente y debe basarse en un análisis de costo-beneficio para identificar el enfoque que resulte idóneo para producir los resultados más positivos con el menor gasto de recursos. La séptima etapa es aquella en la cual los *criterios se hallan identificados* y por ellos puede evaluarse la efectividad de la acción. La *implementación*, la octava etapa, comprende el uso del enfoque elegido para lograr las metas establecidas. La última etapa, la novena, requiere *evaluación* del proceso y del resultado para determinar la eficacia y la necesidad de emplear el proceso en forma repetida hasta que los objetivos identificados se hayan logrado, revisado, o se haya determinado que son inalcanzables con los medios disponibles. La naturaleza cíclica, progresiva, de la solución de problemas es característica de un proceso enfoque para la práctica de enfermería.

La enfermera que soluciona problemas de forma eficaz hace uso de las fases de valoración, intervención, y evaluación del proceso como un marco operacional para la práctica de la enfermería. La enfermera garantiza la sanción apropiada para la práctica profesional y negocia un contrato inicial con el cliente que necesita el cuidado de enfermería. La enfermera ayuda al cliente a entrar a formar parte del sistema de cuidado de la salud y está capacitada para llevar a cabo una evaluación amplia de la salud del cliente. Además, la enfermera valora las fronteras, los valores,



las metas, las reglas, los vigilantes, y demás personas fundamentales en el entorno del cuidado de salud y que tienen significación dentro del sistema del cliente, y desarrolla inferencia clínica o se mueve desde las observaciones del cliente y de su entorno y desde el cuerpo de conocimiento teórico de la enfermera. El proceso de inferencia se emplea atinadamente y con la validación apropiada del cliente. La enfermera constantemente valida, revalora, y analiza los datos disponibles con el fin de hacer ajustes clínicos. En colaboración con el cliente, la enfermera crea objetivos de cuidado de enfermería basados en la valoración cliente-entorno. La enfermera predice los resultados de la intervención de enfermería sobre la base de un amplio campo de conceptos teóricos. La enfermera practicante asiste al cliente en el desarrollo de una conciencia cognoscitiva de la experiencia del cliente y a que participe en forma activa en la toma de decisiones en asuntos de salud. Con el uso de capacidades interpersonales y la teoría del cambio, la enfermera consigue incrementar el repertorio del cliente para poder estar a la altura en todos los comportamientos y ensanchar las alternativas para la solución de problemas disponibles para el cliente. Con el uso del proceso de comunicación, la enfermera asiste al cliente en la exploración de vías de acción alternativas que estén involucradas con la salud. Cuando sea posible, la enfermera intervendrá en forma preventiva para anticiparse a posibles problemas de salud o, si ello no le es posible, buscará atenuar la severidad de un problema inevitable o de una crisis que ya se haya desencadenado. El interés por el cliente se combina con el interés por los demás que son significativos en la red social del cliente. La enfermera eficaz emplea una variedad de enfoques hacia la intervención que se juzga como apropiada al nivel de bienestar del cliente o a su estado de invalidez. La enfermera que soluciona problemas evalúa continuamente la intervención de la enfermería para determinar las necesidades de revaloración o de modificación de los objetivos del cuidado de enfermería o el contrato con el cliente. La renegociación del contrato se emprende de manera que resulte apropiada a las necesidades y objetivos del cliente en el curso de las relaciones enfermera-cliente y en las fases terminales de esas relaciones. Un modelo adecuado para la evaluación de la eficacia de la intervención de enfermería se emplea con consideración del contexto, entrada, proceso, salida, y resultado de las acciones de enfermería.

Algunas de las siguientes preguntas pueden servir de ayuda a la enfermera que experimente dificultades en la asistencia a clientes con respecto a la solución de problemas. ¿Está el problema planteado concretamente en una forma tal que aparezca como solucionable? ¿Es en cambio vago y a todas luces insoluble en su formulación? ¿Está el problema definido

en términos del pasado del cliente, que no puede ya cambiarse? ¿Define el cliente el problema en términos de fuerzas fuera de su control? ¿Cree el cliente que es solucionable el problema? ¿Está dispuesto el cliente a hacerse cargo en forma activa de la situación que rodea al problema? ¿Es el cliente quien denuncia el problema o éste pertenece, en cambio, a alguien más? ¿Plantea el cliente el problema en términos de los fallos de los otros? ¿Puede el cliente reconocer el poder de cambio en sí mismo y la falta de poder de cambio sobre los demás? ¿Está el problema planteado en forma tal que se vislumbre la solución? ¿Está el cliente consciente de los recursos a los que recurrir? ¿Puede el cliente reconocer sus propias limitaciones o las de la situación? ¿Se siente el cliente víctima e incapaz de ejercer el control? ¿Puede el cliente reconocer los problemas que requieren una intervención inmediata? ¿Están de acuerdo la enfermera y el cliente en cuanto a la identificación y la prioridad de los problemas? ¿Está el cliente dispuesto a empezar por los aspectos más manejables del problema? ¿Cambia la solución del problema identificando en forma significativa el *status* del cliente en cuanto a su salud o su nivel de bienestar? ¿Está el cliente experimentando un dolor tal que una solución del problema lógica se hace imposible por el momento? ¿Puede el cliente identificar enfoques a la solución del problema que tengan una alta o baja probabilidad de éxito? ¿Están los objetivos del cliente relacionados con sus problemas? ¿Están los objetivos planteados en forma tal que ambos, cliente y enfermera, conocen las propias expectativas y las del otro? ¿Han definido el cliente o la enfermera objetivos fuera del alcance posible, dadas las fuerzas facilitadoras y restrictivas del entorno? ¿Han definido el cliente o la enfermera objetivos cuyo logro precisa de una capacidad que a ellos les falta? ¿El objetivo es el cambio en un tercero? ¿Puede el cliente advertir un progreso encaminado al logro de los objetivos identificados? ¿Van el cliente o la enfermera hacia una conclusión prematura al generar una lista de enfoques alternativos en la solución del problema? ¿Van el cliente o la enfermera hacia una conclusión prematura cuando se identifican las variables que influyen en el proceso de solución del problema? ¿Exigen el cliente o la enfermera resultados inmediatos? ¿Puede el cliente procesar información disponible? ¿Están el cliente o la enfermera prolongando en forma no práctica la indagación de los datos significativos previos a una toma de decisiones? ¿Ha sido un programa de acción diseñado *para* el cliente más que *con* el cliente? ¿Es el plan de acción congruente con el sistema de valores del cliente y sus antecedentes culturales? ¿Facilita la intervención planteada la mejora del autoconcepto en el cliente? ¿O rebaja al cliente a una persona de escaso valor? ¿Es la enfermera capaz de reconstruir el problema del cliente de

forma que pueda considerarse como un reto alentador en lugar de una carga irremediable o una causa perdida? ¿Es más apropiado dirigir las intervenciones de enfermería hacia el entorno que tratar de efectuar un cambio en el cliente? ¿Pueden ser movilizados los sistemas de asistencia del cliente como ayuda en la solución del problema? ¿Son los resultados de la intervención mensurables y por lo mismo aptos para ser evaluados? ¿Quiere el cliente cambiar? ¿Se ha entregado el cliente a modos de vida más sana?

### *Normación*

La normación es el proceso de sistematización de las complejidades de la experiencia humana en un marco siempre emergente que unifique el significado de diversos fenómenos. La normación está comprometida con la categorización, la clasificación, y la organización de información para hacerla comprensible. Comprende el análisis de datos en sus elementos constituyentes y la combinación de esos elementos en una nueva síntesis de relaciones. El objetivo de la normación es la aportación de un sentido de orden a los fenómenos complejos, y diversos. El proceso permite a un individuo organizar el conocimiento y la ignorancia en el proceso de aprender a aprender.<sup>20</sup> El resultado es un sistema conceptual que permite que surja el orden.

Según Berman, el proceso ocurre en tres etapas: *prenormación*, *normación*, y *postnormación*.<sup>21</sup> La *prenormación* comprende la percepción de un cúmulo de impresiones que no ayudan en sí mismas y en forma inmediata a ningún marco preconcebido. La intención de esta etapa es la entrada de ideas. Durante la etapa de *normación* del proceso, las nuevas ideas son analizadas y ligadas a conceptos mantenidos previamente, con el resultado de que emerge un nuevo diseño o marco de organización. Durante la etapa de *postnormación*, se consolidan y evalúan los nuevos discernimientos, y se reconocen marcos conceptuales emergentes mediante la contemplación y la verbalización. Las futuras acciones son entonces influenciadas por el marco revisado para examinar la experiencia humana.

En el proceso de normación, la enfermera contempla a sus clientes en términos de una totalidad unificada, la cual está interrelacionada, interactuando, y es interdependiente con el entorno. La enfermera identifica los patrones emergentes organizacionales en sistemas humanos en constante cambio. La practicante puede desarrollar paradigmas que describan los fenómenos relacionados con la salud de los clientes e identificar temas en los datos clínicos que apunten a conceptos que son básicos en

la práctica de la enfermería, la educación, y la investigación. Puede realizarse la elaboración de un modelo y diseñarse un marco conceptual para poner orden en una considerable cantidad de datos clínicos. Además, la practicante identifica patrones en su propia vida que tienen relevancia para su propia salud y desarrollo profesional.

Las siguientes preguntas pueden resultar de ayuda para valorar dificultades en el proceso de normación. ¿Puede el cliente incorporar información y formularla en ideas? ¿Tiene el cliente las facultades necesarias para analizar datos en sus elementos constituyentes? ¿Puede identificar el cliente relaciones potenciales entre los elementos con el fin de sintetizar nuevos marcos? ¿Qué grado de tolerancia tiene el cliente frente a la ambigüedad? ¿Reúne el cliente suficientes datos sobre los que pueda basar sus nuevos discernimientos? ¿Puede esperar el cliente a que emerjan patrones de los datos? ¿Es el cliente hábil en la identificación de temas?<sup>22</sup> ¿Identifica el cliente las categorías apropiadas para la clasificación de datos? ¿Puede el cliente desechar viejos patrones a medida que se desarrollan otros nuevos? ¿Emplea el cliente mucho tiempo para reflexionar el significado de los nuevos discernimientos y el conocimiento? ¿Cómo puede la enfermera ayudar al cliente a hacer explícito lo que es implícito en la experiencia del cliente? ¿Debe la enfermera estar siempre *haciendo*? ¿O valora la enfermera el tiempo para separarse de la acción y contemplar la naturaleza de la enfermería? ¿Valora la enfermera la creatividad? Las preguntas que se hacen sobre el cliente relacionadas con la normación, pueden hacerse también sobre la enfermera.

### *Creatividad*

La creatividad es el proceso autorrenovador de una total involucración orgánica en actividades seleccionadas para el logro de resultados significativos, originales, e imaginativos. Es un proceso que involucra a la persona en su totalidad –capacidades cognoscitivas, emociones, discernimientos morales, y su ser físico– interactuando con aspectos autoseleccionados del entorno externo e interno para sacar a la luz algo nuevo y diferente de todo lo que existía con anterioridad. Su objetivo son resultados innovadores en forma de productos originales y autorrenovación para el creador.<sup>23</sup>

Cinco etapas pueden considerarse como parte del proceso creativo. En la primera etapa, la apertura de la persona permite un rico flujo de *impresiones* a partir del entorno. Tales imágenes son contempladas con admiración, sensibilidad, y curiosidad, y son vistas en configuraciones

nuevas que son con frecuencia estéticamente placenteras y útiles. En la segunda etapa, la *involucración* intensa de la persona con la actividad de crear es suprema y a menudo excluye otras consideraciones. Esta preocupación permite la concentración total y el compromiso con el proceso, a menudo con descuido de las rutinas diarias de la vida ordinaria. La estimulación predomina. Frecuentemente hay una tercera etapa en el proceso, la *incubación*, en donde las ideas o las acciones deben trabajar por sí mismas para llegar a una conclusión. Este período está frecuentemente caracterizado por tensión, frustración, e insatisfacción. El resultado de esta ansiedad es el *discernimiento*, la cuarta etapa del proceso. Aquí el creador puede experimentar asombro, un ligero *shock*, el “¡ajá!” de la experiencia, cuando aspectos aparentemente desconectados de la situación se presentan juntos en formas sorprendentes y serendípicas. La quinta etapa, la *innovación*, es el reconocimiento del valor del proceso creativo y de su resultado. En sus mejores momentos, esta etapa va acompañada de estímulo, liberación de tensiones, sentido de logro, y satisfacción.

La enfermera creativa muestra curiosidad y afán de conocimiento. El proceso de descubrimiento atrae a la practicante, la que asume un plan de acción autoiniciado dirigido hacia metas autorizadas. Tal persona es capaz de definir las fronteras de la práctica clínica y formular preguntas de investigación basadas en el caudal de datos clínicos disponibles. La enfermera creativa depura y extiende frecuentemente las metas del programa y operación de modo que puedan servir al propio interés de la enfermera; o, si en cambio los retos son limitados y el entorno es aburrido, la persona creativa puede desbaratar el sistema descuidando las prioridades de la acción. Las personas creativas pueden definir por sí mismas qué objetivos y experiencias tienen significado personal y profesional. Pueden incorporar conocimiento adquirido previamente, capacidades, y valores en su funcionamiento profesional diario en formas nuevas y originales. Ejercen un *locus* interno de control y autoevaluación y a menudo adolecen de falta de paciencia con las limitaciones impuestas por el suprasistema en el que funcionan.

Cuando la creatividad falta, una incursión en las siguientes preguntas puede servir de ayuda para identificar las vías que facilitan el proceso. ¿Está el individuo (cliente, enfermera, u otros) abierto hacia la experiencia? ¿Tiene la facultad de percibir la vida continuamente de un modo nuevo, aunque haya disminuido por una experiencia pasada, la situación presente, la enfermedad, la fatiga? ¿Puede concentrarse la persona y permitir la preocupación necesaria para el proceso de creación? ¿Es el entorno una ayuda para intentos creativos? ¿Existe en el entorno un

ambiente abrumador de conformidad? ¿Se atreve la persona a ser diferente? ¿Puede la persona tolerar la ansiedad implicada en no saber de antemano el resultado probable de una experiencia? ¿Es la persona en su fuero interno lo suficientemente libre para permitir que emerjan situaciones originales? ¿Tiene la persona la suficiente confianza en sí misma? ¿Puede la persona tolerar la espera de las conclusiones implicadas en el período de incubación? ¿Es sensible la persona a lo inesperado y serendípico? ¿Sería la persona capaz de reconocer una solución original en caso de que perciba una? ¿Puede el individuo tolerar casos en los que no tenga razón? ¿Indeciso? ¿En que parezca desinformado? ¿En que se sienta solo? ¿Estar solo? ¿Experimenta la persona una autorrecreación con el trabajo creativo? ¿Se autoactualiza la persona? ¿Es, en cambio, dependiente de terceros para tener un sentido de existencia? ¿Se valúa la persona a sí misma?

### *Valuación*

La valuación es el proceso orgánico de elección, valoración, y actuación en armonía con un conjunto de principios internalizados derivados de la experiencia que proporcionan predictibilidad y moralidad al comportamiento humano. Berman ha apuntado que un valor implica algo más que una preferencia o un deseo. Induce a la conducta humana a moverse con un grado de consistencia en determinadas direcciones. Los valores pueden usarse a lo largo del tiempo en una amplia variedad de situaciones. Valor es un conjunto internalizado de principios derivados de la experiencia que han sido analizados en términos de su moralidad. De este modo, los valores capacitan a los individuos a actuar en el punto de elección con predictibilidad y conocimiento de las consecuencias. Muchas veces, los valores que guían a la acción son un compromiso entre lo que a la persona le gustaría hacer y lo que es imperativo en esa situación. Así, los valores actúan como una fuerza coartadora en el individuo. Como tales, son mecanismos muy complejos, puesto que poseen numerosas dimensiones.

Según Rath, Harmin, y Simon, el proceso de valuación incluye tres etapas: elección, premiación, y actuación. La *elección* es el proceso de seleccionar libremente entre alternativas, después de una consideración concienzuda de las consecuencias de cada alternativa. Así la valuación se halla implicada finalmente en la solución de problemas y toma de decisiones. La *premiación* es el proceso de gozo o de sentirse a gusto con la elección y la voluntad de afirmar esa elección públicamente. La *actua-*

*ción* implica tomar acción en concierto con los valores sobre los que se hacen las decisiones. El aspecto de conducta de la valuación se repite como un patrón de vida y puede ser reconocido o inferido a partir de la observación.

La enfermera practicante comprometida con los valores tiene fe en el valor del individuo, haciendo a un lado el comportamiento o la situación, adoptando una actitud de no-reproche hacia los clientes que muestran señales de desarreglos. La enfermera comprometida con los valores garantiza a los clientes la libertad de actuar de acuerdo a sus propias elecciones informadas y experimentar la responsabilidad/consecuencias de sus decisiones. La practicante utiliza el conocimiento del sistema de valores de la cultura del cliente para formas específicas de recompensa y refuerza la salud positiva a lo largo del ciclo de vida. Una enfermera sensible, sin embargo, reconoce la diferencia entre valores culturales, que representan normas culturales, y el propio y personal sistema de valores del individuo, que puede ser distinto al de los estándares culturales que prevalecen. La enfermera que valúa al cliente como un individuo único trabaja con los clientes sin aplicar su propio sistema de valores para juzgar el comportamiento, y puede trascender su sistema de valores aceptando diferentes modos de vida.

La enfermera que suscribe esos valores, pero, aun así, tiene dificultad para actuar en concierto con ellos, puede encontrar en las siguientes preguntas una ayuda. ¿Cuáles son los valores que influyen en el comportamiento relacionado con la salud del cliente? ¿Cuál es el efecto de una enfermedad grave en los valores del cliente y en las prioridades resultantes? ¿Hay reconocimiento de parte de la enfermera y del cliente de que los valores cambian a través de la experiencia? ¿Cuáles son los principios que guían a una toma de decisiones ética en situaciones de enfermería? ¿Requieren clarificación los valores de la practicante o del cliente? ¿Han aceptado, el cliente o la enfermera, en forma total, los valores impuestos por otros sin siquiera cuestionarlos o examinar en una forma crítica el propio sistema de creencias de ellos mismos? ¿En qué formas se impone el contexto en los valores del cliente? ¿De la enfermera? ¿Pueden la enfermera y el cliente vivir (actuar de acuerdo) con sus valores? ¿Están los valores del cliente y de la enfermera en conflicto? ¿Cuáles son los valores acerca de los que no pueden transigir? ¿Cómo puede tal conflicto ser manejado en beneficio de la enfermera y del cliente?

## REFERENCIAS

- 1 Em Olivia Bevis: *Curriculum Building in Nursing: A Process* (St. Louis: C.V. Mosby, 1982), pp.8-11.

- 2 *Ibid.*
- 3 Elisabeth Kübler-Ross: *On Death and Dying* (New York: Macmillan, 1969).
- 4 Louise M. Berman: *New Priorities in the Curriculum* (Columbus, Ohio: Charles E. Merrill, 1968).
- 5 Joanne E. Hall: "Identification of the Processes Essential to the Teaching-Learning of Distributive Nursing Practice". Doctoral dissertation, 1979.
- 6 David H. Russel: *Children's Thinking* (Waltham, Massachusetts: Blaisdell, 1956), p.66.
- 7 Hildegard Peplau: Personal Communication.
- 8 Donna C. Aguilera, Janice M. Messick, and Marlene S. Farrell: *Crisis Intervention: Theory and Methodology* (St. Louis: C.V. Mosby, 1978).
- 9 David K. Berlo: *The Process of Communication* (New York: Holt, Rinehart and Winston, 1960), p.41.
- 10 Grayce M. Sills: Personal Communication.
- 11 Berman, *op.cit.*, pp.64-72.
- 12 Martha E. Rogers: Personal Communication.
- 13 Carl A. Rogers: *Client-Centered Therapy* (Boston: Houghton Mifflin, 1951).
- 14 David B. Buralnik (ed.): *Webster's New World Dictionary of the American Language* (New York: World Publishing Co., 1972).
- 15 Harry S. Groudy: "Contemporary Art and Aesthetic Education". *The School Review*, 72:394-411, Autumn 1964.
- 16 Buralnik, *op.cit.*
- 17 *Ibid.*
- 18 Benjamin S. Bloom (ed.): *Taxonomy of Educational Objectives: The Classification of Educational Goals, Handbook 1: Cognitive Domain* (New York: David McKay, 1977).
- 19 Gerald Egan: *The Skilled Helper: A Model of Systematic Helping and Interpersonal Relating* (Monterrey, California: Brooks/Cole, 1975), pp.220-232.
- 20 Edgar Dale: "Learning to Learn". *The News Letter*, 27:1-4, May 1963.
- 21 Berman, *op.cit.*, pp.132-133.
- 22 Shirley F. Burd: "The Process of Theme Abstraction". In Shirley F. Burd and Margaret A. Marshall (eds.): *Some Clinical Approaches to Psychiatric Nursing* (New York: Macmillan, 1963), pp.337-338.
- 23 Berman, *op.cit.*, pp.140-144.
- 24 *Ibid.*, pp.162-165.
- 25 Louis E. Raths, Marrill Harmin, and Sidney B. Simon: *Values and Teaching* (Columbus, Ohio: Charles E. Merrill, 1966).



El proceso diádico de enfermería se traduce a un enfoque de sistemas para la intervención en sistemas humanos.

## CAPITULO OCHO

# COMPONENTES DE LA PRACTICA DE LA ENFERMERIA: UN ENFOQUE DE SISTEMAS

S. KAY HART  
PAMELA R. HERRIOTT

El proceso de la enfermería ha sido tradicionalmente contemplado en un marco diádico en el que los pasos de la solución de problemas se han empleado para promover, conservar, y restituir la salud, y para prevenir la enfermedad. En este capítulo, hacemos un intento por interpretar el proceso de la enfermería como una perspectiva de sistemas. En contraste con el proceso diádico usual de la enfermería, un enfoque de sistemas para la práctica de la enfermería incorpora muchas más capacidades de enfermería que los pasos de la solución de problemas; define los roles colaboracionalmente más que en forma aislada; usa las negociaciones de contrato como un proceso en marcha; y se dirige a la intervención con una amplia variedad de sistemas clientes. El sistema cliente puede ser un individuo, una familia, un grupo, una organización compleja, o una sociedad.

Un enfoque de sistemas para la práctica de la enfermería es un fenómeno cíclico interdependiente, interactuante, e interrelacionado de valoración, intervención, y evaluación, denominadas aquí *componentes de la*

*práctica de la enfermería.* El enfoque está orientado como “aquí-y-ahora” y tiene el propósito de asistir al cliente en una forma colaborativa para restituir un *continuum* de equilibrio y de dirección con propósito dentro del entorno. La negociación de contrato es identificada como un proceso crítico, continuo, en todas las fases de la valoración, la intervención, y la evaluación. La entrada de sistemas puede ocurrir en cualquier momento durante el proceso de la valoración de sistemas, con la autorización del sistema cliente, para el propósito de intervención. La salida de sistemas es vista como un proceso colaborativo que ocurre concurrentemente con la evaluación de sistemas. Este modelo se halla ilustrado en la figura 8-1.

## UN PROCESO DE VALORACION DE SISTEMAS

Un sistema ha sido definido como un conjunto de componentes interactuando entre sí, y una frontera que posee la propiedad de filtrar tanto la clase como el régimen de circulación de entradas y salidas en el sistema. Esta definición enfoca los elementos estructurales de un sistema con la excepción del “filtrado”, que requiere de mayor elaboración para reconocer más a fondo los aspectos funcionales de un sistema.

Desde un punto de vista funcional, un sistema procesa entradas y da salida a productos que son de alguna manera diferentes de las entradas.

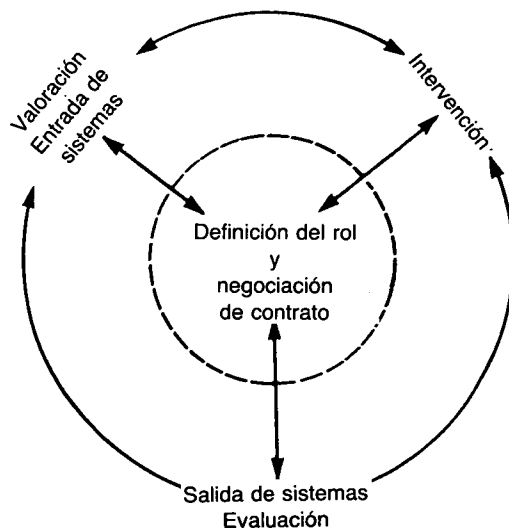


FIGURA 8-1  
Modelo de una perspectiva de sistemas  
para la práctica de la enfermería.

La fase de procesamiento no se halla a veces abierta a una inspección directa y debe ser inferida o dejarse como indefinida si no puede ser estudiada.

Tomando ambas definiciones, la estructural y la funcional (el proceso), de un sistema en consideración, es necesario que la valoración de un sistema incluya información sobre los componentes (subsistemas) del sistema; cómo interactúan los componentes entre sí; las funciones de mantenimiento de fronteras (el proceso de filtrado); las entradas del sistema; el procesamiento del sistema, si como tal puede ser determinado; las salidas del sistema o productos; y el entorno en el que todo esto ocurre (el suprasistema). La característica de un sistema, que es diferente de la suma de sus partes, también requiere conocimiento, señalando las propiedades holísticas del sistema que no pueden ser capturadas por sólo un análisis de sus partes.

Un marco conceptual útil para la valoración de sistemas es la categorización de Bredemeier de los procesos necesaria para la supervivencia del sistema. Especifica tres procesos esenciales:

- 1 Adaptación al entorno
- 2 Integración de las partes
- 3 Decisiones como los modos de llevar a cabo la distribución de recursos que se requieren en los dos primeros procesos<sup>1</sup>

La valoración de estos tres procesos nos proporciona información sobre cómo los componentes del sistema interactúan entre sí, cómo el sistema interactúa con el entorno, y cómo las fronteras funcionan para controlar el sistema de entrada, procesamiento, y salida.

### *Adaptación*

El proceso de adaptación consiste en los esfuerzos del sistema encaminados a

- 1 Obtener mercancías –materia, energía, o información del entorno
- 2 Traspasar mercancías al entorno
- 3 Contener mercancías dentro del entorno
- 4 Retener mercancías dentro del sistema<sup>2</sup>

El determinar qué es lo que un sistema pretende obtener, qué va a desechar, a excluir, y a conservar, nos lleva a empezar a comprender la identidad del sistema.

Algo también muy importante para la comprensión de la identidad del sistema lo constituyen sus límites comunes con otros sistemas. Cada sistema tiene subsistemas y suprasistemas, siendo cada uno de ellos un recurso potencial para el sistema, así como también un solicitante del mismo. Es esencial recordar que el entorno es también un sistema y, como tal, tiene los mismos procesos adaptativos. La valoración del límite común esclarece los recursos disponibles y las demandas en el mismo.

Cada sistema abierto tiene una frontera semipermeable que demarca el límite común entre él y otros sistemas y que permite el proceso de adaptación. La practicante valora las funciones de mantenimiento-defronteras en términos del estado deseado del sistema y de la prevención de sobrecarga y carga baja, así como cuán abiertas o relativamente cerradas están las fronteras en relación a las funciones de los sistemas.

El proceso de entrada a negociación con un sistema cliente proporciona una valoración experimental del proceso de adaptación del sistema en el límite común con otro sistema. La practicante que está entrando a él es también un sistema y tiene los mismos procesos adaptativos en lo que concierne al sistema cliente y como este mismo los tiene en relación con la practicante. Por esta razón, los roles se definen en colaboración, y la negociación de contratos es un proceso en marcha en el enfoque de sistemas para la práctica de la enfermería.

La entrada de sistemas puede que no sea negociada en seguida con el sistema cliente. Cuando es así, hay varias tácticas que pueden emplearse. El “haraganeo profesional”<sup>\*</sup> puede muy bien facilitar la entrada de sistemas simplemente porque la enfermera se convierte en parte del entorno del sistema cliente. Esta táctica presupone que el sistema cliente va a incluir eventualmente a la practicante como parte de su entorno más cercano y estará enterado de los posibles recursos disponibles.<sup>3</sup>

El “empuje”<sup>†</sup> se utiliza cuando la profesional se lanza abiertamente en el entorno del sistema cliente y vende los recursos de una forma efectiva. La suposición aquí es que el sistema cliente dará respuesta a esa presión y entrará en negociaciones. Una facultad de enfermería en un centro médico que sirve como laboratorio clínico para 1,700 estudiantes de cuidado de la salud debe hacer uso del empuje con frecuencia para

<sup>\*</sup> Estamos en deuda con la Doctora Shirley A. Smoyak por este término (*professional hanging around*).

<sup>†</sup> Estamos en deuda con la Doctora Grayce M. Sills por este término (*hustling*).

ayudar a las estudiantes de enfermería a obtener las experiencias de aprendizaje necesarias.

Otra táctica, la *competencia de propaganda*, facilita la entrada porque se asienta en el entorno distal e influye en el sistema cliente, si bien inicialmente se halle fuera de su conocimiento.<sup>4</sup> Esta táctica supone que el sistema cliente incluirá con el tiempo a la practicante dentro de su entorno proximal y tomará conocimiento de los recursos que se le ofrezcan y hará uso de ellos. El clínico de facultad que desarrolla estándares de modelo de rol de excelencia en la práctica no sólo se hace reconocer por los estudiantes, sino también por la agencia que sirve como entorno de aprendizaje clínico.

La táctica de competencia de propaganda puede utilizarse en conjunto con la de repliegue. La táctica combinada de *competencia-repliegue* supone que el sistema cliente se percatará del repliegue y de la falta subsecuente de recursos necesarios, e invitará a la practicante a que regrese para negociaciones. Esta táctica la usaba con buen éxito una enfermera supervisora administrativa que quería desempeñarse como consultora en salud mental en su lugar de trabajo. Pese a su capacidad, los intentos que hizo para cambiar su posición fueron inútiles porque, como dijo la directora del servicio de enfermería, la supervisora “de ninguna manera debería abandonar el trabajo”. Como consecuencia, la enfermera presentó su renuncia. Al cabo de tres meses de haber abandonado el sistema, la enfermera estaba preparada para negociar una nueva posición creada, en la que ofrecía consulta de enfermería en salud mental al cuerpo del personal, dando también servicio directo a familias en crisis. Esta táctica no deja de tener sus riesgos. La enfermera bien puede no estar en condiciones de negociar un reingreso, como fue el caso de una practicante que rehusó seguir prestando sus servicios de voluntariado en una oficina de salud bajo régimen de medio tiempo, reclamando que su trabajo debía pagársele. El presupuesto en realidad no incluía la creación de un puesto remunerado. La valoración y la negociación para la entrada deben ocurrir en forma simultánea para que resulten efectivas.

### *Integración*

La valoración de cómo un sistema integra sus partes está relacionada a sus modelos de interacción y comunicación, a su estado deseado, y a su empleo de los mecanismos de retroalimentación.

El concepto de rol es útil para valorar los patrones de interacción y comunicación de un sistema. El rol es definido como “un conjunto de

conductas prescritas que reflejan metas, valores, y sentimientos que operan en una situación dada, creada, definida, y modificada como consecuencia de la interacción de dos o más personas”.<sup>5</sup> Los roles no existen en tanto que aislados sino que están normados con transacciones complementarias de rol y, como tales, son económicos (negantrópicos) para el sistema cliente.<sup>6</sup> Si los roles tuvieran que negociarse en cada transacción, se gastaría mucha energía; por lo tanto, es importante valorar la estabilidad de las transacciones de rol en términos de funciones del sistema. ¿Permiten las transacciones de rol la máxima adaptación en el sistema? Ackerman señala la necesidad de valorar el *continuum* de rigidez/flexibilidad de las transacciones de rol en relación a la capacidad de una familia (de un sistema) para avanzar en conocimiento y salud.<sup>7</sup> La capacidad de un sistema para avanzar es compatible con lo que Von Bertalanffy describe como “mayor diferenciación”.<sup>8</sup> Esto no sería posible sin la economía de las elaboradas transacciones de rol.

Puesto que los roles reflejan las metas, los valores, y los sentimientos en una situación dada, el análisis de las transacciones de rol ofrece una base inicial de datos para entender las prioridades de un sistema al seleccionar alternativas, el *locus* de las bases de poder-autoridad, cómo deben tomarse las decisiones, la división del trabajo, y las *metarreglas* en las transacciones de rol o la naturaleza de las relaciones entre los componentes (subsistemas).<sup>9</sup>

Todos los sistemas abiertos buscan un estado deseado caracterizado por un *continuum* de equilibrio y una dirección con propósito determinado por los valores, las metas, y las finalidades del sistema. La valoración de los valores, las metas, y los fines de un sistema señalado revela cuál es su carácter general y en qué empleará sus esfuerzos para mantenerse en términos de un estado deseado. Si un cliente solicita alivio contra la depresión y no se interesa en absoluto en saber *por qué* llegó a ese estado de depresión, no le servirá de nada si lo remitieran con un psicoanalista.

Los sistemas abiertos se mantienen por retroalimentación, un proceso por el cual la salida es retromonitoreada como entrada al sistema.<sup>10</sup> La retroalimentación negativa minimiza el cambio aminorando la desviación de una norma como determinada por el estado deseado por el sistema.<sup>11</sup> Los mecanismos de retroalimentación negativa operan como un simple termostato, en el que se da una cancelación de una desviación existente mediante la aplicación de su contrario. Los mecanismos de retroalimentación positiva amplían la desviación y ello facilita el aprendizaje y el crecimiento.<sup>12</sup> Ambos mecanismos, los de retroalimentación positiva y los negativos, deben ser valorados para fijar cuán efectivos son ayudando

al sistema a conseguir su estado deseado y a avanzar en una dirección de crecimiento y salud.

### *Toma de decisiones*

Las decisiones tales como en qué forma el sistema lleva a cabo las asignaciones de recursos requeridos por los dos primeros procesos (adaptación e integración) están relacionadas con el estado deseado del sistema y el uso que se hace de las salidas retromonitoreadas al sistema como entradas por los mecanismos de la retroalimentación. Sills establece que “son el *propósito* y la *meta* del sistema abierto los que van a determinar el estado deseado, y es el *trabajo* del sistema el que toma las decisiones para mantener ese estado deseado”.<sup>13</sup> Las decisiones hechas por el sistema acerca del estado deseado se basan en la jerarquía de valores del sistema, propósito y metas, necesidades de recursos, demandas internas y externas, y funciones desempeñadas en relación con una dirección determinada y equilibrio dentro del entorno. Miller pone de relieve la relación entre la toma de decisiones eficiente y la entrada al sistema cuando afirma: “así como la información en forma de retroalimentación aumenta, del mismo modo la posibilidad de una toma de decisiones eficiente y el estado de estabilidad también aumenta”.<sup>14</sup>

Los sistemas son selectivos en su receptividad a las entradas y sólo reaccionan a señales que tienen significado o importancia para ellos. A través de este proceso de codificación selectiva, la información es aceptada o rechazada y traducida por el sistema para propósito de adaptación e integración.<sup>15</sup> Esta selectividad tiene importancia en términos de factor costo-eficiencia para el sistema, como ya Miller ha puesto de manifiesto.<sup>16</sup>

El proceso a través del cual se toman las decisiones está relacionado con el modo transaccional o la estrategia elegida para obtener el consentimiento de otro sistema o subsistema con el fin de satisfacer las necesidades de supervivencia del sistema. ¿Resulta efectiva la estrategia al satisfacer las necesidades del sistema?

Bredemeier establece cinco modos transaccionales.<sup>17</sup> *Coerción*, como un mecanismo adaptativo usa la fuerza, el fraude, y la decepción para convencer al otro a obrar de acuerdo con las necesidades del sistema. *Regateo*, que se usa para obtener consentimiento, ofreciendo al otro “algo a cambio de algo”, en una forma *quid pro quo*. El enfoque burocrático-legal asegura el consentimiento por parte del otro al hacer uso de una autoridad o poder externo. El modo *cooperación-equipo* obtiene el consentimiento mediante el convencimiento del otro de que ambos comparten

un objetivo común. El modo *Gemeinschaft*, que invoca los sentimientos del otro y convence al otro para que obedezca puesto que en la relación existe la cualidad de lealtad o solidaridad. Con excepción de la coerción, ninguno de estos modos puede servir bien a un sistema, en el supuesto de que se da la suficiente congruencia en el modo transaccional entre subsistema-subsistema, subsistema-sistema, sistema-sistema, o sistema-suprasistema. La identificación del modo predominante de los sistemas interactuantes puede dar pistas para las paridades y disparidades que influyen en la naturaleza de su interacción y en su capacidad para obtener consentimiento. Una disparidad frecuente dentro del área del cuidado de la salud es la familia orienta mediante la *Gemeinschaft* que quiere cuidado de cariño para uno de sus miembros en un hospital burocrático-legal. Las metas y modos transaccionales de estos dos sistemas interactuantes son con mucha frecuencia incongruentes y surgen desavenencias entre la familia “difícil” y el personal “descuidado” del hospital.

“¿Quién decide?” es una pregunta que debe ser contestada por los componentes del sistema. Smoyak señala que “los sistemas no pueden operar sin una parte de toma de decisiones que funcione para garantizar que se seguirán las reglas”.<sup>18</sup> Esto es verdad, ya sea el sistema una familia, un grupo, una organización compleja, o una comunidad. Es importante, por eso, determinar *cómo* el que toma las decisiones fue seleccionado por los componentes del sistema, *quién* es, y si los componentes del sistema están de acuerdo y están satisfechos con las decisiones que toma.

En resumen, la valoración de la eficiencia del proceso de la toma de decisiones en un sistema determinado está relacionada con la respuesta a las siguientes preguntas:

- 1 ¿Existe paridad o disparidad entre lo que es y lo que se desea en términos del estado del sistema?
- 2 ¿Existe información relevante disponible en el entorno (suprasistema) que sirva para que el sistema tome decisiones?
- 3 ¿Acepta el mecanismo de decodificación del sistema la información relevante necesaria para la toma de decisiones eficiente?
- 4 ¿Rechaza el mecanismo de decodificación del sistema la información irrelevante de modo que se impida la sobrecarga del sistema?
- 5 ¿Traduce correctamente el mecanismo de decodificación del sistema esa información?
- 6 ¿Usa en forma efectiva la persona que toma las decisiones en el sistema ambos mecanismos de retroalimentación negativa y positiva de modo que se logre el estado deseado para poder avanzar en dirección de crecimiento y salud?



- 7 ¿Emplea el proceso de toma de decisiones en forma efectiva la persona que se encarga de ello en el sistema?
- 8 ¿Existe congruencia significativa en los modos de transacción de manera que resulten efectivos para satisfacer las necesidades del sistema?
- 9 ¿Se da entre los componentes del sistema un consenso acerca de *cómo* se toman las decisiones y *quién* toma *cuáles* decisiones?

Los datos que provienen de la valoración de sistemas proporcionan la base para el componente de diagnóstico del proceso de valoración. La tipología de patrones funcionales de salud, descrita por Gordon, proporciona un marco de referencia para formular diagnósticos de enfermería que sirven de base para delinear resultados y estrategias de intervención (véase la lista, abajo).<sup>19</sup>

Por ejemplo, el sistema familia que esté padeciendo problemas de integración de sus partes que se reflejen en falta de comunicación puede describirse, en términos de diagnóstico, como demostradores de un déficit en los patrones de la relación de rol. La negociación de este sistema

---

#### TIPOLOGÍA DE LOS ONCE PATRONES FUNCIONALES DE SALUD

---

Patrón de percepción-de-salud-manejo-de-salud	Describe el patrón de salud y de bienestar percibido por el cliente y cómo se maneja la salud
Patrón metabólico-nutricional	Describe el patrón de alimentos y consumo de líquidos en relación con las necesidades metabólicas y los indicadores de patrones de provisión local de nutrientes
Patrón de eliminación	Describe el patrón de la función excretora (intestino, vejiga, piel)
Patrón de actividad-ejercicio	Describe el patrón de ejercicio, de actividad, de ocio, y de recreación
Patrón cognoscitivo-perceptual	Describe el patrón sensitivo-perceptual y cognoscitivo
Patrón de sueño-descanso	Describe los patrones de sueño, descanso, y relajación
Patrón de auto-percepción y auto-concepto	Describe el patrón del autoconcepto y las percepciones del sí mismo (e.g., comodidad corporal, imagen corporal, estado de los sentidos)
Patrón de relación-de-rol	Describe el patrón de los compromisos y las relaciones de rol
Patrón de sexualidad-reproducción	Describe el patrón de satisfacción y descontento con la sexualidad, y el patrón reproductor
Patrón de enfrentamiento-estrés-tolerancia	Describe el patrón general de enfrentamiento y la eficacia del patrón en función de la tolerancia al estrés
Patrón de valor-creencias	Describe el patrón de valores, creencias (incluidas las espirituales), o las metas que guían las elecciones o las decisiones

cliente, entonces, es necesaria para la delineación de resultados o metas mutuamente aceptables que pongan de manifiesto el estado deseado o el cambio en la comunicación familiar. Cuando hay consentimiento y acuerdo en cuanto a resultados o metas específicas pueden especificarse las estrategias para la intervención encaminadas a lograr resultados.

Una comunidad parece no poder lograr un consenso entre sus miembros respecto de la educación sexual en las escuelas públicas. Los componentes del sistema, tales como la Asociación de Padres-Maestros-Estudiantes, la junta de educación, y los grupos de trabajo representativos no han podido llegar a recomendar el voto entre los miembros de la comunidad. Puede decirse, pues, que este sistema del cliente sufre un déficit en su patrón de creencias-valores. De nuevo, pueden entonces diseñarse los resultados mutuamente deseables y las estrategias de intervención adecuadas para lograr el estado deseado.

La valoración de la adaptación del sistema con el entorno, la integración de sus partes, y las decisiones como las referentes a los modos de llevar a cabo la asignación de los recursos requeridos para la adaptación y la integración, proporcionan los datos con los que las intervenciones pueden ser exploradas en colaboración con el sistema cliente.

## EL PROCESO DE LA INTERVENCION DE SISTEMAS

Dentro de un marco de sistemas, la intervención de la enfermería es un plan ideado conjuntamente para la modificación de sistemas basado en la determinación de objetivos para el cambio que sea relevante para el sistema. Puesto que los cambios que se efectúen en una parte del sistema afectan a todo el sistema, el impacto del cambio planeado en el sistema como todo es evaluado por el sistema cliente y la enfermera. Las estrategias y tácticas de intervención son los planes globales que la practicante utiliza para asistir al cliente con el fin de que consiga el estado de sistemas deseado, con la meta consiguiente que consiste en que el cliente aprenda a emplearlos por sí mismo, de manera que la enfermera no sea ya necesaria para un funcionamiento eficaz.

Las negociaciones con el sistema cliente con el propósito de intervención se llevan a cabo de una manera “abierta, directa, y franca”, con una evaluación constante de las intervenciones y cambios ejecutados mediante la participación, las discusiones, las aclaraciones, y el examen de la información con el fin de determinar su significado para el sistema cliente.<sup>20</sup>

La mayoría de las practicantes de la salud mental son ahora conocedoras de la importancia de evaluar el impacto del cambio en el sistema

como un todo. Antes de conceptualizar síntomas del paciente identificado, así como señalar un resquebrajamiento en los sistemas, hubo un retorno de los síntomas cuando el paciente identificado salió del hospital y regresó con su sistema familia.<sup>21</sup>

La valoración de sistemas inicia el proceso de intervención generando datos con el sistema cliente en términos de identificación de paridades y disparidades entre lo que es y lo que se desea. Mediante esfuerzos en colaboración al examinar la información del sistema, viene después un aumento en el conocimiento por parte del sistema cliente de su identidad. La valoración como una estrategia de intervención se denomina *surgimiento-conciencia de sí mismo*, puesto que sirve para hacer más consciente al sistema acerca de sus metas, valores, y propósitos para ser. Compartiendo observaciones que han pasado inadvertidas por el sistema cliente, hay un aumento del estar enterado. El hecho de que se esté dando en el cliente un surgimiento-conciencia de sí mismo puede detectarse fácilmente por comentarios tales como “no me había dado cuenta de esto antes”, o “supongo que en efecto quiero más ayuda y he estado resentido por no tenerla”.

Durante el proceso de la entrada de sistemas, la practicante interviene con el sistema cliente normando las capacidades de comunicación y de negociación; enseña una orientación de sistemas con el enfoque de sin-reproches, y el de aquí-y-ahora; y estimula al sistema cliente a estudiar un contrato de servicios, mediante el esclarecimiento de sus metas, objetivos y expectativas. Este proceso se lleva a cabo dentro de un marco de referencia dentro del cual el cliente controla los resultados de las intervenciones. La negociación del contrato tiene como piedra angular la libertad del cliente de aceptar, rechazar, o modificar la información o los servicios ofrecidos por la practicante. Lo que se estudia en el contrato inicial depende de lo que el sistema cliente define que desea y lo que la practicante puede ofrecer. Lo más relevante en la negociación de contrato está en la *colaboración* en relación a las metas y objetivos de cambio, especificación del sistema blanco, definición de las expectativas de rol y el rol progresivo, marco del tiempo anticipado, evaluación progresiva, y negociación de contrato como un proceso en marcha.

Con el fin de evitar desacuerdos entre las transacciones de rol, es especialmente importante para el sistema cliente y la practicante el esclarecimiento de las expectativas de rol y la definición en colaboración de las transacciones de rol. Hay un desacuerdo, que con mucha frecuencia ocurre en el sistema de cuidado de la salud, cuando el cliente cuenta con tener el control de las intervenciones y la practicante cuenta con que el cliente va a aceptar de una manera positiva las intervenciones. Ni que

decir tiene que este desacuerdo es entrópico (empobrecimiento de energía) para ambos, a la vez que desagradable, y tachándose entre sí de ser el que se sale de lo acordado. Los roles no pueden ser definidos hasta que las expectativas han sido esclarecidas y hasta que los territorios de autonomía y complementariedad han sido descifrados. Este proceso de definición de rol limita el margen de desacuerdos, y las transacciones se hacen más predecibles y, como tales, son negantrópicas (ahorro de energía) para el cliente y para la practicante.

Con una orientación de sistemas, así, el cliente participa de manera activa en el proceso de toma de decisiones y es respetado como un componente y como capaz de tomar decisiones y que tiene la responsabilidad última en el cuidado de su propia salud. La practicante refuerza esto desde el principio, solicitando del cliente su colaboración para procesar información planeando y llevando a cabo cambios en resultados, y evaluando los resultados.

Las intervenciones en relación con los procesos de adaptación, integración, y decisión pueden existir en el sistema cliente, en su subsistema, o en su(s) suprasistema(s). Los cambios que han de hacerse se basan en la identificación de problemas referentes a necesidades no satisfechas y oportunidades nuevas apropiadas al *continuum* de equilibrio del sistema cliente y a la diferenciación mayor y la dirección con propósito dentro del entorno.<sup>22</sup> La valoración de sistemas debe apuntar hacia esos límites comunes en los que existe un problema, y en los que existe insatisfacción con el *status quo*. Dado que el cambio y el crecimiento ocurren en los límites comunes de los sistemas, éstos se convierten en los primeros blancos de intervención, siendo la insatisfacción un poderoso motivador para el cambio.

Las intervenciones con el sistema cliente o sus subsistemas están encaminadas a funciones de mantenimiento de fronteras (el proceso de filtrado), transacciones de rol frente a frente con sus subsistemas y otros sistemas, mecanismos de retroalimentación, y toma de decisiones.

### *Funciones de mantenimiento de fronteras*

Las funciones de mantenimiento de fronteras están relacionadas con el grado de permeabilidad que permite al sistema el filtrado de la clase y el régimen de circulación de las entradas y salidas en el sistema. Las fronteras filtran mediante un proceso de decodificación selectivo. Este mecanismo rechaza la información *irrelevante* o acepta la información *relevante* necesaria para la toma de decisiones eficiente y para la preven-

ción de sobrecarga o carga baja en términos del estado deseado.<sup>23</sup> Un modelo de conceptualizar esto es que las fronteras son las reglas que definen el quién y el cómo en las transacciones de sistema; por lo tanto, deben estar lo suficientemente definidas como para permitir al sistema la realización de sus funciones, pero no tan rígidamente que el sistema o sus subsistemas queden aislados.

El exceso de información (sobrecarga) en el sistema está relacionado con fronteras confusas que están pobremente definidas en términos de *quién* y *cómo* en las transacciones del sistema. Minuchin sugiere que la intervención con fronteras confusas debe encaminarse a la definición y al esclarecimiento de fronteras.<sup>24</sup> Un ejemplo frecuente ocurre cuando un individuo se siente abrumado de trabajo y empieza a delegar ciertas tareas en otros, de tal modo que redefine las reglas sobre quién hace qué con el fin de que él o ella puedan funcionar de forma más eficiente. La practicante puede intervenir con un cliente que esté padeciendo una sobrecarga ayudando al cliente a descartar las entradas irrelevantes. Un cliente con neuralgia del trigémino no puede tolerar estímulos, de manera que la intervención estará encaminada a disminuir los estímulos, oscureciendo la habitación y asegurándose de que otros estímulos, como corrientes de aire o comidas muy calientes o muy frías, se eviten.

Las intervenciones en un sistema de carga baja están primariamente encaminadas a un aumento de las entradas disponibles para el cliente (aumento de información) o a aumentar el estar enterado en el cliente de las entradas disponibles (aumento de energía). Una estudiante de enfermería que trabajó con una familia de bajos recursos identificó un problema de carga baja en el sistema que estaba relacionado con una falta de actividad de juego al aire libre para los niños de esa familia. Al plantearles otras alternativas a la familia, se decidió acudir a negociar con la YMCA la posibilidad de ser socios con beca. Toda la familia, junto con la enfermera estudiante, acudió a la YMCA para comprobar qué recursos estaban disponibles para los niños. En este ejemplo, la intervención de la enfermera no sólo aumentó los recursos que podían ser aprovechables para el sistema, sino que también aumentó el estar enterado por parte del sistema de los recursos disponibles.

### *Transacciones de rol*

Las transacciones de rol son patrones de conducta que definen cómo, cuándo, y con quién relacionarse, basados en los valores, metas, reglas, y normas de los sistemas interactuantes. Las transacciones repetidas cons-

truyen patrones complementarios que llegan a ser familiares y preferentes, además de predecibles. A medida que las circunstancias cambian, se hace necesario para los patrones o modos alternativos transaccionales que sean activados mediante un proceso de negociación para un nuevo *cómo*, *cuándo*, y *con quién*.

Cuando existe una falla en la complementariedad debido a un cambio de valores o metas, se da un resquebrajamiento en el sistema con intentos de restablecer la complementariedad.<sup>25</sup> Un destacado ejemplo de esta falla se da entre el niño de dos o tres años y la madre cuando el “no” del niño sustituye a su anterior adaptación ante las exigencias de la madre. Este período puede ser frustrante para ambos si la madre intenta restablecer la complementariedad forzando al niño a que obedezca los deseos de ella. La intervención en este desajuste está encaminada a persuadir al sistema a la negociación de nuevas áreas de autonomía y complementariedad, con el cambio subsecuente en el patrón transaccional que refleje los nuevos valores y metas. En esta situación, la practicante puede tener que proporcionar a la madre información acerca de necesidades y tareas relativas al desarrollo antes de que la madre pueda redefinir las áreas de autonomía y de complementariedad con su niño.

Las transacciones de rol deben permitir en el sistema diferenciación mayor y una dirección de propósito dentro del entorno. Las transacciones de rol rígidas y estancadas son problemáticas porque encierran a los miembros dentro de funciones también fijas e inhiben la capacidad de cada miembro (equipotencialidad) de asumir otras funciones que sean más eficaces para el sistema.<sup>26</sup> Los mitos familiares son ejemplos de rol rígidos y estereotipados que distorsionan la capacidad de la familia para percibir la realidad y, así, disminuye la eficacia con la cual puede desempeñar sus funciones.<sup>27</sup> Dado que un mito familiar es una medida protectora del sistema, la confrontación directa sólo sirve para aumentar la tensión y también para aumentar la necesidad de usar el mito como protección. Las intervenciones en las que la practicante haga comentarios acerca de las interacciones “observables pero inadvertidas” tienen más probabilidades de disminuir la tensión y la resistencia al cambio.<sup>28</sup> Los miembros de la familia serán más aptos para expectativas y necesidades del aquí-y-ahora con las subsiguientes negociaciones para patrones transaccionales alternativos.

### *Mecanismos de retroalimentación*

Como hemos anotado anteriormente, los sistemas mantienen sus estados deseados y el funcionamiento efectivo mediante el uso de los mecanismos

de retroalimentación. Cuando un sistema recibe entradas que lo desvían del estado deseado, puede tomarse la acción opuesta para restaurar lo que se desea. En teoría cibernética, esto no es más que simple retroalimentación negativa, por la que un sistema puede recuperar y mantener su estabilidad interna o el estado deseado.<sup>29</sup> Por otra parte, la retroalimentación positiva aumentaría la desviación, reclamando así del sistema un cambio en su estabilidad interna o en el estado deseado para coincidir con la retroalimentación.

En el ejemplo de la madre y el infante, se usaron mecanismos negativos de retroalimentación para restablecer la complementariedad entre los sistemas interactuantes. El mecanismo de retroalimentación negativa fracasó en esta situación porque hacía falta un cambio en el patrón transaccional que reflejara la necesidad de crecimiento del niño para un aumento de su autonomía. Esto se llama cambio de *orden segundo* porque define un estado deseado nuevo.<sup>30</sup>

Los mecanismos de retroalimentación positiva deben ser probados cuando los mecanismos de retroalimentación negativa fracasan en producir el cambio deseado. El decirle repetidas veces a un niño que grita “cállate”, no produce generalmente ese cambio que se desea y sólo conduce a un progresivo aumento de los gritos. Ensayar la retroalimentación positiva y aumentar la desviación diciéndole al niño que no grita lo suficientemente fuerte, fuerza al niño al cambio y puede tener el efecto de paro de ese comportamiento gritador. Esto es algo similar a la estrategia de Haley, de “percibir el síntoma” para cambiar el comportamiento.<sup>31</sup>

La practicante interviene con el sistema cliente ayudándole a usar los mecanismos de retroalimentación adecuados para el cambio deseado. Si el sistema cliente no puede restaurar el estado deseado mediante la retroalimentación negativa, puede modificarse a sí mismo, modificar el entorno, apartarse del entorno, o modificar su estado deseado, activando sus mecanismos de retroalimentación positiva.<sup>32</sup> Se dan errores en el mecanismo de la retroalimentación positiva porque la desviación es amplificada y convence al sistema de lo correcto de su procedimiento, como sucede en el caso del mito familiar en el que las creencias falsas no son puestas en tela de juicio por los miembros de la familia. Minuchin y Barcai activan otro mecanismo de retroalimentación positiva en tales situaciones para inducir una crisis y forzar al sistema a rectificar y cambiar.<sup>33</sup>

### *Toma de decisiones*

En un sistema, *cómo* se toman las decisiones y *quién* las toma son procesos cruciales. Smoyak señala que en los sistemas, “la *no* acción es más mortal

que la acción errónea”.<sup>34</sup> La toma de decisiones está estrechamente ligada a la estructura de poder formal e informal. Esclarecer *quién* toma *qué* decisiones y el grado de consenso sobre el *cómo* y el *quién* entre las unidades miembros señala áreas de intervención. En donde hay poco compromiso en relación con llevar a cabo las decisiones puede resultar útil persuadir al sistema hacia las negociaciones como un medio para incrementar la obligación entre los miembros. Por otra parte, si cada uno tiene que alcanzar consenso en cada decisión, ello es extremadamente entrópico para el sistema. En esta situación, es de mucha más utilidad ayudar al sistema a la diferenciación, esclareciendo *quién* va a tomar *qué* decisiones.

Los problemas con una toma de decisiones efectiva están relacionados generalmente con omisiones en el proceso de la toma de decisiones o con una falta de información adecuada. Determinar el proceso de toma de decisiones del sistema esclarece las necesidades de información y de aprendizaje. El proceso de la toma de decisiones comprende

- 1 Un estar enterado de qué se es y qué se desea
- 2 Generar alternativas para eliminar o reducir la disparidad
- 3 Elección de una alternativa
- 4 Ensayo de la alternativa
- 5 Evaluación de los resultados de la alternativa<sup>35</sup>

Un problema frecuente con los sistemas familia al llevar a cabo este proceso es el de generar alternativas y la “sensación de que no hay otro remedio”. La enfermera interviene explorando alternativas con el sistema familia, enseñándole que existen otros remedios, y modelando el proceso de toma de decisiones mediante el uso de cada uno de los cinco pasos enumerados arriba.<sup>36</sup>

Puesto que la información es el grado de libertad que existe en una situación dada para escoger entre señales, símbolos, mensajes, o patrones que se van a transmitir, una falta de información en el sistema crea incertidumbre y el sentimiento de ineficiencia en el proceso de toma de decisiones.<sup>37</sup> La practicante puede intervenir proporcionando la información necesaria o ayudando al sistema cliente a que él mismo obtenga la información. Cuando el sistema cliente es capaz de obtener la información necesaria, es aconsejable reforzar la autosuficiencia, puesto que una meta primordial consiste en que la practicante no será con el tiempo necesaria en el sistema para que éste funcione eficientemente. En este sentido, la enfermera es vista más bien como una entrenadora, que ayuda al sistema



del cliente a desarrollar y a mantener las destrezas que se necesitan para obtener la información adecuada.

Las intervenciones de la practicante con el suprasistema se centran en la valoración, con el fin de identificar problemas en el entorno (suprasistema) que impiden al sistema cliente obtener lo necesario o hacer uso de oportunidades. Esta información es compartida y examinada por el sistema cliente con el fin de que pueda ser determinado su significado para el cliente.

Un problema del suprasistema que impedía al cliente obtener lo necesario y usar los recursos disponibles aconteció con una mujer afectada de parálisis lateral derecha y afasia. La cliente estuvo por espacio de 5 años bajo un régimen de cuidado a largo plazo sin haber discutido jamás otras alternativas de ser dada de alta. La cliente podía responder con una o dos palabras cuando se le daba el tiempo suficiente para que pudiera responder. Hablando con la cliente, la enfermera descubrió que la mujer tenía una amiga con la que podía vivir, y con la que finalmente se fue a vivir, cuando se le dio de alta. Las fallas en la comunicación con los suprasistemas son problemas frecuentes que impiden al sistema cliente el conseguir lo necesario o usar oportunidades. Esto fue particularmente cierto en el caso de la cliente descrita, la que estaba limitada en su capacidad de negociación con el suprasistema debido a su afasia.

Durante el proceso de valoración del suprasistema en relación con el sistema cliente, la practicante puede decidir negociar la intervención con uno de los sistemas circundantes. Luego de tomar conocimiento de que un cliente era atendido por dos agencias y que recibía tranquilizantes por parte de cada una de ellas, una enfermera de una de las agencias negoció una intervención con la otra agencia para abrir canales de comunicación y de esta manera facilitar la continuidad de la entrega del cuidado de salud por parte de las dos agencias.

Las intervenciones con el suprasistema no están libres de riesgos. Es importante que la practicante esté profundamente enterada del potencial de *triangulación*. Si la practicante empieza por aliarse con el sistema del cliente contra el sistema circundante o el suprasistema, existirá muy probablemente un triángulo. La practicante detiene la triangulación permitiendo a los dos sistemas resolver sus propias relaciones. La triangulación ocurre fácilmente con las trabajadoras de cuidado infantil que toman partido por el niño y culpan a los padres de los problemas del niño. La intervención en estos casos está dirigida hacia el personal de educación que no ayuda, enfocándola en la teoría de sistemas de la familia.

La meta global de la orientación de sistemas a la práctica de enfermería es que el sistema cliente llegue a ser un experto en valoración, interven-

ción, y evaluación, de manera que sea capaz de conducirse constantemente por sí mismo y de readaptarse sin la ayuda de la practicante. A lo largo de todo esto, la practicante debe enseñar y modelar los *cómo(s)* de los procesos necesarios para el funcionamiento efectivo de los sistemas. Las intervenciones de enfermería esenciales consisten en instruir y modelar la evaluación continua de la información y su adecuación al sistema cliente, así como el grado al que los cambios planeados son congruentes con el contrato negociado del cliente. La practicante instruye en la autoevaluación y la refuerza absteniéndose ella misma de emitir aseveración alguna evaluativa; antes bien, estimula y alienta al sistema cliente a manejar sus propios resultados.

## PROCESO DE EVALUACION DE SISTEMAS

La evaluación de sistemas empieza y continúa a lo largo de todos los procesos de valoración-intervención-evaluación. Se presenta el modelo CIPP\* como un marco de referencia útil y que es fácilmente aplicable a la evaluación progresiva de sistemas. Para aplicar este modelo al progreso de evaluación de sistemas es esencial una comprensión de los cuatro tipos básicos de evaluación, definidos por Stufflebeam y asociados.<sup>38</sup> La información resultante del proceso de evaluación de sistemas se usa con el objetivo de determinar alternativas para decisiones relacionadas con el cambio dentro del sistema cliente.<sup>39</sup> La salida de sistemas se contempla como un proceso colaborativo entre el sistema cliente y la practicante y se da concurrentemente con la evaluación de sistemas.

### *Evaluación del contexto*

Las decisiones para efectuar algún tipo de cambio dentro del sistema como un todo han llegado al punto de la evaluación del contexto mediante

- 1 Definición de las fronteras del sistema que va a ser evaluado
- 2 Descripción de paridades y disparidades entre qué es y qué se desea en términos del estado de sistemas
- 3 Diagnóstico y rango de los problemas que impiden al sistema cubrir sus necesidades y aprovechar las oportunidades

\* Un acrónimo compuesto de la inicial correspondiente a los principales tipos de evaluación: contexto, entrada (*input*), proceso y producto.

#### 4 Examen de las orientaciones de valor que surgen fuera del sistema y que influyen en las orientaciones de valor dentro del sistema<sup>40</sup>

Un ejemplo de esto último es la enfermera graduada que entra a una nueva orientación de valor en un sistema de empleo e intenta resolver el conflicto entre los valores aprendidos siendo estudiante y los valores exigidos por el sistema. Este proceso es descrito en forma conmovedora en *Reality Shock: Why Nurses Leave Nursing* de Kramer.

La evaluación del contexto ayuda al sistema cliente a tomar decisiones –o bien a continuar como es si sus metas están siendo llevadas a cabo, o a cambiar si se identifican problemas–. El esclarecimiento de problemas proporciona la base para el desarrollo de objetivos para el cambio.

#### *Evaluación de las entradas*

Con la evaluación de las entradas, la información se proporciona para ayudar al sistema cliente a determinar el mejor y más apropiado cambio para alcanzar los objetivos de cambio que han sido determinados mediante la evaluación del contexto.<sup>41</sup> Ambas evaluaciones, la del contexto y la de las entradas, son llevadas a cabo antes de introducir cambio alguno. La evaluación de las entradas produce información acerca de estrategias de cambio alternativas. Las preguntas que hay que hacerse en la evaluación de las entradas son

- 1 *¿Se hallan los objetivos de cambio expuestos en términos conductuales específicos y mensurables?* Un ejemplo de objetivos de cambio es “la totalidad de los 1,500 niños de 5 años de edad en la comunidad X recibirán una vacuna contra la influenza en una fecha dada”.
- 2 *¿Se requiere ayuda exterior al sistema para conseguir el objetivo del cambio?* Con la evaluación de las entradas, los datos se proporcionan para determinar la necesidad de enfermeras adicionales procedentes de una comunidad cercana para ayudar a las enfermeras de la comunidad X a administrar la vacuna.
- 3 *¿Existen criterios concretos y específicos para valorar el grado hasta dónde los objetivos se han logrado?* En una fecha determinada, de hecho, los 1,500 niños que cuentan con 5 años de edad residentes en la comunidad X recibirán una vacuna contra la influenza.

- 4 *¿Existe la necesidad de estrategias alternativas para alcanzar el objetivo de cambio?* La evaluación de las entradas considera otros factores, tales como el de cómo asegurarse de que los niños de 5 años de edad que están con sus familias de vacaciones recibirán la vacuna contra la influenza.
- 5 *¿Cómo se llevará a cabo la estrategia elegida?* La evaluación de las entradas podría establecer que la mejor estrategia consiste en tres equipos móviles que administren la vacuna los miércoles y los sábados durante los meses de junio y julio para facilitar el acceso a todos los miembros de la comunidad con niños de 5 años de edad.

Las decisiones basadas en la evaluación de las entradas entre la practicante y el sistema cliente sientan la base para llevar a cabo el cambio. Antes de llevar a cabo cualquier cambio, es imperativo el hecho de que exista una comunicación constante, abierta, y franca entre la practicante y el sistema cliente para facilitar el proceso de cambio. Las fallas en la comunicación en estos casos están ligadas por lo general a “decisiones al vapor”, es decir, precipitar o forzar el cambio sin contar con o antes de que haya habido un consenso sobre cómo deberá llevarse a cabo. Cuando estas decisiones al vapor se dan en el personal de un sistema, existe resistencia entre los miembros o sabotaje que acaba por minar el proceso de cambio.

### *Evaluación del proceso*

Cuando ha sido seleccionada la estrategia y se ha empezado a llevar a cabo, se da inicio al proceso de evaluación.<sup>42</sup> Su *primer* objetivo es detectar y prevenir defectos en la estrategia o en la forma en cómo se está llevando a cabo. Por ejemplo, una practicante y un sistema cliente decidieron determinar la prevalencia de la hipertensión entre una determinada población de estudiantes de secundaria. Se estableció que la prueba sería llevada a cabo un jueves a la 3:30 de la tarde en el gimnasio de la escuela. Esta información fue ampliamente difundida a través de la emisora local de radio. Sin embargo, sólo una tercera parte de los estudiantes asistió a la sesión de prueba. El proceso de evaluación reveló un defecto en la forma *cómo* se llevó a cabo la estrategia. La evaluación de entradas pasó por alto que el equipo de basketball de secundaria estaba jugando a esa misma hora contra su rival más importante en un pueblo cercano. El proceso de evaluación, pues, auxilia a ambos, practicante y sistema cliente, a interpretar las razones de los resultados.

*Segundo*, junto con la evaluación del contexto y de las entradas, el proceso de evaluación genera los datos para usarlos en una toma de decisiones y una planeación más efectivas en el cambio que se lleva a cabo. Puede referir a la practicante y al cliente de nuevo al contexto o a la evaluación de las entradas para una mayor planeación antes de seguir adelante con el proceso de cambio.

*Por último*, el proceso de evaluación se inicia en el comienzo del proceso de cambio y continúa a lo largo de todo éste y vigila los acontecimientos tal y como ocurren en la realidad. Como tal, esta información es útil al interpretar las razones para los resultados eventuales y es una herramienta valiosa que facilita el aprendizaje, ya que proporciona al sistema cliente y a la practicante una base para reproducir o alterar las estrategias usadas para hacer efectivo el cambio. Una sesión en *videotape* de terapia es un ejemplo de proceso de evaluación, como lo son también los procesos de comentarios que se hacen en un grupo de psicoterapia. Ambos ejemplos ayudan al individuo a estar enterado de las disparidades, el primer paso de una toma de decisiones efectiva para el cambio.

### *Evaluación del producto*

La evaluación del producto proporciona información *durante* el proceso de cambio igual que en el momento de su *terminación* cuando valora a qué grado se están alcanzando o se han alcanzado los objetivos del cambio.<sup>43</sup> Las evaluaciones del proceso y del producto se llevan a cabo simultáneamente.

Inicialmente, se pone énfasis en la evaluación del proceso, con énfasis progresivo sobre la evaluación del producto a medida que el proceso del cambio continúa y los progresos y resultados finales se valoran con base en los objetivos del cambio. Puesto que la evaluación del producto usa la información identificada en el contexto, la evaluación de las entradas, y la evaluación del proceso en la valoración de los resultados, ello demuestra el fenómeno cíclico interactuante, interrelacionado, e interdependiente de la evaluación de sistemas.

La evaluación del producto incluye mediciones específicas de las salidas (*e.g.*, el número de contactos enfermera-cliente con objeto de la enseñanza del autocuidado) así como de los *resultados* (*e.g.*, lo que aprendió el cliente y que condujo a un cambio de conducta y qué diferencia, si la hay, lograron las sesiones de enseñanza-aprendizaje en el *status* de salud del cliente).

El modelo CIPP como marco para la evaluación de sistemas se aplica

sin dificultad a una situación clínica en la que la practicante deseara saber “¿cuál fue la falla?”

Bob es un cliente de 19 años de edad con paresia de tronco y brazos y parálisis por debajo de la región umbilical a consecuencia de la lesión futbolística que tuvo hace dos años. La practicante conocía a Bob desde su primera hospitalización. Ahora ingresaba otra vez a una unidad quirúrgica para el desbridamiento de una extensa úlcera sacral por decúbito e injertos de piel.

A recapturar los acontecimientos que habían precedido su alta hacía dos años, la practicante recordó las sesiones de enseñanza con Bob acerca de las medidas que debía adoptar para prevenir la ulceración cutánea. En aquel entonces la practicante estaba segura de que Bob era capaz de seguir las conductas deseadas puesto que se habían llevado a cabo demostraciones repetidas durante las cuales él y su familia habían ejecutado las medidas preventivas específicas enseñadas, como el autoexamen de la piel usando un espejo con mango largo, y levantar las nalgas de la silla de ruedas cada una a dos horas. Las visitas domiciliarias de seguimiento después de que fue dado de alta del hospital señalaban dos informes positivos que indicaban progreso y mantenimiento de las conductas específicas para prevenir la ulceración cutánea. Sin embargo, el objetivo para el cambio —la prevención de la ulceración cutánea— no se consiguió.

¿Qué hubiera aportado la evaluación del contexto para asegurar que se lograra el objetivo de cambio? Se debería haber

- 1 Definido el sistema relevante del cliente. ¿Era Bob? ¿Bob y su familia? ¿Bob y sus amigos?
- 2 Obtenido información sobre los valores de Bob, sus planes, y qué influencia tenían sobre ellos su familia y sus amigos
- 3 Identificado los problemas que podrían interferir en el logro del objetivo de cambio, por ejemplo, ir a la universidad, o dormir en un dormitorio o ir a fiestas
- 4 Identificado las disparidades entre lo que era y lo que se deseaba respecto a los momentos en que a Bob le resultara difícil mantener las medidas preventivas y hacerle conocer su importancia

La evaluación de las entradas debería haber examinado más a fondo la cuestión de si se necesitaba o no asistencia externa para continuar manteniendo el objetivo del cambio. Con una invalidez crónica, la valoración-intervención-evaluación continua es esencial para las necesidades de cambio del sistema cliente. Es durante este proceso cuando resulta importante un contrato de salida entre el sistema cliente y la practicante.

Una estrategia para asegurar que se alcance el objetivo de cambio es un contrato abierto de salida por el que el sistema cliente pueda iniciar y renegociar con la practicante el proceso de valoración-intervención-evaluación. De igual modo, la practicante puede negociar con el sistema cliente para la re-entrada al sistema a intervalos periódicos para la valoración, intervención, y evaluación. Los contratos de salida son importantes porque toman en consideración que los criterios para valorar los objetivos de cambio no son estáticos sino que ocurren en un marco de tiempo continuo.

Puesto que la evaluación del proceso facilita el aprendizaje al proporcionar al sistema cliente y a la practicante una base para el repliegue o el cambio de estrategias, es esencial que el sistema cliente aprenda a monitorear los acontecimientos a medida que se presentan. Esto ayuda al sistema cliente a detectar a tiempo disparidades y problemas, con lo que pueden elaborarse planes para estrategias alternativas con objeto de mantener o redefinir los objetivos del cambio. El reforzar el concepto de la evaluación del cliente con Bob le hubiera ayudado a monitorear su propio proceso de cambio cuando decidió ir a la universidad y vivir en un dormitorio. Con un contrato abierto de salida hubiera podido renegociar ayuda de cara a mantener progresos hacia el objetivo del cambio –prevención de la ulceración cutánea– en un nuevo entorno (suprasistema).

La evaluación del producto y del proceso ocurren simultáneamente, y la primera pone énfasis en el examen en colaboración del proceso total del cambio. La evaluación del producto se fundamenta en la evaluación del proceso del mismo modo que las metas a largo plazo se fundamentan en las metas de corto plazo (objetivos de cambio). Un error frecuente durante la evaluación de sistemas es la terminación prematura, en la cual no se evalúa la provisión para el logro de metas a largo plazo, y no se utiliza la evaluación del producto, con su examen del proceso de valoración-intervención-evaluación (*e.g.*, cómo y a qué grado se alcanzaron los objetivos del cambio). El contrato de salida debe incluir las evaluaciones del proceso y del producto que nos remiten al contrato de entrada en relación con el examen en colaboración del cómo y el grado en que se alcanzaron los objetivos. Parte de “la falla” en la capacidad de Bob para mantener el objetivo de cambio estuvo en la salida prematura por parte de la practicante en relación con los objetivos a largo plazo, así como la ausencia de un contrato abierto de salida propuesto por el sistema cliente o por la practicante.

*La salida de sistemas*

El proceso de salida de sistemas ocurre al mismo tiempo que la evaluación de sistemas. Los criterios usados por el sistema cliente y la practicante para tomar esta decisión se basan en el contrato negociado para el cambio. Cuando el sistema cliente ya no necesita la ayuda de la practicante para alcanzar sus objetivos de cambio, se negocia un contrato de salida. El contrato de salida pone énfasis en las evaluaciones del proceso y del producto que resumen el proceso del cambio y una disponibilidad abierta con la cual el sistema cliente o la practicante pueden renegociar la entrada de sistemas en el futuro.

La salida de sistemas iniciada por la practicante antes de que el sistema cliente haya logrado sus objetivos de cambio ocurre por lo regular cuando la practicante ya no puede proporcionar la ayuda necesaria. El contrato de salida en tales situaciones deberán incluir las evaluaciones del proceso y del producto, y la identificación de los objetivos de cambio que no se han logrado y cómo el sistema del cliente puede lograrlos. La salida de sistemas puede ser provisional, como durante una hospitalización por una enfermedad episódica, con un contrato abierto para la renegociación cuando el cliente es dado de alta del servicio de cuidados agudos y regresa con la practicante de enfermería distributiva para el cuidado primario.

## REFERENCIAS

- 1 Shirley A. Smoyak: "Toward Understanding Nursing Situations: A Transactional Paradigm". *Nursing Research*, 18, 5:407, September-October, 1969. (Smoyak quoting Bredemeier, unpublished manuscript).
- 2 *Ibid.*, p.407. (Smoyak quoting Bredemeier, unpublished manuscript).
- 3 Rose McKay: "Theories, Models and Systems for Nursing". *Nursing Research*, 18, 5:396, September-October, 1969.
- 4 *Ibid.*, p.396.
- 5 Betty Jo Hadley: "The Dynamic Interactionist Concept of Role". *Journal of Nursing Education*, 6, 2:5, 1967.
- 6 John P. Spiegel: "The Resolution of Role Conflict Within the Family". In Milton Greenblatt, *et al: The Patient and the Mental Hospital* (New York: Macmillan, 1957), p.548.
- 7 Nathan W. Ackerman: *Treating the Troubled Family* (New York: Basic Books, 1966), p.90.
- 8 Ludwig von Bertalanffy: *General Systems Theory: Foundations, Development, Applications* (New York: George Braziller, 1968), pp.211-212.
- 9 Paul Watzlawick, Janet Helmick Beavin, and Don D. Jackson: *Pragmatics of Human Communication: A Study of Interactional Patterns, Pathologies and Paradoxes* (New York: W.W. Norton, 1967), p.179.
- 10 James G. Miller: *Living Systems* (New York: McGraw-Hill, 1978), pp.9-50.



- 11 Erich Jantsch: *Design of Evaluation: Self-Organization and Planning in the Life Human Systems* (New York: George Braziller, 1975), p.37.
- 12 *Ibid.*
- 13 Grayce M. Sills: "Toward a Conceptual Base for Distributive Nursing Practice". Paper presented at Duke University School of Nursing Conference on Distributive Nursing and Mental Health, Durham, North Carolina, September 21, 1973, p.7.
- 14 Miller, *op.cit.*, p.234.
- 15 Sills, *op.cit.*, p.4.
- 16 Miller, *op.cit.*, p.234.
- 17 Smoyak, *op.cit.*, pp.407-409. (Smoyak quoting Bredemeier, unpublished manuscript).
- 18 *Ibid.*, p.410.
- 19 Marjory Gordon: *Nursing Diagnosis: Process and Application* (New York: McGraw-Hill, 1982), p.81.
- 20 Grayce M. Sills: "Mental Health Concepts for Distributive Nursing Practice". Paper presented at Duke University School of Nursing Conference on Distributive Nursing and Mental Health, (Durham, North Carolina, September 21, 1973), p.2.
- 21 Salvador Minuchin and H. Charles Fishman: *Family Therapy Techniques* (Cambridge, Massachusetts: Harvard University Press, 1980), p.68.
- 22 Daniel L. Stufflebeam, *et al.*: *Educational Evaluation and Decision-Making* (Itasca, Illinois: F.E. Peacock, 1971), p.218.
- 23 McKay, *op.cit.*, p.296.
- 24 Salvador Minuchin: *Families and Family Therapy* (Cambridge, Massachusetts: Harvard University Press, 1974), pp. 54-56.
- 25 Spiegel, *op.cit.*, p.555.
- 26 von Bertalanffy, *op.cit.*, p.44.
- 27 Antonio J. Ferreira: "Family Myth and Homeostasis". *Archives of General Psychiatry*, 9:457, 1963.
- 28 Helen Brandt Battiste: "Family Myths". In Shirley A. Smoyak (ed.): *The Psychiatric Nurse as a Family Therapist* (New York: John Wiley & Sons, 1975), p.104.
- 29 Paul Watzlawick, John Weakland, and Richard Fisch: *Change: Principles of Problem Formation and Problem Resolution* (New York: W.W. Norton, 1974), p.28.
- 30 *Ibid.*, p.28.
- 31 Jay Haley: *Reflections on Therapy and Other Essays* (Washington, D.C.: Family Therapy Institute, 1981), p.198.
- 32 Miller, *op.cit.*
- 33 Salvador Minuchin and Avner Barcai: "Therapeutically Induced Family Crisis". In Jules Masserman (ed.): *Science and Psychoanalysis* (New York: Grune & Stratton, 1969), pp.199-205.
- 34 Smoyak, *op.cit.*, p.410.
- 35 Sills, *op.cit.*, p.7.
- 36 Pamela Herriott: "One Act Equals One Reaction". In Smoyak (ed.): *The Psychiatric Nurse as a Family Therapist, op.cit.*, p.59.
- 37 Miller, *op.cit.*, p.193.
- 38 Stufflebeam, *et al.*, *op.cit.*, p.353.
- 39 *Ibid.*, p.XXV.
- 40 *Ibid.*, p.218.
- 41 *Ibid.*, pp.222-223.
- 42 *Ibid.*, pp.229-232.
- 43 *Ibid.*, p.232.

Se presenta, como un compuesto de 12 destrezas interrelacionadas de cambio, el *armamentarium* de poder de la enfermera para crear y dirigir el cambio constructivo.

## CAPITULO NUEVE

# DESTREZAS DE CAMBIO PARA LA PRACTICA DE LA ENFERMERIA

JOANNE E. HALL

Menke ha presentado el proceso de cambio como uno de los enfoques principales para la práctica de enfermería.<sup>1</sup> Hart y Herriott han identificado los componentes de la práctica de la enfermería como valoración, intervención, y evaluación de cambios relacionados con la salud que los clientes necesitan.<sup>2</sup> ¿Cuáles son, entonces, las destrezas específicas de intervención que las enfermeras necesitan para crear, mantener, y modificar cambios constructivos en los clientes y relacionados con la salud? ¿Cuáles son los sistemas con los que las enfermeras intervienen? ¿Y qué clases de cambios son apropiadas para la práctica de la enfermería? Este capítulo pretende contestar estas tres preguntas, abordándolas en orden inverso.

## CLASES DE CAMBIOS

Los numerosos cambios que las enfermeras encuentran en su práctica pueden clasificarse dentro de una o más de las siguientes cuatro categorías:

- 1 Cambios *persistentes* de primer orden que mantienen el *status quo*
- 2 Cambios *crecientes* caracterizados por transiciones predecibles que señalan el movimiento desde una *fase de desarrollo* a otra
- 3 Cambios *disruptivos* que originan *crisis o desastre* cuando las destrezas de enfrentamiento o los recursos son inadecuados
- 4 Cambios *innovativos* que modifican drásticamente los sistemas humanos de manera que se produce algo *nuevo o único*

La persistencia se considera a menudo como *no-cambio*. Sin embargo, con objeto de mantener el *status quo* en los sistemas abiertos, se requieren cambios de orden primero frecuentes para permitir que el sistema funcione dentro de límites predeterminados. Por ejemplo, si la temperatura desciende en el entorno de un individuo, será necesario, para mantener el nivel de confort de la persona, proporcionarle más ropa, bebidas calientes, aumento de ejercicio, o fuentes adicionales de calor. Si la persona es muy joven, está incapacitada, o es anciana, el resultado del descenso de la temperatura externa puede ser mucho más grave que un malestar que se haya agudizado; la hipotermia puede provocar la muerte. Por ello, es esencial mantener el *status quo* de la temperatura corporal para la supervivencia del individuo.

La persistencia es igualmente un concepto clave al abordar la cronicidad. Muchas veces, la enfermedad crónica exige una intervención vigorosa para simplemente mantener el nivel normal de funcionamiento del paciente. Con frecuencia, los clientes se descorazonan por la falta aparente de mejoría y se les hace difícil cumplir con regímenes terapéuticos que aparentemente no les sirven de nada. Cuando la curación es el estado deseado, los clientes sienten que es difícil mantener las rutinas de descanso, ejercicio, dieta, y medicación cuando parece que no se presenta cambio alguno. La interrupción del proceso de la enfermedad o la prevención de complicaciones son ideas abstractas sin significado concreto. A veces, los individuos con una enfermedad crónica deben trabajar muy duro para continuar funcionando en la misma situación. En tales casos es cuando la persistencia, en sus varias acepciones, es esencial para la salud.

Los ejemplos anteriores son casos en los que la persistencia es el cambio deseado. En otras ocasiones, la persistencia puede ser un factor complicador en la conducta del cliente relacionada con la salud. Los individuos que continúan entregándose a actividades que se sabe son perjudiciales para la salud, como el fumar y el comer con exceso, necesitan ayuda para romper con los viejos hábitos y establecer modos de vida más sanos.

Las enfermeras confrontan todos los días cambios crecientes al margen

de su área de especialización clínica. Cambios crecientes son los que se presentan en oleadas o que son cíclicos. Se caracterizan por transiciones predecibles, las que señalan el movimiento desde una fase a otra. Con frecuencia se relacionan con las etapas del desarrollo en los sistemas humanos, como el movimiento desde la niñez a la primera edad adulta durante el período de la adolescencia; la transición a la paternidad con el nacimiento del primer hijo; y la transición al menor vigor físico que acompaña a la vejez. Debido a que esos cambios son predecibles, pueden ser anticipados y puede iniciarse la preparación para hacer los cambios más manejables. La educación para el parto, los cursos de educación para padres, las reuniones preescolares, y el consejo antes de la jubilación son ejemplos de la manera en que las enfermeras enseñan a los clientes individuales y a las familias a hacer frente al cambio creciente.

Sin embargo, las fases de desarrollo, y por tanto el cambio creciente, no están restringidas al ciclo vital del individuo o la familia. White describe las etapas de desarrollo del grupo y la responsabilidad del líder del grupo para auxiliar a los miembros del grupo en las transiciones de la vida del grupo.<sup>3</sup> El cambio creciente también se da en la vida organizacional y en los ciclos económicos, los cuales, a su vez, inciden sobre la disponibilidad del cuidado de salud. A veces, la calidad predecible de esos cambios los hacen más manejables que los que se presentan inesperadamente y sin aviso, como a menudo lo hacen la enfermedad y el trauma. El cambio creciente puede incluso facilitar la salud como lo ha descrito Ayvazian en su informe de la curación familiar en un centro obstétrico.<sup>4</sup>

La crisis es el tipo de cambio que experimentan los individuos cuando sus recursos son insuficientes para enfrentarse a sus problemas. La práctica de la enfermería está llena de ejemplos de crisis, incluyendo enfermedad, trauma, separación, y muerte. Mientras que la crisis puede representar un riesgo para la salud durante el período de desequilibrio que caracteriza a la crisis, las fronteras del cliente están abiertas a entradas que en circunstancias normales el cliente podría ignorar. El *estar-ahí* de las enfermeras en los momentos de crisis les permite auxiliar a individuos, familias, y grupos a usar constructivamente la experiencia para nuevos cambios en una dirección positiva. Por ejemplo, los individuos que han padecido un infarto de miocardio tienen una apreciación diferente de la relación entre estrés y salud que la que tenían antes de padecer la enfermedad. Aunque dolorosa, la crisis frecuentemente fortalece a los individuos y les da ímpetu para reordenar las prioridades y los valores personales, los cuales puedan originar un enfoque más sano para la vida. Por ello, una crisis puede dar la oportunidad para el cambio innovativo.

La innovación es el cambio que resulta cuando sucede algo diferente o único. Puede ser un resultado positivo de una situación de crisis, presentarse espontáneamente a partir de una posición de resistencia, o ser manejada en un intento deliberado para crear algo nuevo. La innovación puede ser asociada con la nueva tecnología del cuidado de salud o puede resultar de distintos enfoques filosóficos y conceptuales, como en la modificación del estilo de vida, la salud holística, y los movimientos del potencial humano. Puede incluir innovación en clientes o en la provisión del cuidado de enfermería. Por ejemplo, con la creación de ANCER, Morris y Waters establecieron un enfoque innovador para la provisión de servicios especializados de educación y de consultación para las organizaciones de enfermería que estaban intentando desarrollar nuevos modelos de práctica.<sup>5</sup>

La persistencia, el cambio creciente, la crisis, y la innovación precisan distintas técnicas de intervención. La selección de los métodos depende del nivel de la intervención que la enfermera va a intentar y de si la intervención estará dirigida al contexto, la entrada, el proceso, o el producto del sistema que tiene necesidad de cuidado de enfermería.

## NIVEL DE INTERVENCION

El nivel de la intervención de enfermería depende de quién o qué se ha definido como cliente en una relación particular de enfermera-cliente. En la enfermería distributiva, son clientes potenciales los individuos, las familias, los grupos, las organizaciones complejas, las comunidades, y las sociedades. En cada uno de esos casos, la intervención puede ser en el nivel de sistema, subsistema, o suprasistema con objeto de auxiliar al cliente identificado. Así, el cliente identificado puede ser un paciente individual cuya intervención ya se ha iniciado en la familia del paciente (suprasistema) con el objeto de obtener la ayuda necesaria para los cambios en el estilo de vida que exige la *diabetes mellitus* y al nivel del subsistema fisiológico con la administración de insulina y el control de la dieta y el ejercicio, teniendo siempre presente al paciente como un individuo integrado de forma única que responde al proceso de la enfermedad como una entidad total. O el paciente identificado puede ser una organización compleja dentro de la cual la enfermera actúa como consultora, o el cliente puede ser cualquier otro sistema social con el que la enfermera interactúa para propósitos terapéuticos.

## DESTREZAS DE CAMBIO

Crear cambio en los sistemas humanos implica el uso de destrezas básicas de proceso, componentes de la práctica de la enfermería, y destrezas especializadas de cambio, que constituyen el *armamentarium* de poder de la enfermera como agente de cambio.<sup>6,7</sup> Son numerosas las destrezas de cambio que usa la practicante de enfermería. Se han identificado doce para describirlas aquí debido a su universalidad en la práctica de la enfermería distributiva.<sup>8</sup> Incluyen búsqueda de información, ayuda, enseñanza, supervisión, coordinación, colaboración, consultación, negociación, confrontación, cabildeo, administración, y reconciliación.

La *búsqueda de información* es el proceso cognoscitivo que cuestiona lo que se ha supuesto y busca conocimiento en la prosecución de aclaración, predicción, y control. Su propósito es aumentar el conocimiento como una base para el juicio profesional en la práctica de la enfermería.

Las enfermeras que se dedican a buscar información para promover el cambio explican el marco conceptual para la práctica clínica e identifican los supuestos básicos sobre los que se asienta su marco de referencia. Tales enfermeras practican la introspección para identificar los sesgos inherentes a su modelo para la práctica clínica. Valoran y planifican su tiempo para reflexionar sobre su práctica y analizar las situaciones clínicas de enfermería de una manera sistemática, lógica. Sintetizan tanto los datos objetivos como los subjetivos para lograr entender comprensivamente los problemas clínicos. Como practicantes que buscan información, cuestionan lo observable pero inadvertido en sí mismas y en los demás y desarrollan y ponen a prueba hipótesis acerca de problemas clínicos de enfermería. Antes que desanimarse por dilemas, ven a éstos como oportunidades para ampliar su propia perspectiva. Para un conocimiento a fondo de la práctica de enfermería, emplean informes técnicos, criterios, y hallazgos de investigación para llevar a cabo soluciones novedosas a los problemas de enfermería. Ven la práctica de la enfermería como un campo de servicio o descubrimiento, a medida que reconocen la interrelación de la práctica clínica, la investigación, y el desarrollo de la teoría. Piensan que la enfermería es por igual un proceso cognoscitivo y destrezas técnicas.

La *ayuda* es una destreza que implica un proceso con propósito, dinámico, dentro de una relación limitada de tiempo que se dirige hacia la posibilidad de que el cliente alcance un nivel más satisfactorio de funcionamiento en las distintas situaciones de la vida. El propósito de ayudar es facilitar que el cliente enfrente con eficacia las situaciones, con la meta eventual de la autodirección. El interés se centra en la necesidad

de cuidado de salud que el cliente tiene antes que en la necesidad de ayudar.

Las practicantes que usan el proceso de ayuda al trabajar con clientes identifican las necesidades de salud de poblaciones que buscan ayuda y las de las que no la buscan y se ofrecen a sí mismas como personas terapéuticas interesadas en auxiliar a los clientes que están experimentando dificultades en la vida. Tal tipo de intervención puede ser en el nivel individual, de familia, de grupo, o de organización compleja. Mientras desarrollan relaciones en las que los clientes son respetados y dignos de confianza, las enfermeras que ayudan proporcionan a los clientes libertad para actuar y vivir según sus propias elecciones. Esto se lleva a cabo siendo sensibles a los sentimientos, las necesidades, y las intenciones personales de los clientes, con la necesaria consideración hacia las diferencias culturales entre clientes y practicantes. Los asuntos más importantes consisten en auxiliar a los clientes a mantener su ansiedad en niveles manejables y a reforzar sus intentos para resolver problemas. Las practicantes expertas auxilian a los clientes a identificar disparidades entre lo que es y lo que se desea y a buscar conductas alternativas como medios de crear cambio en sus situaciones vitales. Como profesionales que ayudan, las enfermeras auxilian a los clientes a desarrollar modos transaccionales eficaces para cubrir las exigencias de mantenimiento de sus propios sistemas y para funcionar adecuadamente en la satisfacción mutua de las relaciones recíprocas de rol con la demás gente significativa en su entorno. Quienes ayudan diestramente con frecuencia levantan los ánimos, plantean paradojas, emplean experiencias de transición, o reconstruyen una y otra vez los problemas para promocionar el crecimiento del cliente. A menudo trabajan con personas que acaban de sufrir una pérdida. En tales situaciones, las enfermeras pueden recurrir a recordar los éxitos pasados de enfrentamiento como medios de reforzar el funcionamiento del individuo en la actual situación de crisis. Auxilian a los clientes a ver y usar la crisis como una oportunidad para el cambio creativo. A la vez, frecuentemente deben trabajar por superar su propia ansiedad, en especial durante la fase terminal de la relación de ayuda. A lo largo de todo el proceso de ayuda, las practicantes eficientes usan un modelo adecuado para evaluar el proceso del cliente y la eficacia de sus propias intervenciones.

La *enseñanza* es la habilidad para auxiliar a los demás a adquirir conocimiento relacionado con la salud, destrezas, y valores que fomenten y mantengan un funcionamiento cognoscitivo, interpersonal, y psicomotor. El enfoque de la enseñanza como destreza de cambio es sobre las necesidades del aprendizaje y de los logros del aprendiz con objeto de

que éste sea capaz de funcionar eficazmente. Los aprendices pueden ser los clientes u otros proveedores del cuidado de salud.

Cuando se enseña, las enfermeras valoran las necesidades de aprendizaje relacionadas con la salud de los individuos y poblaciones y la adecuación del tiempo para el aprendizaje. Formulan objetivos de conducta apropiados para las necesidades identificadas de aprendizaje relacionadas con la salud del cliente y toman en consideración los recursos disponibles en la situación. Proyectan e implementan un plan para la educación de salud y una guía de conducta, poniendo énfasis en las maneras de promocionar y mantener la salud y prevenir la enfermedad y la invalidez. Como maestras, las enfermeras evalúan la eficacia de sus planes de aprendizaje en función de su influencia sobre la conducta relacionada con la salud del aprendiz. Mientras que los datos relativos a la *salida* cuantitativa pueden ser necesarios para informes administrativos, las educadoras eficaces de salud también se preocupan por los *resultados* de sus intervenciones para juzgar su propia eficacia.

La *supervisión* incluye la habilidad para auxiliar a la gente a funcionar con eficacia guiando su desarrollo profesional e incrementando sus destrezas de desempeño. El propósito del proceso de supervisión es incrementar la habilidad de los miembros del personal con la meta de alcanzar su autonomía profesional. Durante décadas, las supervisoras de enfermería han supervisado y administrado a la vez. De hecho, en muchos casos el supervisor tenía muy poca supervisión tal como la definimos aquí, y más bien se ocupaba de la política administrativa; el desarrollo del personal era más bien un asunto incidental. Los procesos de supervisión y de administración se definen en este capítulo como dos destrezas de cambio muy distintas, si bien pueden ser los dos métodos más importantes usados en una sola posición dentro de un sistema social.

Las enfermeras que usan el proceso de supervisión necesitan clarificar su propia filosofía de la práctica profesional y de la supervisión para ayudar a las demás a lograr la misma meta. La supervisión exitosa se basa en un interés genuino por el miembro del personal como individuo. Aún más, las enfermeras que emplean la supervisión como destreza de cambio hallarán útil si se convierten en modelos de rol de las conductas que están ayudando a que adopten las demás. Aunque su enfoque se centra en el crecimiento del personal, las supervisoras necesitan valorar y tomar decisiones acerca del desempeño del personal sobre la base de la política de la agencia y las expectativas profesionales. Las supervisoras necesitan clarificar sus expectativas del personal, reforzar los aspectos satisfactorios del desempeño del personal, e iniciar discusiones respecto de los aspectos no satisfactorios del desempeño. De sus interacciones,



debe surgir un plan para el crecimiento profesional que ayude al personal a adquirir las destrezas necesarias para un desempeño satisfactorio. Mientras se vigila la calidad del cuidado al cliente por parte del personal contra estándares reconocidos de excelencia, puede ser necesario que la supervisora intervenga directamente si se presenta un problema de proteger al cliente. Tal situación debe manejarse con delicadeza para ayudar al miembro del personal a mejorar su desempeño profesional. A veces, la supervisora de enfermería puede verse frente a conflictos y a la necesidad de reconciliar incongruencias entre la política de la agencia y su propia filosofía de la enfermería.

La *coordinación* es la habilidad para unificar diversos enfoques del cuidado de salud de tal modo que sea posible proveer cuidado de salud de calidad. El cuidado de salud de calidad exige los esfuerzos de casi todos los profesionales de la salud, cuyas actividades requieren coordinación con objeto de proporcionar al cliente un sistema organizado de cuidado.

Como parte del proceso de coordinación, las enfermeras valoran las necesidades y las metas de una situación particular de cuidado de salud e identifican también las destrezas, la competencia, y los recursos de los distintos trabajadores dentro del sistema. Se necesita colaboración para desarrollar planes logísticos que armonicen las actividades de los individuos con diversas destrezas. La comunicación entre los individuos implicados es de importancia vital para ayudar a los proveedores de servicios a alcanzar las metas del sistema de cuidado de salud. La evaluación de los esfuerzos de coordinación revela cambios en los intentos de coordinación que se necesitan para desarrollar un sistema organizado de cuidado.

La *colaboración* es trabajar en conjunto con un espíritu igualitario para alcanzar las metas definidas y deseadas mutuamente. Las metas se logran a través de un proceso de identificación y acuerdo mutuos. El foco se centra sobre la mutualidad del proceso. En una colaboración auténtica todas las partes cambian en modos inesperados. Los sentimientos y los conceptos del *mí* son reemplazados por el *nosotros* o el *para nosotros*, y el *nosotros* o el *para nosotros* es distinto por el proceso de la colaboración.

Las enfermeras que funcionan colaborativamente son capaces de atraer relaciones colegiales mediante la demostración de sus competencias profesionales. También colaboran con los clientes en definir y perseguir las metas y prioridades del cliente. Hart y Herriott puntualizan que colaborar con los clientes es parte esencial del proceso de enfermería.<sup>9</sup> Al colaborar con los clientes, las enfermeras reconocen en ellos sus dere-

chos y opciones y evitan los casos de co-optación de los clientes y competir con los clientes y los demás profesionales del cuidado de salud. El trabajo interdisciplinario es apreciado por sus oportunidades de colaboración.

La *consultación* es un proceso interaccional entre profesionales en el que el consultor comparte conocimiento especializado y pericia para auxiliar a la persona que consulta a solucionar problemas relacionados con el trabajo dentro del marco del funcionamiento profesional de la persona que consulta. El foco se dirige sobre el crecimiento de la persona que consulta. La consultación difiere de los demás procesos de cambio en que la persona que consulta es libre de aceptar o rechazar las recomendaciones del consultor. Por ello, la enfermera que usa la consultación como enfoque para crear cambio confía en el poder del conocimiento más que en la posición o el control dentro de una organización.

La consultación puede emplearse a nivel individual, de grupo, de organización, o de comunidad. El proceso se inicia con la formulación de un contrato consultivo que define la autorización inicial para la entrada de sistemas, descubre mutuamente lo convenido en términos de la relación consultiva, y se encarga de la evaluación y la renegociación de contrato a intervalos adecuados. Dylag ilustra esos aspectos de la consultación en su elaboración de una red preventiva dentro de un sistema escolar.<sup>10</sup>

Otro aspecto de la utilización de la consultación es el desarrollo de canales de comunicación que permite el acceso fácil de la enfermera-consultora a personas significativas en el sistema de la persona que consulta, al mismo tiempo que protege el carácter confidencial del material compartido por la persona que consulta. La interacción entre consultor y persona que consulta se centra sobre los problemas relacionados con el trabajo de la persona que consulta. Por ello, el consultor declina ofrecer a la persona que consulta consejo o terapia personales y concede a la persona que consulta autoridad profesional total, dignidad, y responsabilidad para ocuparse del segmento de su problema que se expone en la situación presente de trabajo.

La *negociación* es el proceso de regateo para obtener un acuerdo en el que las personas involucradas establecen los términos de un contrato para su satisfacción mutua. La negociación es una destreza que es útil en todos los niveles de los sistemas. Con objeto de regatear con eficacia, las enfermeras necesitan identificar sus propias expectativas como una base para iniciar la negociación. Es esencial distinguir los puntos con los que se desea comprometerse y aquellos que no se desea modificar. La negociación exitosa implica expectativas de comunicación de una manera clara, sin ambigüedades. Escuchar es también esencial para aprender las expectativas de los demás con objeto de identificar áreas de acuerdo y

desacuerdo. El foco deberá dirigirse a los temas importantes más que a los motivos implícitos. A veces es útil hacer comentarios sobre el proceso que está llevándose a cabo para clarificar un tema o aumentar el sentido de mutualidad. Las negociadoras expertas intentan ampliar las áreas de consenso y buscar una perspectiva mayor que permita la reconciliación de las diferencias. Una vez que se ha logrado un acuerdo y se han aceptado los términos finales, es esencial cumplir los términos honradamente. Tal seguimiento de principio a fin vigoriza la confianza y facilita las negociaciones entre las partes cuando se presenten diferencias.

La *confrontación* forma parte frecuentemente del proceso de negociación. La confrontación sin rencor es una destreza útil. La confrontación es el proceso de aumentar el conocimiento de las distintas percepciones de la realidad a través de un encuentro comunicativo frente a frente. La confrontación es un proceso que alienta una alianza de trabajo con personas que sostienen diferentes puntos de vista. La destreza en la confrontación implica una valoración cuidadosa del estado de desavenencia entre las personas implicadas y la idoneidad de la confrontación como intervención. Se evalúan los resultados probables de la confrontación en función de costos y beneficios. Debe evitarse el uso prematuro de la destreza, y reservar la confrontación verdaderamente heroica, sorpresiva, dramática, o de la importancia del choque, para situaciones interpersonales de emergencia. La sensibilidad para los puntos de vista de los demás es esencial como lo es estar alerta a los mensajes abiertos o encubiertos. Deberá solicitarse aclaración cuando los mensajes no sean claros, cuando sean confusos, o conflictivos. La confrontación exitosa logra la armonía entre conceptos, sentimientos, palabras, y acciones. Es útil si la enfermera que está usando la confrontación como una destreza para llevar a cabo un cambio toma la iniciativa en señalar las diferencias en las percepciones, y ayuda a mantener la atención de la conversación en los temas involucrados más que sobre las características personales. Cuando el foco se vuelve borroso, es esencial la reorientación hacia los temas. Los individuos pueden estar intensamente involucrados en el encuentro confrontativo sin que parezca que están en lucha con los demás o sin perder el autocontrol. Por encima de todo, la confrontación exige mantenerse abiertos al cambio de la propia conducta.

El *cabildeo* es una destreza de cambio que las enfermeras están usando cada vez más para lograr metas profesionales. Consiste en el proceso de influir en los trámites y la aprobación de una ley, en el establecimiento de políticas, y en la implementación de decisiones administrativas con base en intereses especiales. La meta del cabildeo es una decisión favorable para uno mismo o para la causa de uno. Cuando se usa en situaciones

profesionales, el cabildeo está guiado por las metas y los estándares de la profesión. Implica acercarse a las personas poderosas y buscar influir en sus acciones en favor de los clientes, del cuidado de la salud, y la enfermería profesional. Es útil para cultivar relaciones con legisladores y ejecutores de planes gubernamentales más que buscar su ayuda. Se puede dar apoyo a sus intereses especiales como algo adecuado en previsión de provechos futuros recíprocos. Con frecuencia, las personas en el poder están mal informadas acerca de las metas y capacidades de la enfermería profesional. La interpretación de la enfermería como una disciplina de práctica aumenta su comprensión de temas relevantes para la práctica de la enfermería y la probabilidad de su ayuda en asuntos de enfermería.

La *administración* es el proceso de la determinación e implementación de políticas que alcancen los propósitos y las metas de una organización. Se trata de una destreza que se interesa en la filosofía, el propósito, las políticas, los procedimientos, y las prácticas de las organizaciones complejas y en individuos que componen el sistema que va a ser administrado. La administración, como una destreza de proceso, crea cambio al traducir el propósito abstracto de un sistema social a programas concretos que afectan a los clientes y a otras organizaciones sociales.

Cuando se usa el proceso administrativo para crear cambio, la enfermera debe aceptar el propósito de la organización como base para desarrollar las metas de la organización y traducir esas metas en programas con objetivos específicos que contribuyan al logro del propósito de la organización. La enfermera administradora que es diestra usa el poder y el proceso de toma de decisiones creativamente para poner en acción el talento de los miembros de la organización. Se emplean los dos canales de comunicación, el formal y el informal. Debe abordarse el conflicto interpersonal y organizacional. La administradora sensible muestra interés por los individuos que conforman el sistema, a la vez que instituye mecanismos de control para vigilar el trabajo de la organización, asegurar concordancia con los estándares establecidos, y coordinar los esfuerzos organizacionales.

A veces surgen disparidades entre la filosofía de la organización y las opiniones mantenidas por algunos de sus miembros. Es difícil resolver las disparidades entre los valores de la organización y los personales. No siempre es posible o deseable cambiar los valores, y muchas veces los miembros no tienen opción de dejar una organización para trabajar en otra organización cuyos valores concuerden más estrechamente con los de ellos. Sin embargo, las enfermeras necesitan destreza en la reconciliación cuando intentan manejar conflictos.

La *reconciliación* es el proceso de resolver contradicciones o dilemas. Su propósito es el manejo de conflictos a través del uso de la construcción alternativa. Se hace hincapié en la transición hacia perspectivas más amplias que puedan abarcar posiciones múltiples, aparentemente paradójicas. Por ejemplo, se le puede dar la vuelta al adagio de que no se pueden mezclar peras y manzanas si se definen como frutas las peras y las manzanas, lo que permite colocarlas en la misma categoría de fenómenos. El de reconciliación es un concepto integrador que implica una perspectiva más amplia y funcional, y que es señal de adaptación y crecimiento. La destreza en reconciliación implica reestructuración, levantar los ánimos, empleo del sentido del humor, formulación de nuevas generalizaciones, y pensamiento creador. La reconciliación es un proceso de devenir en el cual el valor más importante de un punto de vista prevaleciente es que puede ser descartado a favor de un marco conceptual más abarcador.<sup>11</sup>

La reconciliación es una de las destrezas principales en el manejo de conflictos. Frecuentemente se ve al conflicto negativamente como algo que debe ser evitado. Desde una perspectiva más amplia, el conflicto puede ser positivo o negativo; eso depende de su uso. Debido a que el conflicto es inherente a la vida de las organizaciones, su uso creativo es ineludible para las enfermeras que desean crear cambio.

Thomas ha identificado dos modelos de conflicto que ocurren entre los sistemas sociales. Esos sistemas pueden ser individuos, familias, grupos, u organizaciones. Los dos modelos son el modelo de proceso y el modelo estructural. Un modelo de proceso de conflicto trata de entender el conflicto estudiando la dinámica interna de los episodios del conflicto. En este enfoque, el objetivo es identificar los acontecimientos dentro del episodio y descubrir el efecto de cada acontecimiento sobre los acontecimientos siguientes, en el entendido de que tal acontecimiento ayudará a conocer qué efectos ha tenido la propia conducta de uno sobre los demás, y de tal modo ser capaz de guiar la interacción hacia un resultado deseable. En el enfoque estructural para entender las situaciones de conflicto, el objetivo es estudiar cómo las condiciones subyacentes dan forma a los acontecimientos e identificar parámetros que influyan en el comportamiento de conflicto. De este modo, se pueden modificar las variables influyentes para producir cambios a largo plazo en la situación.<sup>12</sup> Sherrow usa ambos enfoques en sus intervenciones con familias que están atravesando por crisis de vecindad.<sup>13</sup>

Sherrow también ejemplifica técnicas específicas facilitadoras identificadas por Thurkettle y Jones como esenciales para el empleo constructivo del conflicto. Esas técnicas requieren comunicación abierta y flujo de información, mantener la atención en la interacción sobre los asuntos

**CUADRO 9-1 DESTREZAS DE CAMBIO PARA LA PRACTICA DE LA ENFERMERIA**

DESTREZA	DEFINICION	PROPOSITO(S)	META(S)	ENFOQUE(S)
Búsqueda de información	Habilidad para pensar críticamente, cuestionar lo supuesto, y generar conocimiento	Aumentar el conocimiento	Aclaración Predicción Control	Proceso cognoscitivo Estructura del conocimiento
Ayuda	Habilidad para ayudar a los clientes a alcanzar un nivel satisfactorio de funcionamiento en distintas situaciones de la vida	Facilitar que los clientes enfrenten con eficacia las situaciones	Autodirección	Las necesidades de cuidado de la salud del cliente
Enseñanza	Habilidad para ayudar a los clientes y a otros a adquirir conocimiento relacionado con la salud, destrezas, y valores	Impartir conocimiento, desarrollar destrezas e imbuir valores	Funcionamiento eficaz cognoscitivo, interpersonal y psicomotor	Necesidades de aprendizaje relacionadas con la salud y logros
Supervisión	Habilidad para ayudar a los demás a incrementar sus destrezas de desempeño	Incrementar la experiencia profesional	Autonomía profesional	Destrezas de desempeño en el supervisado
Coordinación	Habilidad para llevar a cabo actividades de cuidado de salud	Unificar las acciones de los proveedores de cuidado de salud	Entrega de cuidado de salud de calidad	Sistema de cuidado de salud
Colaboración	Habilidad para trabajar juntos de una manera igualitaria	Persecución de metas comunes	Definidas y deseadas conjuntamente	Mutualidad de la interacción en la persecución de metas
Consultación	Habilidad para compartir experiencia en una forma útil para los demás	Compartir experiencia con individuos que saben menos	Soluciones a los problemas Desarrollo profesional de la persona que consulta	Problemas relacionados con el trabajo Crecimiento de la persona que consulta
Negociación	Habilidad para regatear	Asegurar el acuerdo	Satisfacción mutua, contrato con el que se pueda trabajar	Logro de la meta
Confrontación	Habilidad para incrementar la concientización de percepciones distintas mediante comunicaciones directas	Aumentar la concientización	Entendimiento del sí mismo o de los demás Comunicación eficaz	Diferencias perceptuales Enfoque directo
Cabildeo	Habilidad para influir en la toma de decisiones	Avanzar en las metas	Toma de decisiones favorable	Autointereses
Administración	Habilidad para determinar políticas	Lograr los propósitos de una organización	Determinación de políticas, implementación, control y evaluación	Filosofía organizacional, propósito, políticas, procedimientos y prácticas
Reconciliación	Habilidad para usar puntos de vista antagónicos con objeto de crear soluciones alternativas	Resolver contradicciones y dilemas	Manejo de conflictos Construcciones alternativas Crecimiento	Transiciones hacia perspectivas más amplias

más que sobre las personalidades de los actores, y compartir mutuamente la responsabilidad por la situación de conflicto. El empleo de la reconciliación como detreza de cambio exige que la enfermera sea neutral cuando trata de ayudar a individuos y grupos en conflicto. Esta posición puede alcanzarse estructurando una confrontación entre las partes involucradas en la cual a cada participante se le da la oportunidad para reafirmar su punto de vista de la situación y se le permite igual tiempo para responder a cada punto señalado por la otra parte. Los intercambios deben ser cortos y espaciados para que las personas tengan varias oportunidades de exponer sus puntos de vista. Puede mantenerse la atención sobre los asuntos señalando la tarea que está ante los individuos más que hablando sobre las personas. Los asuntos deben ser específicos, sustanciales y manejables. Deben evitarse los puntos tangenciales si no tienen que ver con la situación presente. Cuando se actúa como reconciliadora, es esencial replantear los asuntos frecuentemente y resumir la discusión a ratos para mantener el foco del aquí-y-ahora de la comunicación. Se les debe dar tiempo a los participantes para estar de acuerdo con los resúmenes o cuestionarlos. El lenguaje debe ser comprensible para todos los participantes. Se aclararán los términos empleados para que se desarrolle un entendimiento común de símbolos. Se alentará la retroalimentación provocando reacciones y dando pie a respuestas y preguntas. La enfermera necesita auxiliar a los participantes a moverse hacia la resolución de los asuntos tratando de descubrir lo que desean los participantes, lo que piensan los participantes que debería cambiar para alcanzar lo que se desea, y lo que los participantes son capaces de hacer, y desean,

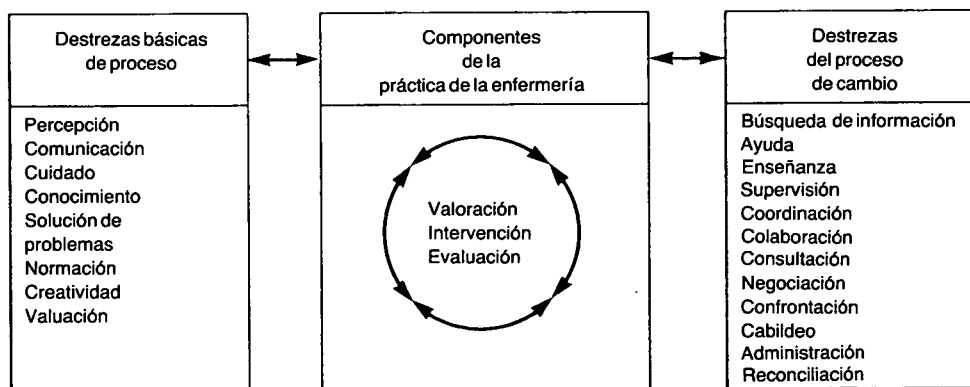


FIGURA 9-1  
Un sistema de procesos para la práctica de la enfermería.

para alcanzar sus objetivos. Así, puede negociarse un contrato que sirva como plan para el cambio en la situación.<sup>14</sup>

Tomadas en conjunto, las doce destrezas de cambio discutidas aquí, y que se resumen en el cuadro 9-1, constituyen un recurso poderoso de competencia para la enfermera que desea trabajar no sólo con los individuos sino también con las distintas redes humanas que caracterizan a la sociedad. Las destrezas son generales, tal vez universales para todos los profesionales de los servicios humanos, por lo que proporcionan a la enfermera un *armamentarium* en común con sus colegas.

## CALIDAD DE LA INTERRELACION DE LAS DESTREZAS DE PROCESO

En la parte III, La enfermería como proceso, se han presentado los tres niveles de las destrezas de proceso. Incluyen las destrezas básicas de proceso, los componentes de la práctica, y las destrezas del proceso de cambio. Su interrelación se muestra en la figura 9-1, pero el esquema no capta su naturaleza esencial de progreso, de repetición, y de interrelación dentro de la práctica. Sin embargo, se han incorporado ilustraciones de su uso en la práctica a lo largo de la parte VI: Aplicaciones clínicas.

## REFERENCIAS

- 1 Edna M. Menke: Chapter 5: Persistence, Change and Crisis (in this text).
- 2 S. Kay Hart and Pamela R. Herriott: Chapter 8: Components of Nursing Practice: A Systems Approach (in this text).
- 3 Eleanor M. White: Chapter 12: Conceptual Basis for Nursing Intervention with Groups (in this text).
- 4 Andrea Ayvazian: Chapter 26: Family Healing: An Outcome of Family Centered Maternity Care (in this text).
- 5 Patricia Romick Morris and Phyllis Jean Waters: Chapter 42: ANCER: A Pioneering Effort in Distributive Nursing (in this text).
- 6 Joanne E. Hall: Chapter 7: Basic Process Skills for Nursing Practice (in this text).
- 7 S. Kay Hart and Pamela R. Herriott: Chapter 8: Components of Nursing Practice: A Systems Approach (in this text).
- 8 Joanne E. Hall: "Identification of the Processes Essential to the Teaching-Learning of Distributive Nursing Practice". Unpublished doctoral dissertation, 1979.
- 9 S. Kay Hart and Pamela R. Herriott: Chapter 8: Components of Nursing Practice: A Systems Approach (in this text).
- 10 Helen M. Dylag: Chapter 41: Elaboration of Preventive Networks (in this text).
- 11 Sidney M. Jourard and Dan C. Overlade: *Reconciliation: A Theory of Man Transcending* (Princeton: D. Van Nostrand, 1966).
- 12 Kenneth Thomas: "Conflict and Conflict Management". In Marvin D. Dunnette: *Handbook of Industrial and Organizational Psychology* (Chicago: Rand McNally College Publishing Co., 1976), pp.879-935.



- 13 Vicki Sherrow: Chapter 38: A Multifamily Approach to Neighborhood Crisis Intervention (in this text).
- 14 Mary Ann Thurkettle and Susan Jones: "Conflict as a Systems Process: Theory and Management". *Journal of Nursing Administration*, 8:39-43, January 1978.

## BIBLIOGRAFIA

- Argyris, Chris and Schon, Donald A. *Theory in Practice: Increasing Professional Effectiveness*. San Francisco: Jossey-Bass Publishers, 1974.
- Bennis, Warren G. *Changing Organizations*. New York: McGraw-Hill, 1966.
- Bennis, Warren G.; Benne, Kenneth D.; Chin, Robert; and Corey, Kenneth E. *The Planning of Change*, ed.3. New York: Holt, Rinehart and Winston, 1975.
- Blake, Robert R. *Consultation*. Reading, Massachusetts: Addison-Wesley Publishing Co., 1976.
- Burke, W. Warner and Hornstein, Harvey, A. *The Social Technology of Organization Development*. La Jolla, California: University Associates, 1972.
- Caplan, Gerald. *The Theory and Practice of Mental Health Consultation*. New York: Basic Books, 1970.
- Combs, Arthur W.; Avila, Donald L.; and Purkey, William W. *Helping Relationships: Basic Concepts for the Helping Professions*. Boston: Allyn and Bacon, 1978.
- Carkhuff, Robert R. *Helping and Human Relations: A Primer for Lay and Professional Helpers, Volume II: Practice and Research*. New York: Holt, Rinehart and Winston, 1969.
- Egan, Gerald. *The Skilled Helper: A Model for Systematic Helping and Interpersonal Relating*. Monterey, California: Brooks/Cole Publishing Co., 1975.
- Francis, Dave and Woodcock, Mike. *People at Work: A Practical Guide to Organizational Change*. La Jolla, California: University Associates, 1975.
- Huse, Edgar. *Organization Development and Change*. St. Paul, Minneapolis: West Publishing Co., 1980.
- Jacobs, Alfred and Spradlin, Wilford. *The Group as Agent of Change*. New York: Behavioral Publications, 1974.
- Kaplan, Abraham. *The Conduct of Inquiry*. Scranton, Pennsylvania: Chandler Publishing Co., 1964.
- Karrass, Chester L. *The Negotiating Game*. New York: Thomas Y. Crowell Co., 1970.
- Mosher, Ralph and Purpel, David E. *Supervision: The Reluctant Profession*. Boston: Houghton Mifflin, 1972.
- Rothman, Jack. *Planning and Organizing for Social Change*. New York: Columbia University Press, 1974.
- Ruesch, Jurgen. *Knowledge in Action: Communication, Social Operations and Management*. New York: Jason Aronson, 1975.
- Schein, Edgar H. *Professional Education: Some New Directions*. New York: McGraw-Hill, 1972.
- Walton, Richard E. *Interpersonal Peacemaking: Confrontations and Third-Party Consultation*. Reading, Massachusetts: Addison-Wesley Publishing Co., 1969.
- Watzlawick, Paul; Weakland, John; and Fisch, Richard. *Change, Principles of Problem Formulation and Problem Resolution*. New York: W.W. Norton, 1974.
- Watzlawick, Paul. *The Language of Change: Elements of Therapeutic Communication*. New York: Basic Books, 1978.

## CUARTA PARTE

# **BASES CONCEPTUALES PARA LA INTERVENCION DE LA ENFERMERIA CON LOS SISTEMAS HUMANOS**

Se tratan en esta parte cinco clasificaciones de sistemas humanos como tipos de clientes. Se presentan como base para la intervención de enfermería conceptos y teorías relacionados con individuos, familias, grupos, organizaciones complejas, y comunidades. La intervención, como la usamos aquí, es un término genérico que incluye el acceso a los sistemas, su valoración, y la contratación; las estrategias y tácticas de la intervención; el contexto, la entrada, el proceso, y la evaluación del producto; y la salida del sistema tal como la elaboraron Hart y Herriot en su exposición de los componentes de la práctica de la enfermería (capítulo 8).

En su exposición de la intervención de la enfermería con los individuos (capítulo 10), Menke emplea un marco de referencia conceptual en el que las personas son vistas holísticamente desde una perspectiva de enfermería más que como un modelo médico. Para comprender a los individuos, Menke busca respuesta a cuatro preguntas: ¿Qué hace humanos a los seres humanos? ¿Qué es la naturaleza humana? ¿Qué es la orientación de valor del individuo? ¿Qué llegará a ser el individuo en el futuro? Las respuestas a esas preguntas apuntan hacia su filosofía personal acerca de la gente, la que influye en su práctica profesional. Menke presenta el concepto del “sí mismo” y relaciona la teoría del rol a los individuos

como clientes, dándonos así los conceptos que Menke considera son los más importantes en el cuidado de los individuos.

En el capítulo 11, Boyd define a la familia como una red social significativa que tiene poderosas implicaciones para la salud de sus miembros. En el curso de su desarrollo, el sistema familia sufre muchos períodos de transición que alteran su estructura. Estos cambios de desarrollo, o normativos, como Boyd los llama, se acompañan a veces de cambios paranormativos o impredecibles que pueden desembocar en crisis familiares. En otros momentos, los cambios paranormativos surgen sin tener relación con el movimiento desde un estado del ciclo de la vida de la familia a otro. Esos períodos de transición familiar, o tiempos de cambio, son una oportunidad para ayudar a las familias a que usen el potencial de crecimiento que está presente en las situaciones de crisis real o potencial. El *estar-ahí* de la enfermera, o su disponibilidad natural en tales momentos, hace de ella el proveedor de elección de salud-cuidado para la familia.

Boyd presenta el estudio del caso de una familia y lo analiza desde cinco perspectivas teóricas. Ese análisis ilustra el impacto de la teoría sobre la práctica y ayuda a la practicante a identificar las bases teóricas apropiadas para las acciones de enfermería. Las teorías específicas consideradas son la de rol, la de desarrollo, la de la comunicación, la de la crisis, y la teoría del aprendizaje social. Como la enfermera usa todas ellas, y más, como fundamento para sus juicios clínicos, Boyd concluye abogando por un enfoque ecléctico, debido a que ninguna teoría es lo suficientemente comprehensiva para explicar todos los aspectos de la enfermería familiar.

White, al discutir los grupos (capítulo 12), recoge una gran cantidad de información acerca de los tipos de grupos, propiedades, aspectos estructurales, relaciones, procesos de comunicación, socialización, control, liderazgo, y fases de desarrollo del grupo. Retoma los conceptos previamente presentados, como el de norma y el de rol, y muestra su importancia en el nivel de grupo. Además, describe los patrones emergentes de la intervención del grupo por las enfermeras. Las ilustraciones que incluye en su trabajo y el alcance de su colaboración en este libro nos hablan de su propia experiencia como líder de grupo y terapeuta.

En el capítulo 13, Hall emplea el modelo CIPP (mencionado por Hart y Herriott en el capítulo 8 al discutir los componentes de la práctica de enfermería) como un paradigma de sistemas para la valoración de las organizaciones complejas. El propósito de este capítulo es presentar conocimiento apropiado para las organizaciones complejas como el contexto en el que se distribuye el cuidado de salud. Hall hace notar que las

organizaciones complejas no están solas, sino que más bien son parte de una jerarquía de sistemas sociales, y como tales sirven de eslabón entre grupos y comunidades. Mientras que su discusión de los mitos y juegos organizacionales puede considerarse una caricatura de la vida organizacional, los mitos y los juegos proveen un modo ameno de ver las organizaciones y contribuye a la supervivencia del individuo en los sistemas sociales de poder.

Los cambios de diseño estructural y las intervenciones del proceso son dos categorías de intervenciones en el nivel organizacional presentado por Hall. Relaciona esas estrategias con las destrezas de cambio que había discutido en el capítulo 9. En consecuencia, describe la enfermería como proceso en el nivel organizacional. A este respecto, los lectores con interés especial en las organizaciones complejas pueden encontrar útil revisar el capítulo 4 sobre organización social y el capítulo 9 sobre las destrezas de cambio para la práctica de la enfermería. Las aplicaciones clínicas de este material se encontrarán en la parte VI. De especial importancia son el capítulo 39: *Análisis comparativo de las agencias clínicas*, por Will y Sherrow; el capítulo 40: *Uso terapéutico del "sí mismo" en el nivel organizacional*, por Didlick, y el capítulo 41: *Elaboración de las redes preventivas*, por Dylag.

Weaver concluye la parte IV con una discusión de las comunidades en el capítulo 14. Weaver ve la comunidad como un sistema de gente que vive una relación que tiene implicaciones para la promoción, el mantenimiento, y la restauración de la salud de sus miembros. Las comunidades están compuestas de individuos, familias, grupos, y organizaciones complejas. Por ello, el conocimiento discutido en los demás capítulos de la parte IV es idóneo para el suministro del cuidado de salud comunitaria y la práctica de la enfermería distributiva.

Este capítulo desarrolla los conceptos de persona, del “si mismo”, y de rol como una base para la intervención de enfermería con los individuos y como base para comprender a los seres humanos conforme se interrelacionan mediante redes sociales significativas.

## CAPITULO DIEZ

# **BASES CONCEPTUALES PARA LA INTERVENCION DE LA ENFERMERIA CON LOS INDIVIDUOS**

EDNA M. MENKE

Tradicionalmente, la enfermería ha estado implicada con la provisión de cuidado a los individuos. El modo como la enfermera concibe a los seres humanos influye directamente en el modo en que se proporciona el cuidado al cliente individual. En los primeros tiempos de la enfermería, la persona se consideraba a partir del modelo médico –como el *paciente* con una disfunción de determinada parte del cuerpo. Del paciente nos referíamos a menudo como “el hombre con infarto de miocardio” o “la mujer con perforación de apéndice”. El concepto orientado médicamente se centraba en la disfunción física de la persona. Como resultado, el cuidado de enfermería se centraba en ayudar al médico a reparar la disfunción del paciente. La mayor parte del cuidado que se daba era episódico por naturaleza. Todavía algunas enfermeras conciben a la gente conforme al modelo médico.

Después, se fue viendo a la gente en función de su enfermedad, psique, y espíritu. El cuidado de enfermería seguía centrándose en los aspectos físicos del cuidado, pero se ponía atención a las necesidades psicológicas y espirituales del paciente. La gente no se veía holísticamente, sino de una manera fragmentada.

Hoy, muchas enfermeras tienen un concepto holístico de la gente como seres humanos completos más que como partes fragmentadas. Este concepto considera todas las dimensiones del individuo; en consecuencia, el modo como se provee el cuidado de enfermería es diferente. El concepto holístico es compatible con la teoría general de sistemas según la cual el todo es más grande que la suma de sus partes. Las personas se consideran partes interrelacionadas, interactuantes, e interdependientes de redes sociales significativas. Los conceptos del “sí mismo” y de rol son igualmente útiles para entender a los seres humanos. En el concepto holístico, el individuo asume una responsabilidad mayor por el “sí mismo”, incluido el cuidado de salud. Se considera que un estado de salud individual es consecuencia de las elecciones que se hacen en la vida. La salud holística es el funcionamiento completo en las dimensiones físicas-mentales-sociales-espirituales.<sup>1</sup>

Ampliando el concepto holístico de los seres humanos, las enfermeras están ya usando los modelos de enfermería más que un modelo médico. Algunos de estos ejemplos son el modelo de sistemas de Newman, el modelo del autocuidado de Orem, y el modelo de adaptación de Roy.<sup>2-5</sup> Hay consenso entre estos modelos y otras autoridades de enfermería en que el propósito de ésta es la promoción de la salud, si bien existe una gran diversidad de definiciones de salud usadas en los modelos de enfermería.<sup>6</sup> En este capítulo se emplea la definición de salud de Dunn, que es “un método integrado de funcionamiento orientado hacia la *maximización* del potencial de que es capaz el individuo. Ello exige que el individuo mantenga un *continuum* de equilibrio y dirección con propósitos dentro del entorno en que se desenvuelve”.<sup>7</sup> En un modelo de enfermería se ayuda al individuo a mantener o a crear un estado de salud lo más saludable que sea posible. Por consiguiente, la intervención de enfermería debería ayudar a cada individuo a enfrentar su situación presente y a aprender nuevas estrategias que lo capaciten para maximizar su potencial, mantener un estilo de vida todo lo normal que sea posible dentro de sus capacidades, y alcanzar el nivel más alto posible de salud.

La intervención de enfermería con los individuos debe basarse en un marco conceptual en el cual la gente se considera holísticamente desde un modelo de enfermería. La enfermera debe considerar al individuo como un sistema vivo abierto y como un subsistema de otros sistemas

tales como el de la familia y otros grupos significativos de referencia. La enfermera debe poseer una filosofía de humanidad, debe ser capaz de identificar las diferencias idiosincrásicas del individuo, y debe entender los roles de cada individuo para intervenir eficazmente. En este capítulo se tratarán los conceptos de ser humano, del “sí mismo”, y del rol, y cómo puede usar la enfermera este conocimiento.

## EL SER HUMANO

El ser humano tiene muchas cosas en común con los demás animales, con todo y que se le considera el animal más complejo. Puede ser estudiado desde muchas perspectivas, y cada disciplina tiene enfoques y metodologías diferentes. Las ciencias biológicas o naturales estudian los subsistemas de los humanos en un intento por determinar cómo funciona el cuerpo. Las ciencias de la conducta estudian la mente humana, la conducta, y las interacciones con los demás individuos y con el entorno. La teología y la filosofía estudian el ser espiritual del hombre y el significado de su existencia en el universo. La enfermería estudia al hombre holístico en función de su respuesta a la salud y a la enfermedad.

Cada una de nosotras ve de distinta manera al género humano, puesto que nuestro concepto se ha desarrollado desde nuestra propia filosofía personal, la que a su vez se ha desarrollado desde el modo en que contestamos las siguientes cuatro preguntas: (1) ¿qué hace a uno humano?; (2) ¿qué es la naturaleza humana?; (3) ¿qué es su orientación de valor?; y (4) ¿qué será el hombre en el futuro? Hay coincidencias entre las respuestas que podríamos dar a esas preguntas, pero la *gestalt* es única para cada una de nosotras. Ninguna de las preguntas tiene una respuesta fácil, y nuestras respuestas individuales pueden cambiar a medida que avanzamos a través del ciclo de la vida. Los factores que pueden tener influencia en nuestras respuestas son la familia, la educación, las creencias religiosas, los grupos de referencia, y las experiencias de la vida. En las partes que siguen, se discutirá cada una de las preguntas; sin embargo, cada una de ustedes debe finalmente contestarse a sí misma las preguntas.

### *¿Qué hace a uno humano?*

Son muchos los humanistas que se han planteado la pregunta de qué es lo que hace a uno humano. Según Bruner, las fuerzas humanizadoras

son la fabricación de herramientas, la organización social, el lenguaje, el manejo de una infancia prolongada, y el empeño por explorar el mundo.<sup>8</sup> Anderson y Carter sostienen que los atributos humanizadores son la capacidad de pensar, la familia como un universo biológico, el lenguaje, la territorialidad, y la tendencia a desarrollar cultura y valores. La cultura une simultáneamente a la sociedad e incluye sus normas, sus herramientas, y sus técnicas. Los dos grupos de atributos humanizadores son muy similares. Cada uno de esos atributos están interrelacionados y son interdependientes; por ejemplo: sin la capacidad de pensar de alguien, la fabricación de herramientas no hubiera llegado al estado actual de la tecnología. De igual modo, sin el lenguaje, el hombre no hubiera podido transmitir sus conocimientos a los demás. Puesto que todos los atributos son importantes para la *condición de ser humano*, sería difícil señalar cuál es el más crítico. Alguien podría decir que la tendencia a desarrollar cultura y valores es lo más decisivo. La cultura y los valores son importantes, pero ellos dependen del lenguaje, de la fabricación de herramientas, de la organización social, y de la capacidad de pensar.

Según Dubos, el humano se hace a sí mismo mediante elecciones intelectuales que acrecientan su condición de ser humano.<sup>10</sup> Dubos sostiene que los humanos deben redescubrir su participación en común con la naturaleza y no luchar por controlar la naturaleza, lucha que es deshumanizante.<sup>11</sup> El hombre no difiere mucho de los animales en su capacidad de aprender; sólo difiere de ellos en las clases de cosas que aprende. La acumulación de conocimiento o de historia social es una de las características singulares del hombre.<sup>12</sup> “Ser humano implica cultivar lo más cabalmente que sea posible la individualidad propia, pero también significa pertenecer a una colectividad y aceptar por ello deberes y represiones de conducta que limitan las expresiones individualistas.”<sup>13</sup>

Lidz sostiene que el nivel del desarrollo biológico de un individuo lo hace humano. Los factores que contribuyen a su humanidad son la complejidad de su cerebro, su herencia cultural, su habilidad para manejar herramientas, y su utilización de símbolos. Mediante la utilización de símbolos, puede seleccionar fragmentos de su pasado y proyectarlos desde el presente hacia el futuro. El hombre es capaz de esforzarse para lograr ganancias y objetivos futuros de los que pueda seguir teniendo conciencia dentro de sus actividades. La enculturación es el vehículo para programar la mente para aprender modos de pensar.<sup>14</sup>

Bronowski concibe al ser humano como el que se encuentra en el más complejo final del *continuum* en la naturaleza. Atribuye la condición de ser humano a la plasticidad de la mente para aprender.<sup>15</sup> Afirma que



el móvil más poderoso en el ascenso del hombre es la complacencia en su propia destreza. Le gusta hacer lo que hace bien, y habiéndolo hecho bien, le gusta hacerlo mejor. Lo vemos en su ciencia. Lo vemos en la magnificencia con que esculpe y construye, en el cuidado amoroso, en la alegría, en la desfachatez.<sup>16</sup>

En la esencia, la facultad del individuo de ser creador contribuye a su condición de ser humano.

### *¿Qué es la naturaleza humana?*

Durante siglos, los filósofos y humanistas han estudiado y debatido la naturaleza de la humanidad. Por ejemplo: ¿es el ser humano esencialmente bueno o malo, su destino está predeterminado o depende de su propia voluntad, y es racional o irracional? Un modo de abordar tales preguntas es examinar las varias orientaciones de las autoridades en la materia. En la orientación psicoanalítica o freudiana, el individuo es animal y humano, tiene poco control sobre los procesos inconscientes y los instintos, y es fundamentalmente malo. En la orientación conductista, el individuo es malo, tiene poco control de su destino, y responde primariamente a su entorno. Es un organismo pasivo gobernado por estímulos externos y puede ser manipulado controlando su entorno. Es predecible y racional; una persona es igual a cualquier otra, no única. Más aún, se cree que las características humanas de cada persona pueden estudiarse por separado. En contraste, la orientación fenomenológica, existencial, o humanista es que el ser humano es fundamentalmente bueno, tiene potencial de crecimiento, y tiene algún control sobre su destino puesto que es libre y responsable de sí mismo. Es visto como la fuente de sus propios actos, es libre de elegir en cada situación, y su conducta es imprevisible. Se pone énfasis en la individualidad, en el sentido de que cada persona es única y debe ser estudiada como un todo y no como partes fragmentadas. La orientación fenomenológica coincide con el punto de vista holístico del ser humano, y supone igualmente que es capaz de cambiar y de maximizar su potencial.<sup>17-20</sup>

Algunos contemplan al ser humano como ambas cosas, bueno o malo, y piensan que la lucha por mantener el equilibrio entre esa polaridad es la que da al ser humano su naturaleza dinámica y la energía para el movimiento y el cambio dentro del entorno. Quienes parten de la perspectiva de sistemas lo ven como un sistema abierto capaz de influir y ser influido por los sistemas sociales de los que él es una unidad. En consecuencia, los individuos serían capaces de cambiar ellos mismos y a su entorno –lo mismo que pueden ser cambiados por influencias externas.

Los síntomas en el individuo se verían como señales de alarma en el sistema y no como evidencia de inclinaciones buenas o malas del ser humano. Bajo una perspectiva de sistemas, la cuestión de bueno o malo puede ser completamente irrelevante.

*¿Qué es la orientación de valor del humano?*

Cada individuo posee su propia orientación de valor específica, que debe coincidir con su propia filosofía y puede desarrollarse gracias a la socialización en una cultura, una familia, y otras redes sociales significativas. La orientación de valor es un conjunto de proposiciones ligadas unas a otras y que abarcan ambos elementos de valor y existencial de un individuo.<sup>21</sup> Con frecuencia el individuo no tiene conciencia de los muchos valores culturales que influyen en su conducta.<sup>22</sup> Es importante conocer a fondo la orientación de valor del individuo, puesto que ello sirve de motivación para la conducta.

La teoría de orientación de valor desarrollada por Spiegel puede usarse para examinar el sistema de valor del individuo. Los tres principios básicos de la teoría son:

- 1 Existe un número limitado de problemas humanos comunes para los que todo el mundo, en todo momento y en cualquier lugar tiene que encontrar la solución.
- 2 Existe variabilidad en la solución de los problemas; no es ilimitada ni casual, sino que se trata de una variabilidad dentro de una escala de soluciones posibles.
- 3 Todas las variantes (todas las alternativas) de todas las soluciones están presentes en grados variables en la estructura cultural total de cada sociedad.<sup>23</sup>

La teoría versa sobre cuatro orientaciones de valor: individuo-naturaleza, individuo-tiempo, individuo-actividad, e individuo-relaciones. En la orientación de individuo-naturaleza, el individuo considera su relación con la naturaleza. Las alternativas son subyugación a la naturaleza, armonía con la naturaleza, y dominio de la naturaleza. Por ejemplo, característicamente, los miembros de la cultura apalache piensan que el individuo se halla subyugado a la naturaleza, que lo que tenga que ocurrir ocurrirá. Durante ciertos períodos, los chinos veían a la persona en armonía con la naturaleza de modo que ambos no podían ser separados. Muchos profesionales norteamericanos creen que el individuo puede controlar la

naturaleza, permitiéndole este control influir sobre lo que pueda suceder.<sup>24</sup>

En la orientación individuo-tiempo, el individuo considera su relación con el tiempo. Las alternativas son pasado, presente y futuro. Un individuo orientado al pasado presta poca atención al presente o al futuro. Un individuo orientado al presente poco hace o no planea para el futuro. En contraste, un individuo orientado hacia el futuro se concentra en lo que ocurrirá mañana, la próxima semana, el mes próximo, o el próximo año. Sus esfuerzos se dirigen a planear el futuro y, por lo tanto, hacia el cambio.<sup>25</sup>

En la orientación individuo-actividad, el individuo se encuentra ante otra modalidad, la actividad humana. Las alternativas son ser, estar-en-el-devenir, y actuar. La actividad de ser pone énfasis en las expresiones espontáneas de conducta, habitualmente deseos e instintos. La actividad de estar-en-el-devenir tiene que ver con el propio ser individual, pero hace hincapié en la actividad que tiene como meta el desarrollo del sí mismo como un todo unificado. El actuar pone énfasis en el hecho de que el individuo es capaz de logro. El individuo es juzgado por lo que puede hacer y por lo que logra.<sup>26</sup>

En la orientación individuo-relaciones, el individuo se interesa por sus relaciones con los demás. Las orientaciones alternativas son lineales, colaterales, e individualistas. La orientación lineal se centra en la edad, las diferencias generacionales, y la tradición cultural del parentesco. La orientación colateral es personal y se centra en la familia y los demás parientes. La orientación individualista es primariamente impersonal y está orientada a las relaciones que no tienen nada que ver con el parentesco.<sup>27</sup>

Todo individuo puede tener una combinación de las cuatro orientaciones de valor. Algunos aspectos de la orientación de valor de un individuo cambian a lo largo de su desarrollo en el ciclo vital y en circunstancias específicas de crisis. Por ejemplo, la orientación de tiempo de un niño puede cambiar como resultado de la madurez y de la socialización. Un individuo que tenga una enfermedad crónica degenerativa puede cambiar de una orientación de actuar a una orientación de estar-en-el-devenir o de ser. Un individuo con una enfermedad terminal puede cambiar su orientación de tiempo del futuro al presente o al pasado. Además de conocer la orientación de valor de un individuo, es importante conocer las orientaciones de valor de los miembros de sus redes sociales significativas como las de su familia. En cualquier caso, debe admitirse que las orientaciones de valor es muy difícil que cambien.

*¿Qué será el ser humano en el futuro?*

El individuo puede elegir entre desarrollar su condición humana o deshumanizarse. Esta alternativa depende profundamente de cómo emplea los atributos que lo distinguen de los animales. La creatividad del individuo nos ha llevado hasta el estado actual de conocimiento, de tecnología, de organización social, y de sociedad. Los trasplantes, los nuevos fármacos, los dispositivos de monitorización, las computadoras, la investigación, y otros adelantos han permitido grandes avances en el cuidado de la salud. Es difícil predecir cuáles son los límites en cuanto a las alteraciones en el cuerpo del individuo; sin embargo, en última instancia podemos predecir que dependerá en el futuro de su estilo de vida, de su orientación de valor, de sus interacciones con el entorno, y de su autocontrol.

Tanto Dubos como Leonard alertan al humano a que retorne a la armonía con la naturaleza y consigo mismo.<sup>28,29</sup> El ser humano debe dedicarse más al cuidado de sí mismo y en el control de su cuerpo. La biorretroacción puede ayudar al individuo a ser consciente de su propio mundo interno que funciona física y psicológicamente. Con el entrenamiento de biorretroacción, uno puede aprender a controlar diversos aspectos corporales, por ejemplo, la presión sanguínea y los patrones del sueño.<sup>30</sup> El autocuidado terapéutico puede ayudar al individuo a ser más sano, y, por añadidura, a lograr mayor control sobre lo que le ocurre.<sup>31</sup> Las técnicas de reducción de estrés, el ejercicio, la dieta, y los estilos de vida pueden facilitar una salud óptima.

La percepción individual del sí mismo y de su significado en la vida son cruciales para determinar qué llegará a ser. Si no se conocen los límites del potencial humano y las elecciones que puede llevar a cabo, es difícil predecir qué será del género humano. Esperémoslo, la elección debe ser poner énfasis en lo humano de cada uno de nosotros.

## SI MISMO

El concepto de sí mismo es útil para estudiar al ser humano porque es lo que hace que cada individuo sea único. El concepto del sí mismo tiene sus orígenes en la prehistoria de la teoría de la personalidad. En la época de Sócrates, el sí mismo se consideraba aquel aspecto de la persona que reflexiona, decide, e inicia cambios en el cuerpo de la persona. El sí mismo era algo más que el cuerpo y la mente de un individuo.<sup>32</sup> Más recientemente, el sí mismo se ha estudiado en primer lugar por las ciencias

de la conducta. Algunos de los primeros autores que analizaron este concepto fueron Charles Cooley, George Herbert Mead, y William James. Como resultado, surgieron diversas posiciones respecto de qué es el sí mismo. El punto de vista más ampliamente aceptado es que el sí mismo es un concepto explicativo con propiedades hipotéticas que tienen utilidad para entender y predecir la conducta.<sup>33</sup> El sí mismo no puede ser observado directamente; se infiere del concepto que un individuo tiene de sí –sus conocimientos subjetivos y las evaluaciones de sí mismo.

El sí mismo de un individuo se inicia en el momento de la concepción. El sí mismo de un recién nacido comienza como un sí mismo físico. El bebé necesita descubrir las fronteras de su propio cuerpo puesto que no se diferencia a sí mismo del resto del mundo. Durante los primeros meses de vida, el bebé empieza a distinguir entre los componentes humanos y no humanos de su entorno. Luego, distingue entre categorías de gente e individuos. El sí mismo social se desarrolla con la socialización adquirida mediante interacciones con los otros individuos significativos. El concepto del sí mismo del individuo, o la autoimagen, empieza a desarrollarse tan pronto como el niño pequeño se vuelve socialmente sensitivo y es resultado de cómo lo tratan los otros individuos. Si el niño es reforzado positivamente, el concepto de sí mismo será positivo; si lo es negativamente, será negativo. La cultura de un individuo, su clase social, su familia, y otras redes sociales significativas influyen en su concepto de sí mismo. El concepto de sí mismo permanece relativamente estable, pero puede cambiar con la edad, los cambios corporales importantes, y con la adquisición o pérdida de relaciones significativas. Un sí mismo ideal se desarrolla a partir de la internalización de actitudes, ideas, y valores socialmente aprobados. Todo individuo echa mano del sí mismo ideal para evaluar su concepto de sí mismo.<sup>34</sup>

Tanto Cooley como Mead defienden la idea de que el sí mismo del individuo se desarrolla a través de las interacciones con los demás. Cooley sostiene que la sensación de sí mismo es un instinto que proporciona energía para unificar las actividades del individuo. Algunos de los objetos de la sensación de sí mismo incluyen el cuerpo material, los logros, las posesiones, las ambiciones, y los productos de la actividad. Cooley entiende la sensación de sí mismo o el sí mismo social como una idea que se obtiene de la vida comunicativa y que la mente estima como propia. Los conceptos de sí mismo y su evaluación correspondiente muchas veces se derivan de las interpretaciones imaginativas que el individuo hace de los juicios que otros individuos significativos emiten respecto de la conducta y los atributos de él. Cooley llamó al sí mismo social derivado de este conocimiento el sí del espejo.<sup>35</sup> Mead amplió la idea de Cooley

afirmando que todo individuo se percibe a sí mismo en gran manera adoptando los roles de los demás. El individuo se ve a sí mismo en gran manera como él cree que otros individuos significativos lo ven a él. Al mismo tiempo, el individuo trata de actuar de acuerdo con las expectativas que atribuye a esos otros individuos respecto al modo como debería actuar “gente como él”. Mead pone énfasis en la interacción comunicativa como la clave para el concepto de sí mismo y el control social.<sup>36</sup>

Según James, el sí mismo está integrado por el *Yo* y el *mí*. El *Yo* es la parte del sí mismo que es el ego puro que tiene vivencias, percibe, siente y recuerda activamente. El *Yo* es un pensamiento distinto en cada momento a lo que era el momento pasado, o el flujo de conciencia de un individuo. Es el sentido de identidad personal. El *mí* es el objeto de vivencia que esa conciencia o el *Yo* conoce. Es la suma total de todo lo que el individuo puede llamar suyo. El *mí* está formado por el mí material, el mí social, y el mí espiritual. El mí material abarca el cuerpo del individuo, su familia, su casa, su ropa, y demás posesiones. El mí social consiste en el reconocimiento que recibe en las interacciones con las redes sociales significativas. Todo individuo tiene tantos sí mismos sociales como gentes hay que lo reconocen. El mí espiritual es el conjunto completo de los estados de conciencia del individuo. Las tres partes del *mí* son condiciones indispensables para las sensaciones y las emociones del sí mismo. Las sensaciones pueden ser de autoapreciación, de autobúsqueda, y de autoconservación. Puesto que algunos aspectos deben ser pasivos o recesivos, cada aspecto del *mí* debe considerarse por el individuo al decidir cuál es el más importante. La sensación de sí mismo del individuo depende totalmente de cómo se esfuerza para ser y para actuar. Está determinada por la proporción entre las realidades del individuo y sus potencialidades. El sí mismo del individuo puede cambiar al alterar la importancia de los distintos *mí* o al alterar las sensaciones del sí mismo.<sup>37</sup>

Rogers tiene una teoría fenomenológica del sí mismo. El sí mismo es un factor definitivo en la formación de la personalidad y en la determinación de la conducta. El sí mismo es el *Yo* o el *mí* y sirve de soporte al conocimiento del ser de uno. Rogers afirma que el sí mismo es un objeto percibido que se va diferenciando del entorno mediante las transacciones con el entorno social y, por ello, es un atributo aprendido. El concepto del sí mismo es el determinante más significativo de la respuesta del individuo a su entorno.<sup>38</sup> Rogers afirma:

El concepto del sí mismo, o la estructura del sí mismo, puede ser entendido como una configuración organizada de percepciones del sí mismo aceptables por la conciencia. Se compone de tantos elementos como percepciones existan de las características y capacidades de uno; de las representaciones mentales y los conceptos

del sí mismo en relación con los demás y el entorno; de las cualidades de valor que se perciben como asociadas a las experiencias y a los objetos; y de las metas e ideales que se perciben con valencia positiva y negativa.<sup>39</sup>

La necesidad de una consideración positiva por parte de los demás se desarrolla o emerge del concepto de sí mismo. Cuando hay desacuerdo entre el sí mismo y la experiencia, pueden surgir la ansiedad o el desajuste. Todo individuo tiene un sí mismo ideal, o concepto de sí mismo, que desearía alcanzar. La autorrealización es la tendencia del individuo a desarrollar todas sus capacidades de modo que el sí mismo se mantenga y se acreciente. El sí mismo en pleno funcionamiento es el individuo que puede incorporar, sin distorsión, la mayor parte de los datos de su vida. Se caracteriza por estar abierto a la experiencia, viviendo la vida plenamente, confiando en los propios juicios y elecciones de uno, y dependiendo menos del beneplácito o la desaprobación de los demás.<sup>40</sup> El sí mismo puede cambiar cuando se alteran las percepciones del individuo; así, puede cambiar con nuevas experiencias, nuevo conocimiento, y redes sociales significativas. Cuando la percepción individual del sí mismo cambia, la conducta del individuo también cambia.<sup>41</sup>

El sí mismo existencial es similar a la definición de Rogers del sí mismo. Según Tiryakian, “el ‘análisis’ existencial es ante todo un intento filosófico encaminado a describir la realidad concreta del sujeto humano, del hombre que existe como una totalidad”.<sup>42</sup> El individuo es un ser volitivo que busca significados a través de sus transacciones con la realidad. El sí mismo existencial es el ser auténtico, ontológico, en el mundo, con la tendencia a hacer reales sus potencialidades. Por *ontológico* se refiere al significado o identidad de las entidades y no a las entidades mismas. La *autenticidad* es la parte del sí mismo basada en la ontología que evita la identidad del sí mismo y de los demás como seres e impide el manipular a las otras personas como uno manipula los objetos. La autenticidad es la acción genuina que responde a la totalidad de otra persona; la reflexión enriquecida con el compromiso; y el compromiso del sí mismo total. El sí mismo existencial está abierto a las vivencias en el mundo. En las interacciones con el entorno social, el individuo es auténtico mediante la revelación del sí mismo. La revelación del sí mismo es permitir a otra persona conocer lo que se está pensando, sintiendo, o se desea en un momento determinado. Mediante la revelación del sí mismo, el individuo se conoce a sí mismo.<sup>43,44</sup>

En contraposición, la *inautenticidad* es la parte del sí mismo que objeta y niega lo humano del individuo. El sí mismo inauténtico se relaciona con una persona como si ella fuera una cosa o un objeto y en función

de su especificidad funcional. Al usar el sí mismo inauténtico en las interacciones con los demás, la persona evita ser lastimada por ellos y mantiene una distancia psicológica en las relaciones interpersonales. El sí mismo existencial es un conjunto de posibilidades que se transforma en realidades con el correr del tiempo, dependiendo de la volición y las acciones del individuo. Por otro lado, el individuo puede decidir retraerse a una existencia inauténtica, y estancarse, o hacer de ello una “costumbre”. El sí mismo inauténtico no se abre frente a las vivencias y no se autodescubre. La persona, o el ser físico, abastece a su sí mismo existencial con una presencia concreta en el mundo social. Las poses de la persona y su lenguaje no verbal son auténticos si concuerdan con lo que la persona piensa y siente.<sup>45</sup>

Luft desarrolló un modelo de autoconciencia en las relaciones interpersonales que es útil para entender el concepto del sí mismo. El modelo se conoce como ventana de Johari y examina el grado de conciencia respecto del sí mismo que es conocido y desconocido por el individuo y los demás. El modelo consiste en cuatro cuadrantes que en conjunto representan el sí mismo de una persona (véase la figura 10-1). El cuadrante uno es el aspecto abierto del sí mismo, que el individuo y los demás conocen. El cuadrante dos es el aspecto ciego del sí mismo, el área desconocida para el individuo pero conocida para los demás. El cuadrante tres es el aspecto oculto del sí mismo, conocido para el individuo pero no conocido o compartido con los demás. El cuadrante cuatro es la parte del sí mismo desconocida tanto para el individuo como para los demás. Cualquier cambio en cualquiera de los cuadrantes afecta a los otros. Por ejemplo, si el individuo aprende algunos aspectos de su propio sí mismo que sólo conocían los demás, el cuadrante uno se ampliaría y el cuadrante dos se reduciría. La medida de los cuadrantes puede variar, lo que depende de las redes sociales. Normalmente, en las interacciones del individuo con su familia, el aspecto abierto del sí mismo es mayor y el oculto es menor de lo que lo son con las demás redes sociales. Es útil representar en dibujo cómo advierte el individuo qué relación existe entre sus cuatro

	Conocido para el sí mismo	No conocido para el sí mismo
Conocido para los demás	1 Abierto	2 Ciego
No conocido para los demás	3 Oculto	4 Desconocido

FIGURA 10-1  
Ventana de Johari.



cuadrantes y una red social determinada y todas las demás redes sociales que sean significativas para él.<sup>46</sup>

El sí mismo de la persona es único. Se desarrolla gracias a las interacciones con las redes sociales significativas. ¿Qué sucede, pues, cuando dos autosistemas interactúan? Cada autosistema tiene un autoconcepto, una orientación de valor, y una manera de interactuar con los demás. La finalidad y el contexto de la interacción influyen en la respuesta de los dos autosistemas. Cada autosistema debe decidir el grado de apertura y la autenticidad que desea tener en la interacción. En una situación en la que el propósito sea obtener algún producto o servicio, las interacciones serán con toda probabilidad inauténticas, y cada autosistema objetivará al otro presentando un *sí mismo público*. En una situación entre amigos, idealmente ambos autosistemas serían auténticos; sin embargo, uno de ellos puede que sea auténtico y el otro inauténtico, o pueden ser los dos inauténticos. Según Jourard, la autenticidad o revelación del sí mismo es fundamental para el crecimiento del autosistema. El sí mismo científico o *real* del autosistema debe expresarse en las redes sociales significativas; de otro modo, sobreviene la autoalienación. El individuo necesita aprender cómo lograr un equilibrio en su autosistema para alcanzar satisfacción personal y crecimiento de la experiencia.<sup>47</sup>

## EL ROL

El concepto de rol es útil para entender al ser humano, sus interacciones con los demás, y el contexto en que sucede la conducta. El individuo se socializa en una pluralidad de roles dentro de sus sistemas sociales significativos. Los roles representan patrones de una conducta social esperada que se han aprendido mediante la interacción con los otros individuos significativos. El autoconcepto de un individuo y los roles se desarrollan mediante la interacción con los otros que perciben su conducta, emiten juicios acerca de él, y lo definen. Muchas situaciones sociales crean prescripciones de conducta y desempeño de los roles. Un grupo de roles relacionados constituye una posición. Todo un individuo tiene múltiples posiciones que le pueden ser atribuidas o que él puede haber logrado. Las posiciones atribuidas pueden determinarse por la edad, el sexo, y la raza, en tanto que las posiciones logradas dependen de las aptitudes del individuo. El individuo no tiene control alguno sobre las posiciones que se le atribuyen, y sí lo tiene, en cambio, sobre las que él ha logrado.

El término de rol tiene sus raíces en el teatro. Los científicos de la conducta empezaron a usarlo en la década de 1921-1930, pero casi todas

las perspectivas teóricas se desarrollaron a partir de 1930. Algunos de los primeros estudiosos fueron Linton, Mead, y Sarbin. Para entender el marco conceptual de un autor, el individuo que estudia el rol debe ante todo conocer cómo define el autor sus términos. El concepto de rol fue estudiado en primer lugar en sociología, psicología, y antropología, y se ocupaba de la socialización de los roles, con la identidad del rol sexual, con el rol del enfermo, y para entender las organizaciones sociales más grandes.<sup>48</sup> La enfermería ha estudiado los roles de las enfermeras, los roles del paciente, y los roles de la familia.

Linton, un antropólogo, echa mano de una perspectiva normativa de cultura para el rol; en ella, el rol es como un croquis detallado, culturalmente obtenido, para la conducta que se le impone externamente al individuo. Es la conducta que la sociedad espera del individuo que ocupa un *status* o posición dados. El rol es el aspecto dinámico de una posición. Linton afirma:

El *status*, como algo distinto del individuo que puede ocuparlo, es simplemente una serie de derechos y deberes. Puesto que esos derechos y deberes sólo pueden encontrar expresión dentro del medio de los individuos, es extremadamente difícil para nosotros mantener una distinción en nuestro concepto entre los *status* y la gente que los ocupa y ejerce los derechos y deberes que los constituyen... El rol representa el aspecto dinámico del *status*. Al individuo se le asigna socialmente un *status* y lo ocupa con relación a los demás *status*. Cuando ejercita los derechos y deberes del *status* está desempeñando un rol. El rol y el *status* son absolutamente inseparables, y la distinción entre ambos tiene sólo un interés académico. No existen roles sin *status* o *status* sin roles.<sup>49</sup>

Mead, un psicólogo social, emplea para el rol una perspectiva interaccionista simbólica. Mead no intenta definir el concepto de rol; más bien, sostiene la opinión de que el individuo desarrolla un sí mismo en el proceso de *toma-de-rol*, que consiste en el empleo de símbolos y mensajes para que alguien se imagine en el lugar de otro. La *toma-de-rol* permite al individuo determinar cuál es la conducta apropiada para él en sus roles con los demás. Los roles se aprenden a través del proceso de la interacción social. La contribución de Mead a la teoría del rol fue el relacionarlo con el concepto del sí mismo.<sup>50</sup>

En su concepto del rol, el psicólogo Sarbin fue influido por Mead. Sarbin sostiene que la conducta de un individuo estimula la conducta de otro individuo cuya respuesta se transforma en otro estímulo para el primer individuo. Así, el rol es acción recíproca entre individuos. Se trata de un factor mediador entre la conducta individual y las presiones de los sistemas sociales y puede entenderse como un patrón de conductas aprendidas desempeñadas por un individuo en una situación particular.

Sarbin dedujo que el rol es diádico en tanto que deben estar implicados dos individuos. Por ejemplo: para exhibir el rol de madre debe existir el rol recíproco de hijo.<sup>51</sup>

Bates, un sociólogo, pretende que el *status* o la posición y el rol son los medios con los que los individuos se comprometen en una actividad recíproca. Define a la posición como la ubicación en un sistema social asociada con conjuntos de normas sociales que son los roles. Bates propone cuatro postulados respecto del rol y la posición:

- 1 Dentro de una cultura dada, existe un número limitado de roles que se hallan combinados de distintos modos para formar un número limitado de posiciones.
- 2 Dentro de una posición dada, hay tendencia a una tensión hacia la compatibilidad o el ajuste entre los distintos roles que componen la posición.
- 3 Cada posición contiene unos roles dominantes a los que se ajustan otros roles recesivos.
- 4 No existe ningún rol sin un rol emparejado recíproco, el cual forma parte de una posición distinta.<sup>52</sup>

Haas emplea una perspectiva normativa para el rol; en ella, las normas son las reglas que guían y regulan las conductas resultantes de los valores básicos compartidos de los individuos en un sistema social. Las normas proporcionan los estándares para la conducta de juicio. El rol es un conjunto de normas relacionadas que definen los derechos y las obligaciones de los individuos en determinadas situaciones sociales que son sancionados por miembros interactuantes y autorizados por el sistema social mayor. En otras palabras, el rol es el conjunto de normas reguladas que especifican un patrón de conducta para dos individuos en una situación determinada. La posición es el conjunto o grupo de roles que están relacionados firmemente de un modo estandarizado. Para descubrir una posición es necesario especificar sus distintos roles. El individuo puede tener tantas posiciones como sistemas sociales haya y de los que sea miembro; por ejemplo: una mujer adulta puede tener la posición de esposa en el sistema de familia, y el de maestra en el sistema de escuela. El desempeño del rol es el modo cómo el individuo cumple un rol y se basa en la concepción del rol o en la comprensión por parte del individuo de las normas apropiadas para una situación determinada. La concepción del rol del individuo está influida por la clase social, la ocupación, la cultura, las posiciones ocupadas, los grupos de referencia, y los individuos significativos. Puesto que el rol es diádico, cuando el individuo

modifica la manera cómo desempeña un rol, la otra persona tiene que aceptar el cambio o sufrirá el conflicto de rol. Por otro lado, existe el consenso de rol cuando se comparten las expectativas tocantes al desempeño del rol.<sup>53</sup>

De acuerdo con Haas, existen cuatro dimensiones normativas del rol: la tarea o actividad, la autoridad, la deferencia, y el afecto. La dimensión de tarea o de actividad señala qué debe hacer el individuo en un rol; por ejemplo: en un grupo de trabajo, la mayoría de las especificaciones del rol se centran en el desempeño de las tareas. La dimensión de autoridad se centra en cómo se toman las decisiones y el grado de autoridad que cada uno debe tener en la diada. La dimensión de deferencia especifica el grado y la clase de conducta deferencial que debe manifestarse entre los actores del rol. La dimensión de afecto especifica cómo deben sentirse entre sí los actores del rol.<sup>54</sup>

Conway afirma que existen dos perspectivas teóricas principales para estudiar los roles. Estas son la *funcionalista* y la *interaccionista simbólica*. En la perspectiva funcionalista, se considera que los roles son respuestas aprendidas que son comunicadas durante el proceso de socialización. La suposición implícita es que los roles son posiciones más o menos fijas dentro de la sociedad a las que se hallan asociadas algunas expectativas. Los roles se conciben como mecanismos primarios que sirven a prerequisites funcionales esenciales de un sistema. El individuo, por tanto, tiene los roles apropiados de manera sucesiva a medida que crece y se desarrolla dentro de una sociedad.<sup>55</sup>

En contraste, la perspectiva interaccionista simbólica se basa en la premisa de que el individuo organiza la acción social en su entorno. El individuo se compromete en interacciones con los demás y selecciona determinados mensajes indirectos para la acción que son más apropiados que otros para él. El énfasis se pone sobre el significado que los símbolos importantes tienen para el individuo, más que sobre las coacciones normativas que serían ejercidas por la estructura social. La perspectiva interaccionista simbólica se ha usado más a menudo que la perspectiva funcionalista para el estudio y la explicación de la conducta.<sup>56</sup>

Meleis emplea una perspectiva interaccionista simbólica en su marco conceptual del rol. El rol se origina en las interacciones recíprocas con los demás en un sistema social por medio del proceso de toma-del-rol. La toma-del-rol permite al individuo descubrir, modificar, y crear roles que él va a incorporar a su autoconcepto. Los roles pueden cambiar como resultado de las transiciones de desarrollo, situacionales, de salud-enfermedad del individuo, o pueden, por otra parte, adquirirse roles nuevos. Meleis sostiene que “las transiciones del rol denotan un cambio en las

relaciones de rol, sus expectativas, o sus capacidades".<sup>57</sup> La transición del desarrollo es el cambio en el sí mismo del individuo como resultado del crecimiento y desarrollo normales; por ejemplo: el individuo que cambia, por el desarrollo de la adolescencia, a la primera edad adulta. La transición situacional es la suma o resta de individuos en una constelación preexistente de roles; por ejemplo: el nacimiento de un niño añadirá roles y los cambiará en un sistema de familia. La transición de salud-enfermedad implica cambios de un rol como resultado del paso de un estado de salud a uno de enfermedad, o viceversa. Las transiciones de rol exigen que el individuo incorpore nuevo conocimiento y nueva conducta a su autosistema. Deben llevarse a cabo transiciones de rol cuando se pierden los roles, se suman éstos, o se combinan.<sup>58</sup>

A menudo, la insuficiencia de rol, que es la dificultad en concebir o desempeñar un rol por el individuo o los otros individuos significativos, es simultánea a las transiciones de rol. La mujer que se convierte en madre puede probablemente ver que tiene dificultades en el desempeño del rol. La mujer cuyo esposo ha muerto pudiera tener dificultad con el nuevo rol de viuda y la pérdida del rol de esposa. De igual modo, el individuo que enferma puede tener problemas con el rol de enfermo. Según Meleis, *la suplementación de rol* es la intervención que trata una insuficiencia de rol real o potencial. Esta intervención puede ser en el individuo o en los individuos que son significativos para él. La suplementación de rol incluye el conocimiento y la experiencia necesarios para la conciencia de los propios roles de uno y de los roles de los demás y sus interrelaciones. La suplementación de rol comprende la clarificación del rol y la toma del rol. Por ejemplo: la enfermera que atiende a una mujer embarazada puede ayudarla verbalmente a clarificar el rol de madre-hijo y a que ponga en práctica algunos aspectos del rol. Entre las estrategias que pueden utilizarse están el modelado del rol, el ensayo del rol, y las interacciones persona de referencia-grupo. Toda suplementación de rol exige comunicación. Idealmente, la suplementación de rol deberá ser preventiva y ocurrir antes que las transiciones de rol; sin embargo, muchas veces las transiciones de rol son imprevistas, y la suplementación de rol ocurre después de la transición de rol.<sup>59</sup>

## IMPLICACIONES PARA LA INTERVENCION DE ENFERMERIA

Los conceptos de ser humano, sí mismo, y rol tienen implicaciones en enfermería. Los conceptos no sólo son importantes en el trabajo con los clientes individuales sino también con familiares, grupos, y sistemas sociales mayores, puesto que todos éstos están formados por individuos. Como

enfermera debo llegar a conocer mi filosofía del ser humano porque ésta influye en la manera cómo intervendré con los clientes. Por ejemplo: si veo al cliente desde una perspectiva conductista, pienso que él es fundamentalmente malo y que su destino está predeterminado. En la intervención de enfermería, tendría que manipular al individuo y al entorno. El *locus* de la toma de decisiones sería yo, en primer lugar, y los otros profesionales del cuidado de la salud. El cliente asumiría muy poca responsabilidad por lo que le suceda o por su cuidado en el sistema del cuidado de salud. Pero si veo al cliente desde una perspectiva fenomenológica, pensaría que él es fundamentalmente bueno, tiene tendencia a la autorrealización, y posee volición de su destino. En la intervención de enfermería tendré que centrarme en ayudar al individuo a decidir qué es lo que quiere ser, incrementando su conocimiento de las alternativas que tiene en relación con su salud. El *locus* de la toma de decisiones sería el cliente. Yo y los otros profesionales del cuidado de la salud seríamos consultores para el cliente.

Como enfermera, debo conocer también mi orientación personal de valor. Debo considerar mis convicciones acerca de las cuatro orientaciones de valor –individuo-naturaleza, individuo-tiempo, individuo-actividad, e individuo-relaciones. Además, debo determinar la orientación de valor de cada cliente, puesto que ésta influye en sus motivaciones y en su conducta. Deberé tener cuidado de no aplicar mi propia orientación de valor al planear y proporcionar la intervención; en cambio, debo emplear la orientación de valor del cliente como guía. De otro modo, la posibilidad de éxito es mínima. Muchas veces, las diferencias en la orientación de valor son las que impiden llevar a cabo el plan de cuidado cuando el cliente abandona el entorno del sistema de cuidado de la salud. Por ejemplo: si el individuo está orientado al presente y cree “que lo que tenga que ser será”, con toda seguridad no va a seguir las medidas preventivas para la hipertensión. Del mismo modo, si los padres no valoran las medidas preventivas de la salud, tampoco creerán en la necesidad de inmunizar a sus hijos. Es muy difícil cambiar la orientación de valor del individuo; sin embargo, es útil ayudarlo a que tenga mayor conciencia de su orientación de valor, lo que a su vez puede servirle para que se conozca mejor. Igualmente, es importante para mí considerar mi sistema de valor en relación con la salud y los tipos de decisiones que debe tomar el cliente y los demás en sus redes sociales significativas. Por ejemplo, si trabajo en un sistema de cuidado de salud en el que los individuos deben decidir si entran o permanecen en hemodiálisis o reciben un trasplante renal, necesito juzgar cuál sería mi propia decisión si se tratara de mí o de un miembro de mi familia. Podría usar mi propio sistema de

valor para influir en la decisión del cliente. Tal vez sólo esté proporcionando información que podría aumentar la probabilidad de que el cliente tome la decisión que yo tomaría en esa situación. Debo considerar cuál es mi sistema de valor respecto de la salud. Necesito considerar qué clase de modelo de rol para la salud les describo a los demás; por ejemplo, ¿qué clase de autocuidado sigo yo misma?

Como enfermera, mi autosistema influye en mi intervención de enfermería con los individuos. Por ejemplo, necesito considerar cómo me presento a mí misma frente a los clientes, los aspectos de mí misma que no puedo cambiar, y los aspectos de mí misma que me gustaría cambiar. Mi autosistema se ha desarrollado como el de cualquier otro y representa mi autoconcepto, mi orientación de valor, la influencia de mi familia, y la de otros que son significativos para mí. Contribuyo en mi autosistema en cada interacción dentro del sistema de cuidado de la salud. Mi autosistema influye en el desempeño del rol y en el grado de mi *autosistema efectivo* que se encuentra en cada interacción. Jourard afirma que muchas enfermeras tienen un modo fijo de proceder en presencia de los clientes y que es un comportamiento inauténtico o una *pose de cabecera*. Las funciones latentes de la pose de cabecera son reducir la posibilidad de que el cliente proceda de una forma que pueda parecer una amenaza para la enfermera, prevenir la autorrevelación por parte del cliente, y evitar así que el cliente se dé a conocer a la enfermera; y aumentar la autoalienación por parte de la enfermera.<sup>60</sup>

El autosistema del cliente debe ser el foco de la intervención de enfermería. La intervención debe ayudar al individuo a que cambie su conducta y a promover el crecimiento personal. Después de la intervención de enfermería, el individuo deberá estar en condiciones de aceptar mayor responsabilidad por su propia salud mediante el cuidado del sí mismo. Según Orem, el cuidado del sí mismo es “aquel cuidado que es ejecutado por uno mismo para uno mismo cuando se ha alcanzado un estado de madurez que le permite a la persona actuar de un modo conveniente, controlado, efectivo, y con propósito”.<sup>61</sup> En esencia, “el cuidado del sí mismo es la práctica de actividades que los individuos inician y realizan en su propio favor para mantener la vida, la salud y el bienestar”.<sup>62</sup> El cuidado del sí mismo debe estar en armonía con la filosofía personal de cada uno y su orientación de valor; implica una decisión deliberativa o elección. El cuidado terapéutico del sí mismo se caracteriza por servir de apoyo a los procesos vitales y por favorecer un funcionamiento normal; conserva el crecimiento normal, el desarrollo, y la madurez; previene, controla o cura los procesos de la enfermedad y sus lesiones; previene o compensa la invalidez. La meta de la intervención es ayudar al individuo

a moverse hacia una acción responsable en los asuntos del cuidado del sí mismo con la que consiga resultados de salud.<sup>63</sup> Cuando le ayudo a un cliente a que aprenda las nuevas medidas del cuidado del sí mismo, la familia del cliente y otras redes sociales resultan también influidas por ese acto. Idealmente, el individuo responde asumiendo el mayor cuidado del sí mismo posible por la conservación y consecución de nuevos niveles de salud. La mayor parte de la ayuda debe consistir en el cuidado distributivo de la salud, y el cuidado episódico de salud sólo debería ser necesario cuando el sistema del individuo y su familia no pudieran enfrentar las alteraciones de la salud dentro del entorno del sistema de la familia.

Como enfermera, mi autosistema influye en el desempeño de mi rol en el sistema de cuidado de la salud. Me es necesario determinar mi *status*/posición e igualmente qué roles integran la posición. El sistema de cuidado de la salud específico influye en los roles de una posición. Por ejemplo, una enfermera que trabaja en una obra de salud comunitaria tiene roles que son distintos de los roles de una enfermera que trabaja en una unidad de cuidados intensivos. Ambas tendrán roles parecidos, pero para una y otra serán distintos los roles dominantes y los roles recesivos. Un cambio en una posición exige transiciones de rol por parte de la enfermera; de otra manera, sobrevendrá insuficiencia de rol.

Las posiciones y los roles del cliente deben identificarse en la intervención de enfermería. La posición del cliente es sólo una de las muchas posiciones que el individuo ocupa en la sociedad. Conociendo esas posiciones y esos roles, yo, como enfermera, estaré al tanto de qué redes sociales significativas pueden influir en el cliente. Se necesita una perspectiva holística del individuo para ayudar al cliente a conseguir niveles más altos de salud. Puede utilizarse el marco conceptual de Meleis para la insuficiencia del rol y la suplementación de éste al trabajar con pacientes y sus redes sociales significativas.<sup>64</sup> Cuando se puede ayudar al individuo a identificar transiciones potenciales de rol, la intervención podría centrarse en prevenir la insuficiencia de rol o una situación de crisis. En una transición de rol imprevista puedo emplear el marco conceptual de crisis para planear la intervención. En una situación de transición de rol, planeada o no, lo importante debe ser la suplementación de rol. Cuanto más sepa yo acerca del autosistema del individuo e incorpore este conocimiento a la intervención, más capaz podría ser el individuo de incorporar el nuevo rol o el rol cambiado a su autosistema.

La intervención de enfermería con los individuos debe tener en cuenta la persona total y como meta el mejoramiento de la salud. Los conceptos del ser humano, sí mismo, y rol pueden serme útiles para entenderme a mí misma mejor y a los demás. Debo tener una filosofía acerca de la



humanidad, ser capaz de identificar las diferencias idiosincrásicas de los individuos, y entender los distintos roles individuales para que yo pueda intervenir y mi intervención sea todo lo eficaz posible.

## REFERENCIAS

- 1 Patricia Hollen: "A Holistic Model of Individual and Family Health Based on a Continuum of Choice". *Advances in Nursing Science*, 3:27-28, July 1981.
- 2 Betty Neuman: *The Neuman Systems Model* (Norwalk, Connecticut: Appleton-Century-Crofts, 1982).
- 3 Dorothea E. Orem: *Nursing: Concepts of Practice*, ed.2. (New York: McGraw-Hill, 1980).
- 4 Joan P. Riehl and Callista Roy: *Conceptual Models for Nursing Practice*, ed.2. (New York: Appleton-Century-Crofts, 1980).
- 5 Janice A. Thibodeau: *Nursing Models: Analysis and Evaluation* (Monterey, California: Wadsworth Health Sciences Division, 1983).
- 6 Edna M. Menke: "Critical Analysis of Theory Development in Nursing". In Norma L. Chaska (ed.): *The Nursing Profession: A Time to Speak* (New York: McGraw-Hill, 1983), pp.416-426.
- 7 Halbert L. Dunn: *High Level Wellness* (Arlington, Virginia: R.W. Beatty, 1961), pp.4-5.
- 8 Jerome Bruner: *Toward a Theory of Instruction* (New York: W.W. Norton, 1968), p.75.
- 9 Ralph E. Anderson and Irl E. Carter: *Human Behavior in the Social Environment*, ed.2. (Chicago: Aldine, 1978), pp.34-49.
- 10 Rene Dubos: *So Human an Animal* (New York: Charles Scribner's Sons, 1968), p.xii.
- 11 *Ibid.*, p.23.
- 12 *Ibid.*, p.34.
- 13 Rene Dubos: *Beast or Angel? Choices that Make Us Human* (New York: Charles Scribner's Sons, 1974), p.51.
- 14 Theodore Lidz: *The Person: His Development Throughout the Life Cycle* (New York: Basic Books, 1968).
- 15 Jacob Bronowski: *The Ascent of Man* (Boston: Little, Brown & Co., 1973), p.412.
- 16 *Ibid.*, p.116.
- 17 C.H. Patterson: *Theories of Counseling and Psychotherapy* (New York: Harper & Row, 1966).
- 18 William D. Hitt: "Two Models of Man". In Donald L. Avila, Arthur W. Combs, and William W. Purkey (eds.): *The Helping Relationship Sourcebook* (Boston: Allyn and Bacon, 1971), pp.51-65.
- 19 *Ibid.*
- 20 *Ibid.*
- 21 Clyde Kluckhohn: "Values and Value Orientation". In Talcott Parsons and Edward Shils (eds.): *Toward a General Theory of Action* (Cambridge, Massachusetts: Harvard University Press, 1951), pp.409-411.
- 22 John Spiegel: *Transactions* (New York: Science House, 1971), p.160.
- 23 *Ibid.*, p.162.
- 24 *Ibid.*, pp.162-169.
- 25 *Ibid.*
- 26 *Ibid.*
- 27 *Ibid.*

- 28 Dubos, *So Human an Animal*, *op.cit.*
- 29 George B. Leonard: *The Transformation* (Garden City, New York: Doubleday & Co., 1972).
- 30 Barbara B. Brown: *New Mind, New Body Biofeedback: New Directions for the Mind* (New York: Harper & Row, 1974).
- 31 Orem, *op.cit.*
- 32 Gerald E. Meyers: *Self: An Introduction to Philosophic Psychology* (New York: Pegasus, 1969).
- 33 Chad Gordon and Kenneth J. Gergen (eds.): *The Self in Social Interaction*, vol.1 (New York: John Wiley & Sons, 1968), p.3.
- 34 J.M. Sawrey and C.W. Telford: *Psychology of Adjustment* (Boston: Allyn and Bacon, 1967), pp.281-300.
- 35 Charles Horton Cooley: *Human Nature and the Social Order* (New York: Charles Scribner's Sons, 1902), pp.136-157.
- 36 George Herbert Mead: "The Genesis of the Self". In Gordon and Gergen, *op.cit.*, pp.51-60.
- 37 William James: "The Self". In Gordon and Gergen, *op.cit.*, pp.41-50.
- 38 Carl R. Rogers: *Client-Centered Therapy: Its Current Practice, Implications, and Theory* (Boston: Houghton Mifflin, 1951).
- 39 *Ibid.*, p.136.
- 40 Carl E. Rogers: *On Becoming a Person* (Boston: Houghton Mifflin, 1961).
- 41 C.H. Patterson: "The Self in Recent Rogerian Theory". In Avila, Combs, and Purkey, *op.cit.*, pp.329-336.
- 42 Edward A. Tirykian: "The Existential Self and the Person". In Gordon and Gergen, *op.cit.*, p.75.
- 43 *Ibid.*, pp.75-86.
- 44 Sidney M. Jourard: *The Transparent Self* (Princeton, New Jersey: Van Nostrand, 1964).
- 45 Tirykian, *op.cit.*, pp.75-86.
- 46 Joseph Luft: "The Johari Window Model". In Robert S. Cathart and Larry A. Samovar (eds.): *Small Group Communications: A Reader*, ed.2. (Dubuque, Iowa: William C. Brown, 1974), pp.51-59.
- 47 Sidney Jourard: "Healthy Personality and Self-Disclosure". In Gordon and Gergen, *op.cit.*, pp.423-434.
- 48 Edwin J. Thomas and Bruce J. Biddle: "The Nature and History of Role Theory". In Bruc J. Biddle and Edwin J. Thomas (eds.): *Role Theory: Concepts and Research* (New York: John Wiley & Sons, 1966).
- 49 Ralph Linton: *The Study of Man* (New York: D. Appleton-Century, 1934), pp.113-114.
- 50 George Herbert Mead: *Mind, Self, and Society* (Chicago: University of Chicago Press, 1952).
- 51 Theodore R. Sarbin: "Role Theory". In Gardner Lidzey (ed.): *Handbook of Social Psychology* (Cambridge, Massachusetts: Addison-Wesley, 1954).
- 52 Frederick L. Bates: "Position, Role, and Status: A Reformulation of Concepts". *Social Forces*, 34:315-317, May 1956.
- 53 J. Eugene Haas: *Role Conception and Group Consensus* (Columbus, Ohio: Bureau of Business Research Monograph No.117, 1964).
- 54 *Ibid.*
- 55 Mary E. Conway: "Theoretical Approaches to the Study of Roles". In Margaret E. Hardy and Mary E. Conway (eds.): *Role Theory: Perspectives for Health Professionals* (New York: Appleton-Century-Crofts, 1978), pp.17-28.
- 56 *Ibid.*
- 57 Afaf I. Meleis: "Role Insufficiency and Role Supplementation: A Conceptual Framework". *Nursing Research*, 24:265, July-August 1975.

58 *Ibid.*, pp.264-271.

59 *Ibid.*

60 Jourard, *The Transparent Self*, *op.cit.*, pp.111-120.

61 Orem, *op.cit.*, p.32.

62 *Ibid.*, p.35.

63 *Ibid.*

64 Meleis, *op.cit.*

Se presenta a la familia como una red social significativa con poderosas implicaciones para la salud de sus miembros.

## CAPITULO ONCE

# **BASE CONCEPTUAL PARA LA INTERVENCION DE ENFERMERIA CON LAS FAMILIAS**

SHERYL T. BOYD

Cuando se examina el desarrollo de la enfermería profesional, se ve claramente que la enfermería familiar ha surgido como un área de práctica y preparación de la enfermería en la que el énfasis se pone sobre la participación activa de la enfermera con las familias. Aunque el contacto inicial con la familia puede ser un miembro individual de la familia, la familia como un todo se convierte en la unidad de cuidado.

El propósito de este capítulo es discutir la práctica de la enfermería familiar usando las teorías existentes de las ciencias de la conducta como marco para determinar las intervenciones. Se revisará brevemente la estructura y la función de la familia como un sistema social. Luego, se describirán los conceptos más importantes según las teorías del rol, de la comunicación, de la crisis, del desarrollo, y del aprendizaje social como un medio para comparar y contrastar el cuidado de enfermería que se base en una o más de esas teorías. Se examinará la manera en que cada una de estas teorías debe guiar la práctica de la enfermería familiar.

## LA FAMILIA COMO UN SISTEMA

Cada vez que se discute el concepto de familia, es necesario definir antes qué entendemos por familia. Elementos tales como la composición y la estructura han variado en el curso de los años. A lo largo de este capítulo, la *familia* se definirá como un sistema social compuesto de dos o más individuos con un fuerte compromiso emocional y que viven dentro de un hogar común. Tal definición permite incluir la gran variedad de estructuras familiares que existen dentro de la sociedad moderna; por ejemplo, la familia de un solo cónyuge, la familia nuclear, la familia extendida, la familia homosexual, los grupos familiares comunitarios, etcétera.

Cuando se estudia la familia como un sistema, es necesario examinar las relaciones y las interacciones de los miembros de la familia. La familia es un sistema de miembros interactuantes, diferente de los miembros individuales, y que no puede predecirse a partir de ellos.<sup>1</sup> En la dinámica familiar influyen factores étnicos, culturales, y socioeconómicos.<sup>2,3</sup> Las relaciones intrafamiliares pueden describirse como subsistemas. Estos incluyen díadas, coaliciones, y tríadas o triángulos. Además, la familia forma parte de un suprasistema o sistema mayor con el que interactúa el sistema familiar, como el sistema del cuidado de la salud o el escolar.

Como sistema social humano, la familia es un sistema abierto y, por ello, continuamente abierto al cambio.<sup>4</sup> Lo que variará con cada familia es el grado de apertura a la intervención exterior (mantenimiento de fronteras por el sistema). La concordancia entre los valores de la familia y el entorno circundante disminuirá los conflictos y permitirá fronteras más permeables. En consecuencia, el cuidado de enfermería deberá basarse en la valoración tanto de la estructura como del funcionamiento del sistema familiar.

Cada familia se verá enfrentada a períodos de transición durante los cuales ocurren cambios que alterarán la estructura de la familia. Hay dos tipos de acontecimientos que iniciarán la transformación intrafamiliar: los acontecimientos *normativos* y los acontecimientos *paranormativos*. Los primeros se refieren a los acontecimientos que suceden regularmente en casi todas las familias y que surgen de las funciones de la procreación y la crianza de los hijos; por ejemplo, el matrimonio, el nacimiento, el ingreso a la escuela, la jubilación, etcétera. Los acontecimientos paranormativos son sucesos frecuentes, pero no tan universales. Dentro de éstos se incluyen el aborto, el divorcio, la enfermedad, la muerte prematura, etcétera. La transición de la familia a lo largo de tales acontecimientos se menciona como el ciclo vital de la familia.<sup>5</sup> Los períodos de transición se caracterizan por frustración y estrés que rompen la estabilidad de la

familia. La valoración de las señales de peligro del sistema familiar y la intervención de enfermería durante esos períodos de transición pueden ser definitivas para ayudar a la familia a recobrar su estabilidad y que pueda encargarse adecuadamente de las necesidades de los miembros individuales.

La familia permanece como sistema vital dentro de la sociedad por las funciones esenciales que desempeña tanto para sus miembros como para la sociedad. Desde el punto de vista histórico, la reproducción ha sido una de las funciones de la familia. Otra de esas funciones es actuar como mediadora entre los individuos y la sociedad mediante la socialización de los miembros de la familia según los valores y las normas sociales.<sup>6,7</sup> La familia es el contexto para el desarrollo del individuo y proporciona el apoyo para la consecución de lo necesario para el individuo y para la familia. El rol de la familia para procurar la salud de sus miembros es de particular importancia para la enfermera. Las actitudes frente a la salud, las creencias, y las prácticas se originan normalmente en la familia y se hallan influidas por factores étnicos, culturales, y socioeconómicos. En el momento en que la enfermera interactúa con el sistema familiar, la valoración de salud debe consistir en el cabal conocimiento de la interacción tanto entre los miembros de la familia como entre la familia y otros sistemas sociales.

## LA ENFERMERIA FAMILIAR BASADA EN MARCOS TEORICOS

Un marco teórico en el que se base la práctica de la enfermería proporciona a la enfermera un mecanismo para organizar el volumen de información resultante de la interacción con las familias. En otras palabras, ayuda a poner orden en la complejidad de los mensajes y las conductas que emergen de las interacciones familiares. El examen de la relación de los conceptos de un marco teórico debe guiar la práctica de la enfermería.

La selección de un marco teórico señalará la pauta para la valoración de la familia. Según sobre qué teoría o teorías basen las enfermeras su práctica, los detalles específicos o los mensajes conductuales resultan sumamente apropiados para la determinación de los diagnósticos de enfermería. Puesto que las relaciones de los principales conceptos de una teoría permiten hacer predicciones, si se asocia con esos conceptos lo que se observe pueden deducirse relaciones predecibles. Se eligen entonces las intervenciones posibles basadas en los aspectos predecibles de la teoría. No todas las teorías son igualmente útiles para predecir interven-

ciones eficaces, del mismo modo que no todas las teorías pueden aplicarse a la amplia variedad de estructuras familiares o amoldarse a la singularidad de cada familia. Usaremos ejemplos de la práctica clínica para ilustrar cómo un marco teórico debe guiar la práctica de la enfermería en la familia. Esto se logrará mejor al emplear estudios de caso para ejemplificar cada enfoque teórico.

### *Teoría del rol*

Uno de los principales efectos del cambio en los miembros de una familia es la alteración en las relaciones de rol. Linton identificó tres componentes en el rol: (1) valores –el valor que el individuo da a un rol, (2) actitudes –las actitudes que el individuo tiene hacia el rol y la conducta que lo constituye, y (3) conducta –aquellas acciones que significan el rol.<sup>8</sup> La influencia de la orientación de valor cultural es ejemplo de cómo un rol se halla influido por los valores. En una cultura en la que el rol del padre en la crianza de los hijos es valorada o considerada como importante, los individuos que asumen el rol de padre son más aptos para desempeñar realmente una parte activa en el cuidado de los niños que en una cultura en la que la crianza de los hijos es considerada un rol femenino. De igual modo, si el padre tiene una actitud positiva acerca de lo que implica el cuidado del hijo, es más probable que ese padre se comprometa activamente en el rol de la crianza de los hijos dentro de la familia. La participación del padre en el cuidado del hijo es la conducta que significa ese rol.

El *rol* se define como las prescripciones y expectativas de los demás y uno mismo respecto de qué conductas se requieren en una posición particular. Para las posiciones múltiples que ocupan los individuos, existe un rol asociado a cada una. Por ejemplo, un niño tiene varios roles dentro de la familia; entre ellos se puede incluir el de hijo/hija, el de hermano/hermana, el de estudiante, o el de nieto. Para evitar generación de conflicto entre esos roles, deben yuxtaponerse los valores, las actitudes, y las conductas de cada rol; esto es, los roles deben ser compatibles.

La socialización es el proceso mediante el cual se aprenden los roles como patrones de respuestas. La socialización puede ser intencional o incidental, o una combinación de ambas. A menudo los niños aprenden las destrezas para ser papá o mamá por el solo hecho de formar parte de la familia, y debido al aprendizaje inherente que resulta de convivir con sus propios padres y madres. En otras ocasiones, los niños pueden poseer destrezas específicas que les han enseñado sus padres, como cam-

biar los pañales a un hermanito, o el rol de padre o madre puede aprenderse al tomar clases sobre las relaciones de los padres con sus hijos o sobre el cuidado de éstos. El proceso de socialización ocurre mediante la internalización de valores específicos o actitudes y la adquisición de destrezas para el desempeño de las conductas apropiadas.<sup>9</sup>

Por cada rol existe un rol complementario en el cual las conductas especificadas por los participantes en el rol son constantemente influidas entre sí por sus interacciones. Cuando los roles son esencialmente interdependientes y recíprocos, se dice que existe complementariedad de rol, facilitando la estabilidad en las redes de interacción del sistema familiar. Los de esposo-esposa, padre-hijo, hermano-hermano, y abuelo-nieto son ejemplos de roles complementarios. Los sistemas familiares que reflejan claramente roles definidos muestran menor dificultad para que los miembros individuales alcancen las expectativas o cumplan con las obligaciones del rol. Si tal dificultad existe, se dice que existe tensión de rol entre los participantes del rol complementario.<sup>10</sup> En el pasado, el sexo era frecuentemente el factor determinante en las conductas del rol de padre o madre. Los padres eran los productores y las madres se encargaban del hogar y de los hijos. Actualmente, los roles menos definidos pueden ser origen de fricción que conduzca a la tensión de rol. De todos modos, esto no es necesariamente negativo. Cierta grado de tensión de rol puede ser inevitable y, de hecho, permitir una mayor flexibilidad y creatividad en los roles familiares. El conflicto de rol se presenta cuando un individuo se encuentra en una situación en la que las expectativas del rol o las conductas están en contradicción con dos o más roles o con el mismo rol. A medida que la compatibilidad o la avenencia con los respectivos roles emergen entre los miembros de la familia, van desarrollándose también la consonancia (o el consenso) y el desempeño funcional del rol, lo que predispone al equilibrio en la familia.<sup>11</sup> A veces, los participantes del rol sufren titubeos y confusiones en sus propias conductas o con las expectativas de su compañero de rol, lo que crea un estado de desequilibrio dentro del sistema de la familia. Un acontecimiento normativo como el nacimiento de un niño puede caracterizar un período de transición en el ciclo vital de la familia, resultando ello en la confusión de rol. El proceso de transición de rol dentro de la familia se verá afectado por la flexibilidad y la creatividad de que disponen los miembros de la familia a medida que se adaptan a sus nuevos roles.

La teoría del rol como un marco teórico para la práctica de la enfermería en la familia puede proporcionar una guía para valorar a la familia, realizar diagnósticos de enfermería, y planear intervenciones apropiadas al explicar los roles de los miembros de la familia durante las transiciones



en el ciclo vital de la familia. Meleis identificó tres tipos de ajustes que requieren cambios de rol dentro de la familia y que son iguales a los acontecimientos normativos y paranormativos discutidos antes: (1) de desarrollo, que resultan del crecimiento y el desarrollo normales, (2) situacionales, como la muerte de uno de los esposos o ser padre o madre sin pareja, y (3) salud-enfermedad, como un accidente que resulte en invalidez.<sup>12</sup> Desde la perspectiva de la teoría del rol, serán necesarias transiciones dentro del sistema de la familia. Y esas transiciones pueden ser una fuente potencial de tensión de rol o de conflicto de rol. El contacto de enfermería con las familias o con los miembros individuales de la familia se inicia a menudo durante esos períodos de transición.

El siguiente estudio de caso será usado para examinar el proceso de enfermería de cada marco teórico discutido en este capítulo. De ese modo se podrán comparar y contrastar las discrepancias en los enfoques para la práctica de la enfermería que resulten de los distintos marcos teóricos.

---

#### ESTUDIO DE CASO • MIKE Y HEATHER

---

Mike y Heather llevan once años de casados. Los dos tienen 35 años. Mike es asesor de la dirección de una empresa importante de electrónica. Hasta el reciente nacimiento de su primer hijo, Brett, Heather enseñaba educación física en una secundaria pública. Tanto a Mike como a Heather les gusta mucho su trabajo. Además de su puesto de tiempo completo, Mike tiene varias inversiones a las que debe dedicarles mucho tiempo. De igual modo, Heather estuvo muy comprometida con actividades estudiantiles durante el tiempo que fue profesora.

Con sólo esta breve información acerca de esta familia, pueden señalarse varias áreas sobre las que una valoración más amplia será crítica. Empleando la teoría del rol como un enfoque teórico, se puede predecir que el nuevo miembro en la familia pone en juego relaciones nuevas y nuevos roles dentro del sistema familiar, cambiando por ello a la familia.<sup>13</sup> En la valoración más amplia de esta familia aparecía que la pareja “había aplazado” continuamente el tener hijos durante los nueve primeros años de matrimonio. Entonces decidieron no tener hijos, y a Heather le ligaron las trompas. Cuatro meses después de la ligadura de trompas de Heather, la pareja se enteró de que Heather estaba embarazada. En ese momento se renegó la decisión de tener o no tener hijos; puesto que ninguno de los dos tenía objeciones filosóficas o religiosas contra el aborto, éste era una opción para ellos. Decidieron tener el bebé, y Brett nació 7 meses después. La pareja decidió que Heather no volvería a trabajar. Su nivel de ingresos volvería a ser el mismo, a pesar de todo, porque Mike realizaría “especulaciones” adicionales con sus inversiones.

La valoración y la intervención de enfermería en esta familia dependía de la habilidad de la familia para abrirse a nuevas ideas, información, y recursos. En otras palabras, las fronteras de la familia debían ser permeables lo suficientemente para abrirse al intercambio de entrada y salida con el entorno.<sup>14</sup>

El nacimiento del niño fue descrito al principio como un acontecimiento normativo o como un ajuste de desarrollo para la familia. Desde la perspectiva de la teoría del rol, una valoración más amplia debería incluir el examen de cómo se determinan los roles dentro de esa familia, qué roles toma cada participante, la flexibilidad de las expectativas y las conductas de sus roles respectivos, y el grado de consenso de rol que haya surgido. La iniciación de la discusión de la conducta de rol y la base para determinar las expectativas de rol dentro de los sistemas de familia sirven a Heather y a Mike para examinar más ampliamente sus propias interacciones y para clarificar la transición de rol que exige la paternidad o la maternidad. Habíamos visto que los roles en esa familia no habían sido asignados en función del sexo. Mike colaboraba en la preparación de las comidas, y a veces Heather lavaba el garage; los dos ayudaban en la remodelación de su casa. En términos de conducta como padres, Mike y Heather habían observado que la flexibilidad dentro de sus roles de padres era una fuente de tensión entre ellos. Se convirtió en un problema a medida que la confusión iba en aumento acerca de lo que cada uno esperaba del otro después del nacimiento de Brett. En este punto, no sólo tenían que cambiar sus roles como padres, sino también otros roles que se habían establecido durante los once años anteriores de matrimonio, tales como los del manejo y cuidado de la casa y los planes sobre recreación. Aun cuando los roles nunca son estáticos, dentro del sistema se había alcanzado cierto grado de estabilidad.<sup>15</sup> Con la llegada del niño, la flexibilidad en sus roles y la confusión en las expectativas entre los participantes del rol originaron desequilibrio dentro del sistema familiar.

El fin de la intervención era alentar la solución de problemas entre Heather y Mike. En otras palabras, el propósito de la intervención no era determinar cuáles eran o debían ser las expectativas de rol o las conductas, sino más bien fijar el punto de partida para que la familia actuara. De este modo, el crecimiento de la familia se facilita con su propia solución de problemas. El reconocimiento de las necesidades familiares puede ser discutido al explorar junto con los miembros de la familia qué necesidades han sido cubiertas y cuáles no por los roles actuales de los individuos en la familia.

Como pudo predecirse a partir del marco teórico, la flexibilidad dentro de los roles de Heather y Mike permitió mayor creatividad y una gama más amplia de elecciones al tiempo que la familia se adaptaba a sus nuevos roles como padres. Al tener conciencia de la necesidad de clarificar los roles, Mike y Heather se abrieron a una variedad de nuevas ideas y sugerencias que surgían de cada uno y de la enfermera. Desde la perspec-

tiva de la teoría del rol, se proporcionó información sobre el impacto de la familia original, el cambio en su red de sistemas de asistencia, y la complejidad mayor de todas las relaciones familiares con el nacimiento del niño.

Meleis y Swendsen proponen tres estrategias para facilitar las metas de la intervención de enfermería durante la transición de rol: modelado del rol por individuos con conocimiento sobre el rol; grupos de referencia, en los cuales los individuos que han pasado por cambios similares de rol comparten sus experiencias; y ensayo del rol imaginando cómo sería el rol en la práctica.<sup>16</sup> En su discusión con la enfermera, Mike y Heather fueron capaces de examinar las interacciones mutuas y explorar nuevos tipos de conducta de rol. La intervención facilitó su propia interacción e incrementó la conciencia de los efectos de sus expectativas y conductas entre uno y otro, y ello condujo consecuentemente a Mike y a Heather a la armonía de rol. Uno de los aspectos principales de la práctica de enfermería basada en este marco teórico es que los roles son dinámicos y tienen que cambiar. Por consiguiente, debe ponerse énfasis en la autoevaluación como proceso de avance para la familia.

### *Teoría del desarrollo*

Los teóricos más importantes, al examinar el desarrollo del individuo, ponen énfasis en la identificación de las etapas por las que atraviesan los individuos.<sup>17,18</sup> El enfoque de desarrollo se ha empleado también como marco teórico que se aplica al ciclo vital de la familia. La estructura y la función de las familias se estudian a lo largo de las distintas etapas que surgen en el desarrollo de la familia. El enfoque de desarrollo más ampliamente conocido es el de Duvall, la que divide el ciclo vital de la familia en ocho etapas cronológicas:

- 1 La familia que se inicia
- 2 La familia en la que hay parto
- 3 La familia con niños preescolares
- 4 La familia con niños escolares
- 5 La familia con hijos adolescentes
- 6 La familia centro de lanzamiento
- 7 La familia de padres en la edad madura
- 8 La familia de ancianos y la jubilación<sup>19</sup>

Dentro de cada una de estas etapas de desarrollo existen tareas que son fundamentales para que la familia funcione. El manejo exitoso de las

tareas sucesivas dentro de cada etapa es indispensable para progresar a la siguiente etapa de desarrollo. Duvall ha identificado ocho tareas básicas:

- 1 Proveer a las necesidades básicas, como alimento, techo, vestido y cuidado de salud
- 2 Hacer frente a las necesidades financieras y distribuir los recursos, como bienes materiales, espacio, respeto, y afecto, de acuerdo con las necesidades familiares e individuales
- 3 División de trabajo, como las tareas de la casa y el cuidado de los niños
- 4 Socialización de los miembros de la familia a las normas y valores de la sociedad
- 5 Reproducción y crianza de los hijos
- 6 Establecer modos de comunicación e interacción que sean aceptables a la sociedad
- 7 Encargarse de la interacción con otros sistemas sociales como escuelas, iglesias, y empleadores
- 8 Mantener la motivación y la habilidad para enfrentar las crisis<sup>20</sup>

Para cualquier etapa dada de desarrollo, la prioridad de esas tareas básicas puede ser diferente, dependiendo de las necesidades de crecimiento y desarrollo de una familia en particular. Por ejemplo, la familia con niños escolares debería concentrarse en la tarea de la interacción con el sistema escolar; mientras que en la familia con padres en la edad madura, la concentración debe ser en restablecer la comunicación entre esposo y esposa sin la presencia de los hijos en la casa.

Otros teóricos del desarrollo han categorizado el ciclo vital de la familia en etapas distintas y ponen énfasis en tareas diferentes.<sup>21</sup> Terkelson discute los acontecimientos paranormativos como el *status* socioeconómico, la invalidez, y el divorcio como modificaciones de la progresión de las etapas del desarrollo como las describió Duvall. Dado que Terkelson ve a la familia como sistema social, su enfoque de desarrollo pone mayor énfasis en las relaciones y las interacciones entre los miembros de la familia.<sup>22</sup>

Las restricciones principales en el enfoque de desarrollo de Duvall son las limitaciones impuestas en la aplicación del marco con las estructuras variables de la familia. Podemos preguntarnos cómo se ajustaría una familia mixta, en la que tanto el esposo como la esposa tienen hijos en edad escolar de matrimonios anteriores y tienen otro hijo después de su matrimonio. El enfoque de Terkelson proporciona mayor amplitud, al poner mayor énfasis sobre los cambios o transformaciones en la estruc-

tura y la función de la familia que resultan de acontecimientos paranormativos como el divorcio.

Puesto que es responsabilidad de la familia proporcionar el entorno para la consecución de las necesidades individuales, la realización de las tareas de desarrollo de la familia es esencial para crear dicho entorno. Sin embargo, los miembros de la familia se encuentran en sus propias etapas de desarrollo, lo que aumenta la complejidad de la ejecución de las tareas del desarrollo de la familia. Un buen ejemplo es la familia con hijos adolescentes. La comunicación abierta como una tarea de desarrollo familiar puede ser un reto. Mientras que el hijo puede buscar la autonomía mediante el rechazo de la ayuda de los padres, el padre puede encontrar difícil aceptar el verse relegado por el hijo sin negar al adolescente el amor que él o ella necesitan desesperadamente en esa etapa del desarrollo individual.

El marco de desarrollo de Duvall puede aplicarse a la familia descrita antes en este capítulo como un instrumento de evaluación de la práctica familiar usando la teoría del desarrollo. La mayor ventaja al usar un enfoque del desarrollo es la pauta que proporciona para realizar las valoraciones familiares. Sin embargo, la desventaja de su aplicación a familias que no encajan en la familia nuclear tradicional puede verse incluso en el caso de Mike y Heather. El aplazamiento del embarazo colocó a esta familia fuera del patrón normativo en función de la secuencia del desarrollo. El marco de desarrollo no proporciona un medio de colapso más que en una etapa, lo que podría ser más apropiado para familias como las de Mike y Heather. Aunque se les podría considerar como estando todavía en la etapa de tener hijos, sus edades y las etapas de desarrollo individual podrían indicar que ellos no conforman la familia típica para tener hijos. Este marco tampoco puede ofrecer pauta alguna en las necesidades especiales de una pareja como la formada por Mike y Heather que fueron padres cuando se acercaban a la edad madura. Una vez establecidas qué tareas de desarrollo debe ejecutar necesariamente esta familia, el enfoque de desarrollo ofrece muy poco al planear la intervención.

### *Teoría de la comunicación*

La *comunicación* se define como emisión y recepción de mensajes. Una parte integral de la comunicación es el proceso mediante el cual se comprueba que los mensajes emitidos y recibidos son claros. La comunicación absolutamente clara puede que no exista; es más posible que existan

grados de claridad o de concordancia. Cuando la comunicación deja al receptor con incertidumbre sobre lo que se ha dicho, o el mensaje emitido no es claro para él, se dice que la comunicación es disfuncional. La comunicación funcional refleja un alto grado de congruencia entre la intención por parte del emisor del mensaje y la percepción del receptor.

La comunicación es un concepto complejo. Existen por lo menos dos niveles de comunicación. El nivel *denotativo* es el contenido literal del mensaje. El nivel de *metacomunicación* proporciona un mensaje acerca del mensaje emitido.<sup>23</sup> En otras palabras, la metacomunicación da a entender un intento de mensaje y puede ser expresada verbal o no verbalmente. La expresión facial y el movimiento son ejemplos de metacomunicación no verbal. La metacomunicación verbal podría incluir el tono de voz. Puesto que puede enviarse una amplia gama de metacomunicaciones, el receptor debe seleccionar los mensajes verbales y no verbales que recibe. La comunicación es funcional cuando los niveles denotativos y de metacomunicación son congruentes. Cuando los dos niveles no se ajustan, entonces el receptor debe de algún modo determinar cuál era el mensaje. El riesgo de disminución en comprensión y un menor grado de claridad aumentan a medida que el número de mensajes incongruentes aumenta también. Otras formas de comunicación no funcional incluyen la omisión de una parte del mensaje, juicios contradictorios, y hacer suposiciones acerca de los mensajes recibidos sin que sean verificados por el emisor.

La teoría de la comunicación como un marco para la enfermería de la familia proporciona pautas no sólo para valorar las interacciones entre los miembros de la familia sino también estrategias para implementar el cambio. El objetivo de la relación terapéutica en la práctica de la enfermería de familia que emplea el marco de la comunicación es mejorar la comunicación entre los miembros de la familia, mejorando con ello las interacciones familiares y facilitando el crecimiento dentro de la familia.

Mike y Heather pudieron describir varios ejemplos en los cuales se habían emitido y recibido mensajes incongruentes acerca del problema del cuidado del niño. Por ejemplo, una mañana Heather se sentía muy cansada cuando tuvo que levantarse a calmar el llanto de Brett. Dándose cuenta de ello, Mike le dijo: “¿voy yo?” La respuesta de Heather fue: “¡no, tú tienes que dormir!”, mientras daba un portazo al salir del dormitorio. Otro ejemplo de comunicación no funcional se relacionaba con la manera en que se había tomado la decisión para que a Heather le ligaran las trompas. Esa decisión se había tomado “discutiéndolo durante varios meses”. Cuando Heather se dio cuenta de que estaba embarazada, su proceso de toma de decisiones adoptó otra dimensión –escribían los pros

y los contras así como las elecciones individuales para compartirlas y discutir las. Durante ese proceso, Heather confesaba ante Mike que se había hecho la ligadura antes que nada porque ella sabía “que esto era lo que él deseaba”. En este ejemplo, Heather había supuesto algo sin verificarlo con Mike.

La intervención de enfermería que se basa en la teoría de la comunicación podría adoptar diversos enfoques. Uno de los problemas que surgieron con Heather y Mike fue de confusión respecto de la participación como padres en el cuidado del niño. Al representar el rol en los sucesos que ocurrieron y los que hubieran deseado que ocurrieran cuando Brett daba guerra o cuando Mike regresaba a casa del trabajo y discutiendo luego cómo se sentía cada uno, Mike y Heather pudieron desarrollar cabal conciencia de sus mutuos sentimientos. Otro mecanismo que puede igualmente facilitar tal conciencia es la inversión de roles. En tal tipo de intervención, la madre deberá interpretar el rol del padre, mientras que el padre interpretará el rol de la madre. Usando este mecanismo, la pareja puede adquirir conciencia y experimentar cómo se sentiría cada uno de los esposos. Tal intervención promueve la comunicación y ayuda a clarificar los mensajes que no son claros. Otras intervenciones que podrían emplearse con esta familia incluyen el establecer un mecanismo mediante el cual Mike y Heather pudieran revisar los mensajes recibidos que no estén claros; dedicar un tiempo para que Mike y Heather compartan sentimientos, ideas, y experiencias; ayudarlos a desarrollar habilidades para escuchar. No importa qué marco teórico se use, un sistema de comunicación efectiva es una meta principal en la práctica de la enfermería familiar.

### *Teoría de la crisis*

Según Caplan, la crisis ocurre como resultado de una situación novedosa o de un acontecimiento en el que no es suficiente la solución típica de problemas.<sup>24</sup> En esta discusión, la crisis de la familia es el mismo proceso excepto en que la nueva situación no está dentro del terreno de las capacidades de solución de problemas normales de la familia.<sup>25</sup> El acontecimiento que causa la crisis para una familia puede no tener el mismo efecto dentro de otra familia. La enfermedad de un miembro de la familia, la pérdida del empleo, y el divorcio son ejemplos de acontecimientos que podrán llevar a la crisis.

El acontecimiento estresante puede conducir al desequilibrio dentro de la unidad familiar. Aguilera y Messick han identificado tres factores

que van a influir, ya sea que el suceso desemboque o no en una situación de crisis: la percepción del acontecimiento, la asistencia situacional, y los mecanismos de defensa.<sup>26</sup> Si la familia tiene una percepción realística del acontecimiento y asistencia y mecanismos de defensa adecuados, el problema se resolverá y el equilibrio se recuperará. El estado de organización o desorganización de la familia afectará el modo en cómo percibe el acontecimiento la familia. Además, es mucho más probable que existan mecanismos adecuados de defensa si la familia ha tenido antes experiencias en las que se han desarrollado y usado mecanismos de defensa. Aguilera y Messick afirman que, si uno o más de esos factores están ausentes, entonces el problema no podrá resolverse; el desequilibrio permanece y resulta en crisis.<sup>27</sup> Otras características de la situación de crisis son

- 1 El período de una crisis es autolimitante
- 2 La tensión se eleva con un sentimiento general de desamparo
- 3 La crisis puede desembocar en la pérdida de funcionamiento eficaz<sup>28</sup>

La intervención en la crisis de la familia será distinta de la intervención en la crisis individual en que la familia es vista como teniendo el mayor impacto sobre la producción, el mantenimiento, y la resolución de la crisis. Por ello, la intervención en la crisis de la familia debe poner énfasis en el rol de la familia en el manejo de la crisis. La familia se convierte en una unidad a la que se dirige la intervención.<sup>29</sup> La intervención incluye aclarar con los miembros de la familia en qué consiste el problema y qué factores condujeron al problema o al acontecimiento estresante.<sup>30</sup> Durante el tiempo de la crisis, las fronteras del sistema de la familia se hacen más permeables, y en consecuencia la familia se halla más abierta a la intervención.

El acontecimiento estresante que ocurrió en el estudio de caso fue el embarazo de Heather después de la ligadura de sus trompas. Tanto Mike como Heather describieron el embarazo como un “shock”. Sin embargo, fueron capaces de desarrollar una percepción realística del acontecimiento; fueron capaces de ayudarse mutuamente a la vez que fueron discutiendo las opciones; y ambos tenían experiencia previa en la toma conjunta de decisiones.

El hecho de ser padres podría ser considerado igualmente como una crisis en potencia para esta familia. Al facilitar la comunicación de la pareja y la percepción del rol de cada uno ayudaron a resolver los problemas potenciales. La intervención que se basa en la teoría de la crisis ayuda a la enfermera a centrarse en las capacidades convenientes de que



carece la familia y que pueden ser enseñadas rápidamente para mantener a la familia en un estado funcional o llevarla a él.<sup>31</sup>

### *Teoría del aprendizaje social*

La teoría del aprendizaje social es la última de las teorías que se usará en el análisis de la práctica de la enfermería familiar. Para los propósitos de este capítulo, los conceptos principales de la teoría del aprendizaje social serán usados para explicar el desarrollo de las relaciones dentro del sistema de la familia. Bowlby señaló que el aprendizaje cognoscitivo es un componente esencial para el proceso de vinculación.<sup>32</sup> El aprendizaje que ocurre en el desarrollo de la vinculación ocurre primariamente mediante la interacción y el contacto entre padre e hijo. Se usará el modelo de Bandura del aprendizaje social para aclarar este proceso del aprendizaje en el desarrollo de las relaciones de la familia.<sup>33</sup>

Según Bandura, existen tres tipos de factores interdependientes: los factores conductuales se refieren a las acciones del individuo, por ejemplo si el padre participa en el cuidado del niño; los factores personales incluyen componentes tales como experiencias pasadas de la familia, experiencias previas con niños, *status* socioeconómico, y edad; los factores del entorno incluyen cualesquiera experiencias en relación con la paternidad que estuvieran disponibles para los nuevos padres, como la demostración de cómo se baña al niño. Dentro de este enfoque para el aprendizaje ocurren tres procesos: vicario, simbólico, y autorregulador. En primer lugar, el aprendizaje puede ser un proceso vicario. Si todo el aprendizaje se llevara a cabo mediante el procedimiento de ensayo y error, sería de un gran costo y peligroso. En cambio, algunas conductas se aprenden indirectamente, como mediante la observación del modelado. La paternidad es un ejemplo de conducta aprendida de este modo. Los hombres y las mujeres a menudo modelan sus propias conductas de paternidad a la manera de las de sus padres o personas significativas para ellos. El proceso simbólico depende de la habilidad cognoscitiva del individuo para conservar las experiencias en forma representacional como guía para conductas futuras. Por ejemplo, la madre puede usar símbolos orales cuando describe la demostración del baño; o emplear imágenes visuales cuando luego revive para sí la demostración o va a darle a su niño el baño. El proceso autorregulador es la propia selección del individuo de los acontecimientos, y la organización y la transformación de ellos. El modo como usa la madre la demostración del baño dependerá de cómo ha organizado ella y transformado la experiencia. Por tanto, el aprendizaje depende de

la selección y el empleo por parte de los padres de las experiencias disponibles en el entorno.

El uso de la teoría del aprendizaje social como marco para la práctica requerirá primero la valoración cuidadosa de los factores que van a influir en el proceso del aprendizaje. De esta valoración surgirán las necesidades del aprendizaje. Por ejemplo, se podrá observar que la madre pasa momentos difíciles durante la lactancia al pecho. El bebé mama bien pero le es difícil agarrar el pezón con la boca. Se trata de una madre primeriza sin experiencia previa. Usted observará que ella acaricia muy amorosamente la mejilla del bebé que está más alejada del pecho, instándolo a que succione. Mediante esta valoración será posible identificar que la madre no tiene conocimiento del reflejo de la raíz de los dientes. Una demostración de la respuesta del bebé al tocarlo alrededor de las mejillas y la boca, le ayudará a ella a aprender algo sobre la respuesta de la conducta del bebé. La sensibilidad se hace siempre necesaria cuando se usa el modelado con madres primerizas a fin de no hacerlas perder su confianza.

En el caso de Heather y Mike, la interacción con la familia puede proporcionar información sobre el nivel de satisfacción de Mike con Brett. Heather informó que él no parecía estar interesado en Brett y que no le gustaba tomarlo en brazos cuando lloraba. A partir de esta información, podría concluirse que Mike realmente está temeroso de Brett y que, mediante más aprendizaje sobre sus respuestas y señales, Mike se sentiría más satisfecho al participar en el cuidado de Brett. Pueden planearse las intervenciones que aumenten el conocimiento de Mike sobre el cuidado del bebé y los patrones de respuesta de los niños. Otra deducción podría ser que Heather está *vigilando*, y en este sentido impide que Mike se involucre con Brett. Si éste fuera el caso, la intervención debería dirigirse a influir en el comportamiento de la madre.

## UN MARCO ECLECTICO

La ventaja de discutir por separado cada marco teórico es que ayuda a descubrir el foco de los marcos individuales. Proporciona un punto de vista claro de cada teoría en lo tocante a la práctica de la enfermería. Es más, la validez y la inconsistencia de las distintas teorías pueden ser examinadas más explícitamente. En realidad, la práctica de la enfermería familiar puede basarse en una combinación de los enfoques discutidos en este capítulo.

Todavía no existe una teoría única que tenga la complejidad o la

riqueza de cubrir todos los aspectos de la salud de la familia. Los conceptos deben elegirse de entre las teorías existentes para ayudar a explicar áreas específicas de la práctica de la enfermería familiar. El sintetizar o combinar dos o más marcos teóricos proporciona una base más abarcadora para valorar a la familia y desarrollar las intervenciones de enfermería. Debido a ello, el enfoque ecléctico proporcionará a la enfermera una perspectiva más amplia y disminuirá la posibilidad de perder información importante al tener un enfoque limitado.

## REFERENCIAS

- 1 Ruth A. O'Brien: *A Conceptualization of Family Health*. Clinical and Scientific Sessions #NP-59, *American Nurses Association Publication*, 1979, pp.19-31.
- 2 James L. Hawkins, Carol Weisberg, and Dixie L. Ray: "Marital Communication Study and Social Class". *Journal of Marriage and the Family*, 39:479-490, 1977.
- 3 Ellen H. Janosik: "Variations in Ethnic Families". In Jean R. Miller and Ellen H. Janosik (eds.): *Family Focused Care* (New York: McGraw-Hill, 1980), pp.58-101.
- 4 Jacqueline Fawcett: "The Family as a Living Open System: An Emerging Conceptual Framework for Nursing". *International Nursing Review*, 22:113-116, 1976.
- 5 Kenneth G. Terkelson: "Toward a Theory of the Family Life Cycle". In Elizabeth A. Carter and Monica McGoldrick (eds.): *The Family Life Cycle: A Framework for Family Therapy* (New York: Gardner Press, 1980), pp.21-52.
- 6 Kathryn Barnard: Editorial. *The American Journal of Maternal-Child Nursing*, 3:83, 1978.
- 7 Debra Hymovich and Robert Chamberlin: *Child and Family Development* (New York: McGraw-Hill, 1980).
- 8 Robert Linton: *The Cultural Background of Personality* (New York: Appleton-Century-Crofts, 1945).
- 9 Paulette Robischon and Diane D. Scott: "Role Theory and its Application in Family Nursing". *Nursing Outlook*, 17:52-57, 1969.
- 10 William J. Goode: "A Theory of Role Strain". *American Sociological Review*, 25:483, 1960.
- 11 Ellen H. Janosik and Jean R. Miller: "Assessment of Family Function". In Jean R. Miller and Ellen H. Janosik (eds.): *Family Focused Care* (New York: McGraw-Hill, 1980), pp.115-131.
- 12 Afaf I. Meleis: "Role Insufficiency and Role Supplementation: A Conceptual Framework". *Nursing Research*, 24:264-271, 1975.
- 13 Judith Moore and Phyllis Stern: "Entry of Children into the Family System". In Jean R. Miller and Ellen H. Janosik (eds.): *Family Focused Care* (New York: McGraw-Hill, 1980), pp.167-207.
- 14 Marilyn Friedman: *Family Nursing* (New York: Appleton-Century-Crofts, 1981), pp.75-76.
- 15 Robischon and Scott, *op.cit.*, pp.52-57.
- 16 Afaf I. Meleis and Leslie A. Swendsen: "Role Supplementation: An Empirical Test of a Nursing Intervention", *Nursing Research*, 27:11-18, 1978.
- 17 Erik Erickson: *Childhood and Society* (New York: W.W. Norton, 1963).
- 18 Jean Piaget: *The Origins of Intelligence in Children* (New York: International Universities Press, 1952).

- 19 Evelyn M. Duvall: *Marriage and Family Development*, ed.5. (Philadelphia: J.B. Lippincott, 1979).
- 20 *Ibid.*
- 21 Ray H. Rogers: *Family Interaction and Transaction* (Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice-Hall, 1973).
- 22 Terkelson, *op.cit.*, pp.21-52.
- 23 Virginia Satir: *Conjoint Family Therapy* (Palo Alto, California: Science and Behavior Books, 1967), pp.75-76.
- 24 Gerald Caplan: *Principles of Preventive Psychiatry* (New York: Basic Books, 1964).
- 25 Roseann F. Umana, Steven J. Gross, and Marcia T. McConville: *Crisis in the Family* (New York: Gardner Press, 1980).
- 26 Donna C. Aguilera and Janice M. Messick: *Crisis Intervention: Theory and Methodology* (St. Louis: C.V. Mosby, 1981).
- 27 *Ibid.*
- 28 Lydia Rapaport: "The State of Crisis: Some Theoretical Considerations". *Social Sciences Review*, 36:211-217, 1962.
- 29 Umana, Gross, and McConville, *op.cit.*
- 30 Linda Walkup: "A Concept of Crisis". In Joanne E. Hall and Barbara R. Weaver (eds.): *Nursing of Families in Crisis* (Philadelphia: J.B. Lippincott, 1974), pp.151-157.
- 31 Umana, Gross, and McConville, *op.cit.*
- 32 John Bowlby: "The Making and Breaking of Affectional Bonds". *British Journal of Psychiatry*, 130:201-210, 1977.
- 33 Albert Bandura: *Social Learning Theory* (Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice-Hall, 1977).

Se presenta el examen de las teorías relevantes para la práctica de la enfermería con grupos como base para la intervención con esos sistemas.

## CAPITULO DOCE

# **BASE CONCEPTUAL PARA LA INTERVENCION DE ENFERMERIA CON GRUPOS**

ELEANOR M. WHITE

Quando se piensa en la enfermería distributiva, es difícil concebir a una enfermera que no practique dentro del marco de un grupo. La complejidad de la sociedad moderna postindustrial es tal que los proveedores del cuidado de salud y los consumidores de éste parecen encontrarse a sí mismos moviéndose entre una variedad de grupos pequeños, grandes, y muy complejos. Aunque puede haber interacción, en un momento dado, entre una enfermera particular y un cliente particular, la enfermera y el cliente son todavía parte de un sistema mayor, el de un grupo. Cada vez más, las enfermeras se encuentran interviniendo en un nivel de grupo más que en uno diádico y practicando dentro del marco de un grupo. Sucede así, ya sea que se trabaje en una organización compleja como un hospital, en una agencia de salud comunitaria, o en la práctica privada con otros profesionales de la salud. La idea de la enfermera como el miembro de un equipo implica el concepto de grupo, con la enfermera como parte del grupo o como líder del grupo.

Cada vez más, tanto las publicaciones profesionales como las populares proporcionan ejemplos de enfermeras que actúan con clientes en grupos, sean éstos los que Marram ha llamado *grupos terapéuticos* (e.g., grupos prenatales para madres, grupos de asistencia para pacientes con mastectomía o colostomía, o grupos de padres y madres para nuevos padres), grupos de entrenamiento como los ofrecidos mediante los cursos de educación continua dirigidos a desarrollar las capacidades de las enfermeras como miembros efectivos de grupo, o los grupos orientados psicoterapéuticamente.<sup>1</sup> Las últimas tendencias en el suministro del cuidado de salud exigen que las enfermeras sean capaces de emplear grupos a corto plazo para proporcionar cuidado a un buen costo a los clientes. Al mismo tiempo, el incremento en el fenómeno de la autoayuda dirigido a auxiliar a personas con problemas específicos de salud exige que las enfermeras aprendan a establecer roles nuevos y flexibles dentro de esos grupos.

El propósito de este capítulo es proporcionar un marco conceptual incorporando la teoría general de sistemas, la teoría de la dinámica de grupos, y la teoría de la psicoterapia interaccional de grupo como base para entender e intervenir con los grupos. Los grupos serán vistos como sistemas y como subsistemas. Se analizarán sus propiedades como sistemas, las relaciones con sus entornos, los aspectos estructurales, las relaciones internas y externas, las redes de comunicación, los medios de socialización y control social, y las etapas del desarrollo. También se presentarán los patrones emergentes de la intervención de grupo por las enfermeras.

## LOS GRUPOS COMO SISTEMAS Y SUBSISTEMAS

Los grupos son sistemas abiertos y poseen todas las propiedades de los sistemas abiertos analizados en el capítulo 3 por Sills y Hall. Los grupos son también subgrupos de sistemas más grandes, tales como las organizaciones complejas. Los grupos consisten en subsistemas identificados como miembros particulares, relaciones diádicas, o constelaciones pequeñas (fig.12-1).

La *formación* de los grupos puede efectuarse mediante una acción deliberada por una o más personas para cumplir con un objetivo; mediante formación espontánea cuando los individuos identifican una base común para la interacción continua; o mediante definición por otros cuando los individuos son tratados de una manera homogénea y designados externamente como grupo sobre la base de alguna propiedad o característica

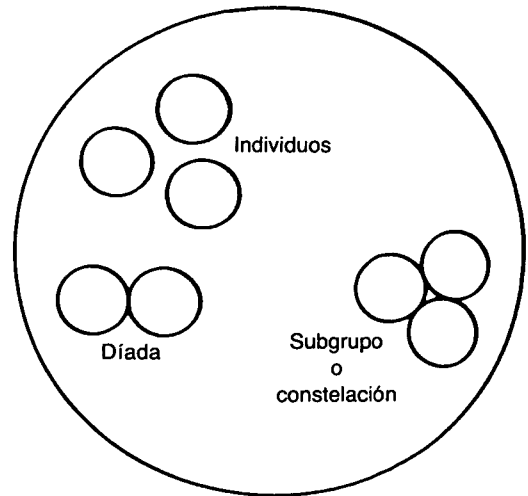


FIGURA 12-1  
Subsistemas del grupo.

identificadas. Los individuos *llegan a ser* un grupo cuando han establecido un patrón específico de procesos de información o metas.<sup>2</sup> Los atributos de un grupo identificados comúnmente incluyen las interacciones frecuentes entre los miembros, la definición por ellos mismos o por otros como grupo, las normas compartidas, un sistema de roles interconectados, prosecución de metas interdependientes, y actividad en una forma unificada



FIGURA 12-2  
Atributos del grupo.

**CUADRO 12-1 DIFERENCIACION DE LOS GRUPOS**

	GRUPO DE TAREA	GRUPO DE ENTRENAMIENTO	GRUPO TERAPEUTICO	GRUPO PSICOTERAPEUTICO	GRUPO DE AUTOAYUDA
PROPOSITO	Desempeño de una tarea específica concertada al principio	Desarrollo de fuerzas interpersonales, destrezas interpersonales, conocimiento del proceso de grupo	Prevención de dificultades emocionales: educación respecto del estrés y las reacciones interpersonales frente a los acontecimientos específicos de la vida; desarrollo de apoyo, toma de conciencia, y mecanismos de enfrentamiento	Se enfrenta a los aspectos intrapersonales e interpersonales de la personalidad que funciona de una manera identificada como no satisfactoria 1. De apoyo 2. Reeducador 3. Reconstructor	Proporciona asistencia; comparte información; identidad compartida
FORMATO	Estructura y organización específicas normalmente determinadas por la tarea y el líder o el líder y los miembros	Determinado a través de los miembros y el líder; grupo cerrado, de corto plazo	Determinado normalmente por la terapeuta líder; puede incluir entrada por los miembros; de corto plazo (normalmente); abierto o cerrado	Definido por la terapeuta dentro de una orientación psicoterapéutica: normalmente es un grupo abierto, la crisis puede ser de largo o de corto plazo	Varía; normalmente es informal; determinado por los miembros; terminación abierta
ENFOQUE	Centrado en la tarea y en la solución de problemas	Centrado en las interacciones interpersonales y las transacciones: análisis del proceso de grupo	Centrado en los miembros	Centrado en los miembros: análisis de la interacción	Su asunto es el acontecimiento específico de la salud o de la vida; centrado en los miembros, mínimo enfoque de proceso
ROL DEL LIDER	Establece el intercambio de información: actúa como persona central; moviliza el potencial de los miembros	Establece la interacción del grupo alrededor de las situaciones reales: persona de recursos; catalizador o facilitador; más adelante puede perder el rol de líder y convertirse en miembro	Facilita la interacción del grupo: intercambio y exploración alrededor de asuntos interpersonales específicos; proporciona ambiente de apoyo; selecciona y prepara sistemas	Establece interacción entre el sí mismo, cada individuo y los miembros 1 Pone límites, establece normas 2 Interpreta 3 Confronta 4 Apoya 5 Selecciona pacientes y los prepara	A menudo no está presente un líder profesional; las funciones de liderazgo pueden rotar entre los miembros; profesional como "consultante" para el grupo



**CUADRO 12-1 DIFERENCIACION DE LOS GRUPOS (continuación)**

	GRUPO DE TAREA	GRUPO DE ENTRENAMIENTO	GRUPO TERAPEUTICO	GRUPO PSICOTERAPEUTICO	GRUPO DE AUTOAYUDA
REQUISITOS DEL LIDER	Conocimiento del trabajo o de la tarea; aceptado como apropiado por el grupo; puede ser elegido por el grupo dentro del conjunto de los miembros del grupo	Conocimiento de la dinámica de grupo, psicodinámica interpersonal e individual; habilidad para mantener el enfoque apropiado y el nivel de interacción	Conocimiento de la dinámica de grupo y de la terapia de grupo; habilidad para identificar los niveles adecuados de intervención e interacción; conocimiento del contenido específico	Preparado para hacer psicoterapia dentro de las situaciones del grupo; conocimiento de la psicodinámica de grupo e individual	Conocimiento de la dinámica de grupo; conocimiento del asunto-contenido específico; habilidad para ser "perfil bajo" y ser usado según se necesita
CONTRATO	Hecho con los miembros sobre las necesidades de la tarea; fecha límite para la terminación	El líder determina cómo va a funcionar como facilitador; general y hacia el grupo más que al individuo; la fecha de terminación se establece al comienzo	El líder determina los límites básicos, los parámetros, el rol para el sí mismo; realizado con el grupo y los miembros del grupo; la terminación se determina por el formato, terminación-abierta frente a grupo cerrado	Todas las áreas de la vida se prestan a la discusión; contratos individuales; normalmente, terminación obligada; determinado individualmente y abierto	Determinado por los miembros; puede ser muy flexible; solicitado por los miembros; no se fija la fecha de terminación; con frecuencia se ven miembros fuera del grupo
PUNTO DE VISTA DE LOS MIEMBROS	Se supone que los miembros se encuentran "bien" y que funcionan a plena capacidad; enfoque en las fuerzas	Vistos como básicamente "bien" pero buscando modos de incrementar las destrezas interpersonales y de grupo	Básicamente "bien", pero experimentando el estrés presente de la vida relacionado con la enfermedad física, la crisis del desarrollo	Vistos como que buscan ayuda para los problemas de la vida	Vistos como básicamente "bien" excepto para el problema o el acontecimiento al que se enfrentan; responsable para la autoayuda y la de los demás
ORIENTACION	Realidad; a la tarea; las fases se suceden secuencialmente	Realidad; aquí-y-ahora; los miembros reciben retroalimentación y trabajan para establecer modos nuevos, más eficaces de interacción; las fases son distintas pero pueden traslaparse y cambiar; el aprendizaje se prueba y se generaliza	Principalmente con la realidad identificando las responsabilidades y los mecanismos de enfrentamiento comunes; funcionamiento y solución de problemas diarios	Cambios de la realidad a los niveles de la fantasía; las fases del presente y del pasado pueden ser secuenciales o simultáneas  I Iniciación 1 Establecer relación 2 Establecer confianza 3 Recogida de datos 4 Catarsis	Realidad; aquí-y-ahora; estrategias de enfrentamiento; tareas y solución de problemas compartidas  II Trabajo 1 Pruebas de realidad 2 Validación consensual 3 Probar nuevas conductas III Terminación 1 Resolución 2 Consumación

(fig.12-2). Además de las normas compartidas, muchos grupos comparten un conjunto de creencias y valores acerca de ellos mismos y su lugar en relación con el entorno. Ejemplo de esto sería un grupo de monjas que viven juntas en comunidad y comparten valores de servicio a los demás, viviendo vidas frugales, y creyendo que su mayor fuente de fortaleza es su Dios. Un grupo psicoterapéutico puede valorar la expresión abierta de los sentimientos, la exploración de los acontecimientos problemáticos, y la confianza en la capacidad de los individuos para cambiar sus vidas a través del desarrollo de la introspección y la interacción emocional. Para ser *reconocidos* como grupo, los individuos deben exhibir atributos de interrelación dinámica con varios grados de estabilidad de patrones, claridad de fronteras; o grados de sistemidad. Es importante recordar que el ser miembro de un grupo puede o no ser voluntario, pero, en cualquier caso, los conceptos importantes que deben tenerse en cuenta son la aceptación y la atracción entre los miembros del grupo.

### *Tipos de grupos*

En este capítulo, se analizarán algunas de las designaciones más importantes de grupo. Aunque arbitrarios, esos tipos permiten observar y clasificar a los grupos pequeños con los que la enfermera puede encontrarse. Muchas de las características identificadas pueden traslaparse; por ello, es útil ver los grupos desde la perspectiva de un *continuum*.

**GRUPOS PRIMARIOS CONTRA SECUNDARIOS** Como lo describió Cooley, un grupo primario puede ser establecido a través de medios involuntarios, como la situación geográfica o la herencia común, mediante la atracción voluntaria de la gente que se gusta, o mediante un ideal compartido en común que implique una vinculación o devoción intensas hacia el ideal. Los grupos primarios son pequeños, grupos de cara-a-cara con la función fundamental de integrar la naturaleza social y los ideales de los individuos y de establecer entre los miembros lazos cálidos e íntimos.<sup>3</sup> Los ejemplos de grupos primarios incluirán las familias, las comunidades religiosas, y varios grupos pequeños de cambio social que asumen gran significancia para los miembros.

Los grupos secundarios son generalmente mayores que los grupos primarios. Tienen mayor contacto intermitente, con interacciones contractuales y más formales. Se establecen para un fin. Exhiben formas de interacción frías, impersonales, y racionales. Ejemplos de grupos secundarios son los comités, los equipos de enfermería, los grupos de tarea

*ad hoc*, y muchos grupos profesionales. Frente a los grupos primarios en donde la entrada y la salida de los miembros son acontecimientos emocionales significativos, tales acontecimientos ocurren más casualmente en los grupos secundarios, aunque a veces pueden señalar su presencia la ceremonia o el protocolo.

**GRUPOS EXPRESIVOS CONTRA GRUPOS INSTRUMENTALES** La diferenciación entre grupos expresivos y grupos instrumentales es parecida a la diferencia entre grupos primarios y secundarios. Los grupos expresivos generalmente establecen relaciones horizontales. Tienen un foco interno con objetivos bastante difusos e inespecíficos. La energía se dirige a la integración y a las relaciones internas. Un grupo expresivo puede ser de significancia variable para sus miembros y, por ello, pueden haber grupos primarios o secundarios en función del grado de influencia o del tiempo que tienen como miembros. Ejemplos de grupos expresivos, que pueden parecerse en el *status* al grupo primario para sus miembros, son los grupos psicoterapéuticos, los de asistencia a pacientes, y los grupos de autoayuda.

Los grupos instrumentales, como los grupos secundarios, establecen objetivos limitados de tiempo con relaciones verticales con su suprasistema. Pueden ser vistos como adaptativos más que como integrativos.<sup>4</sup> Los ejemplos incluyen los grupos *ad hoc* y los grupos interdisciplinarios de cuidado de salud o de enseñanza.

**GRUPOS ORIENTADOS A TAREAS CONTRA GRUPOS DE ENTRENAMIENTO CONTRA GRUPOS TERAPEUTICOS CONTRA GRUPOS PSICOTERAPEUTICOS CONTRA GRUPOS DE AUTOAYUDA** El cuadro 12-1 resume las diferencias más importantes entre los grupos orientados a tareas, de entrenamiento, terapéuticos, psicoterapéuticos, y de autoayuda. En ese resumen, el traslape antes mencionado de características es evidente. Los grupos orientados a tareas están encaminados a la ejecución de una tarea específica concertada en el momento de la formación del grupo. Los grupos de entrenamiento, o grupos T (*training groups*) como a veces se llaman, dan preeminencia al desarrollo de fuerzas interpersonales, capacidades interaccionales, y conocimiento del proceso de grupo. Los grupos terapéuticos tienen como finalidad la prevención de dificultades emocionales, educación respecto del estrés y las reacciones interpersonales frente a acontecimientos específicos de la vida, y el desarrollo de mecanismos de asistencia, de la toma de conciencia, y de enfrentamiento. Los grupos psicoterapéuticos abordan los aspectos interpersonales de la personalidad que funcionan de una manera identificada como no satisfactoria. Los grupos de autoayuda proporcionan asistencia, información, una identidad compartida para los individuos que enfrentan un problema

común y que tienen cierto tipo de experiencia debido a que han padecido y han luchado con el problema.

### *Propiedades de sistemas de los grupos*

El grupo como sistema tiene funciones significativas igual que características. Tales funciones sirven de meta traslapada para conservar el estado deseado en relación con el subsistema del grupo (aspectos internos) y el suprasistema (entorno externo). El análisis de las propiedades de un grupo como sistema necesita a veces distinguir entre estructura y proceso, o entre forma y función. Ninguno de ellos es superior a otro, porque estructura y proceso están entrelazados inherentemente.

Los tres procesos principales de los grupos como sistemas son entrada, rendimiento, y salida. El proceso de *entrada* implica la importación de energía externa, materia, e información a través de las fronteras, que son vistas como estructuras semipermeables y que regulan la obtención, la retención, y el empleo de energía, materia, e información hacia, desde, y dentro del sistema. Además, la entrada implica el empleo de un subproceso de contacto con el entorno interno y el externo y con la adaptación a ambos entornos. El *rendimiento* es el proceso de integración de energía, materia, e información que se han obtenido del entorno. Este es un proceso interno que cambia y usa la entrada obtenida a partir del entorno. La *salida* es el resultado del logro de la meta para los grupos basado en la integración de la energía, la materia, y la información obtenidas mediante la entrada. Como en cualquier sistema, la salida afirma la razón de ser del grupo. Ella cubre las necesidades de adaptación en relación con el entorno externo o el suprasistema y proporciona un producto para la medición de la productividad y el éxito de los demás procesos del sistema. Por ello, la salida se convierte en retroalimentación para el sistema de nuevo como entrada. Los productos de un grupo pueden ser los pacientes que terminan el tratamiento y abandonan la unidad hospitalaria, las ideas generadas por un comité, o los resultados de una investigación que son publicados para difundir el conocimiento entre otros sistemas en el entorno.

Un factor significativo en el desarrollo de la estructura y el proceso del grupo es que los individuos que integran el grupo deben abrir sus propias fronteras al grado que ellos mismos accedan a interrelacionarse e interdepender unos de otros dentro de la frontera del grupo. De actuar así, se convierten en algo más y en algo distinto de lo que eran únicamente como individuos, díadas, o agregados. Al transformarse en grupo, el

cambio más significativo es la nueva definición de las fronteras internas-externas. Más que la frontera me separe a mí de ti, o a mí de ellos, ahora la frontera nos separa de ti, o nos separa de ellos. Este es el inicio de la estructura del grupo.

### *Aspectos estructurales de los grupos*

El prerequisite para el inicio de la estructura del grupo es el sentido de estabilidad de los miembros y las interrelaciones. Uno de los aspectos de la estructura es un sistema de soluciones a los problemas de interacción dentro del grupo que se convierte en institucionalizado y permite predictibilidad en las acciones de los demás.<sup>5</sup> Otro aspecto es que la estructura está formada por fronteras y relaciones entre los miembros y los demás tanto internamente como externamente.<sup>6</sup> Como miembro del grupo, líder, u observadora, la enfermera debe ser capaz de identificar las formas contrastantes de la estructura que pueden presentarse al mismo tiempo dentro de cualquier grupo como sistema.

Existen varios términos para identificar esas formas contrastantes, tales como formales, explícitas, y visibles, o informales, implícitas, e invisibles. Formales y explícitos son aquellos aspectos de la estructura de los que se habla abiertamente, que pueden encontrarse en los escritos, y que forman parte de lo que Berne llama la estructura pública.<sup>7</sup> Esto incluye los convenios visibles del grupo, como el tiempo y lugar en donde se reúne, quiénes son los miembros, las obligaciones definidas, las responsabilidades, la antigüedad, y los derechos de sus miembros. Esos convenios permiten la continuidad y la conservación de la identidad del grupo. Dentro de un grupo pequeño, organizado informalmente, la estructura puede estar algo limitada. En uno mayor, más complejo, puede haber incluso un cuadro organizacional que indique el modo cómo el grupo se relaciona con el suprasistema y permite la diferenciación de las relaciones entre los miembros. Implícitos e invisibles son los convenios “entre bastidores” de los miembros en relación con el prestigio, poder, y habilidad. Esto se corresponde con la descripción de Berne de estructura privada, que incluye las percepciones del grupo como un todo y la gente dentro del grupo; por ejemplo, “cómo te veo yo en relación conmigo”.<sup>8</sup> Esta estructura privada puede variar de cuando en cuando y de persona a persona dentro del grupo. Lo que importa más es que la estructura informal, implícita, privada, del grupo es muchas veces diferente de, igual a, o más importante para el funcionamiento del grupo que la estructura formal pública. El siguiente axioma debe recordarse cuando se valora

a un grupo: “sea lo que fuere, no es”. Significa que siempre es importante olvidarse de las pasadas relaciones estructurales aparentes de un grupo y entender la estructura escondida que influye en su proceso de avance. Las estructuras privadas del grupo que son creadas por los miembros, basados en sus propias necesidades, anhelos, y experiencias, influirán enormemente en el grupo en desarrollo y en sus funciones y estructura.

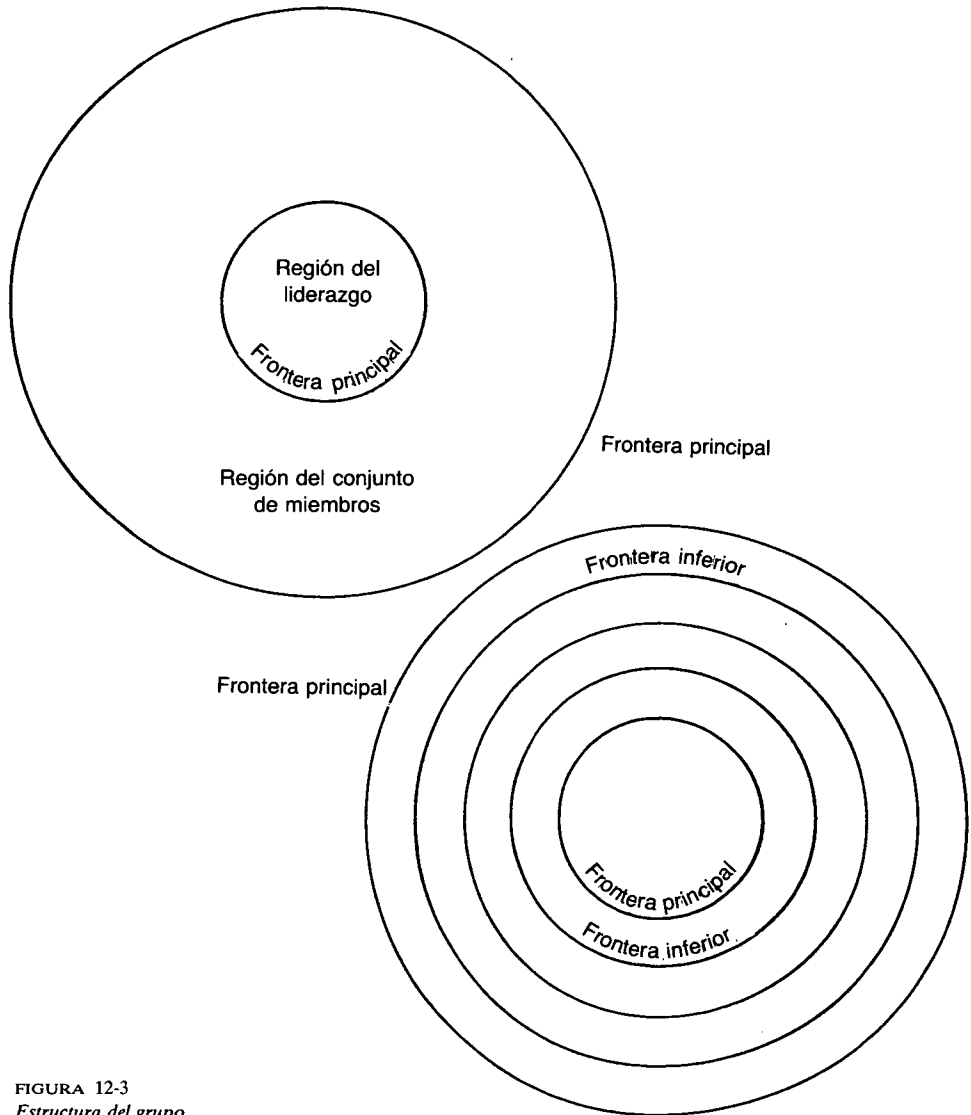


FIGURA 12-3  
*Estructura del grupo.*

Al delinear la estructura del grupo, se pueden identificar dos conjuntos de fronteras (fig.12-3).<sup>9</sup> El primero es la frontera externa principal que separa al liderazgo del grupo y a los miembros del entorno circundante (o a los miembros de los no-miembros), y la frontera interna principal que separa o distingue la región del conjunto de miembros de la del liderazgo. El segundo es la frontera inferior del grupo o la estructura que establece las clases verticales dentro del conjunto de miembros. Esta diferenciación puede ser explícita o implícita. En algunos grupos, la estructura explícita puede ser igualdad para todos los miembros, pero una observación cuidadosa puede indicar estratificación dentro del grupo. Pueden obtenerse datos importantes sobre cómo entiende el grupo la identidad, la cohesión, y la estabilidad al observar cómo lleva a cabo el grupo los intentos de cruzar la frontera externa principal. ¿Han sido los nuevos miembros fácilmente asimilados? ¿Existe un sentido de rigidez y de falta de apertura? Muchas veces con los grupos del escalón inferior, la frontera externa no puede clarificarse hasta que alguien pretende entrar o dejar el grupo.

La relación entre las partes del grupo, como la colocación vertical de los miembros dentro de la estructura secundaria del grupo, es un aspecto importante de la estructura total del grupo. La estructura del grupo influirá en el flujo de comunicación y el trabajo entre los miembros, el establecimiento de la autoridad y las relaciones de poder entre miembros y líderes, el desarrollo de jerarquía y *status* de los miembros, y la movilidad de los miembros dentro del grupo. Dentro de un grupo pequeño, de cara-a-cara, esa influencia puede ser más sutil y difícil de identificar que en un grupo más complejo. La influencia de la estructura sobre el miembro individual primariamente está relacionada con la ubicación pública o encubierta de cada persona dentro de la estructura. La ubicación dentro de la estructura influye en las oportunidades de cada persona, experiencias, moral, sentido de las demandas, y productividad. Puede influir igualmente en sus sistemas de creencia y valor respecto de las percepciones de uno, del grupo, y de un mundo más ancho. Un miembro que se encuentra a sí mismo ocupando una posición central en un grupo, en términos tanto de la importancia de la función como del enfoque de la comunicación, es muy probable que se identifique estrechamente con el grupo, tenga un sentido de alta autoestima, y refleje un aspecto positivo del grupo hacia los que están fuera del grupo. Otro miembro que se siente periférico al funcionamiento del grupo y no identifique un lugar para sí es posible que demuestre una actitud más negativa y exhiba menos cohesión con los demás miembros del grupo. Las personas más satisfechas con su ubicación resistirán los intentos contra el cambio estructural y

trabajarán para que se mantenga el *status quo*. Los más descontentos con su ubicación dentro del grupo es muy probable que intenten un cambio en su ubicación en la estructura o un cambio en la misma estructura. Así, cualquier intento por ejercer un cambio estructural dentro de un grupo debe tomar en cuenta la estructura informal del grupo y las personas más dispuestas a resistir o a facilitar el cambio.

Muchas enfermeras que trabajan con grupos tienen una norma de igualdad entre los miembros o entre los miembros y el líder. Pueden incluso negar la existencia de un líder identificado. Eso es una ilusión de no-jerarquía. Aunque la jerarquía no haya sido definida públicamente, yo, como enfermera, debo descubrir todo grupo en el cual esta diferenciación de acuerdo al *status* o la evaluación de los miembros no se presente por lo menos sobre una base estructural privada. En consecuencia, es importante que, antes de intervenir con los grupos, se valoren las estructuras privadas existentes entre el conjunto de miembros.

Otra variable importante que afecta la cantidad de estructura y su tipo dentro de un grupo es el tamaño de éste. Los grupos grandes tienden a desembocar en una disminución en el número de individuos identificados como centrales para el funcionamiento del grupo y el proceso de toma de decisiones. Hay menos decisiones compartidas. Hay igualmente menos comunicación directa entre los miembros, un sentido decreciente de cohesión, y menos conformidad de grupo. Puede incrementarse el absentismo entre los miembros y la posibilidad de un aumento en la renovación del conjunto de miembros. Son factores importantes que se han de tomar en cuenta, especialmente al estructurar los grupos. Cuando los grupos enfocados a tareas son pequeños, los miembros se sienten más comprometidos y más importantes para el funcionamiento del grupo. Con toda probabilidad tendrán que trabajar más duro, tener un sentido mayor de satisfacción, y demostrar eficiencia mayor con la estabilidad consiguiente del grupo. En los grupos psicoterapéuticos de tamaño insuficiente (menores de seis miembros), es difícil mantener un enfoque interaccional o de proceso para la terapia. En cambio, los miembros tienden a interactuar sobre una base individual con el líder y a exhibir en realidad una conducta que excluye a los nuevos miembros cuando ingresan al grupo.<sup>10</sup> Esto no supone un problema en los grupos a corto plazo, en los de asistencia con terminales abiertas, en los orientados conductualmente, o en los de *gestalt*-transaccionales, en los cuales no se llega al enfoque de proceso.

Los grupos pueden ser muy organizados o muy poco organizados, lo que quiere decir que están organizados de una manera totalmente rígida, de un modo bien definido o de una manera más casual. Los grupos muy estructurados tienden a estar orientados a tareas con procedimientos



directos de solución de problemas. Se gasta poco tiempo y atención en las relaciones entre los miembros. Muestran un nivel superficial de comunicación, muestran deferencia hacia las personas de poder dentro del grupo, y gastan poco tiempo en hablar de su propio proceso. Excepciones a estas generalizaciones son algunos modelos de grupos psicoterapéuticos en los cuales se usa un enfoque estructural para proporcionar un foco que permita la cohesión y facilitar la inclusión de miembros.

En contraste con los grupos altamente estructurados, los grupos poco estructurados tienden a apoyar más a los miembros, a tener un enfoque de tarea más débil, a gastar más tiempo en cuanto al proceso interno, y se centran en las relaciones interpersonales. Ejemplos de tales grupos son algunos grupos informales de amistad, grupos de asistencia, y la mayoría de los grupos de terapia. Con frecuencia, los grupos muy poco estructurados son grupos primarios, y los grupos altamente estructurados son grupos secundarios. La pregunta más importante es si la estructura existente del grupo es apropiada para la vida afectiva de los miembros y la tarea a que está orientada el grupo.

Para resumir esta discusión sobre la estructura del grupo, puede ser útil citar a Cartwright y Zander, quienes señalan que tres conjuntos de variables principales determinan la estructura del grupo. Y son las características y las motivaciones de los miembros, la tarea a la que está orientado el grupo, y el contexto del grupo.<sup>11</sup>

### *Relaciones externas de los sistemas*

Las relaciones externas de los sistemas se ocupan de las fronteras existentes entre los grupos y sus entornos. Desde una perspectiva de sistemas, los grupos existen simultáneamente como sistemas y subsistemas dentro de su contexto. Muchos grupos con los que trabajan las enfermeras o de los que ellas forman parte como miembros están ubicados dentro de organizaciones formales como hospitales, agencias de salud comunitaria, y escuelas. Esas organizaciones constituyen el principal contexto para el grupo. Dentro de tales organizaciones, pueden existir otros niveles de organización de sistemas conocidos como departamentos, divisiones, y áreas. Un ejemplo específico es la división del servicio de enfermería en un hospital (fig. 12-4). Fuera de la organización formal se encuentran la comunidad, la ciudad, el estado, y la nación como entornos geográficos. Todos esos niveles de contexto pueden influir directa o indirectamente sobre el grupo dentro de la organización. Tales influjos podrían ser el suministro de miembros potenciales del grupo, los reglamentos relativos

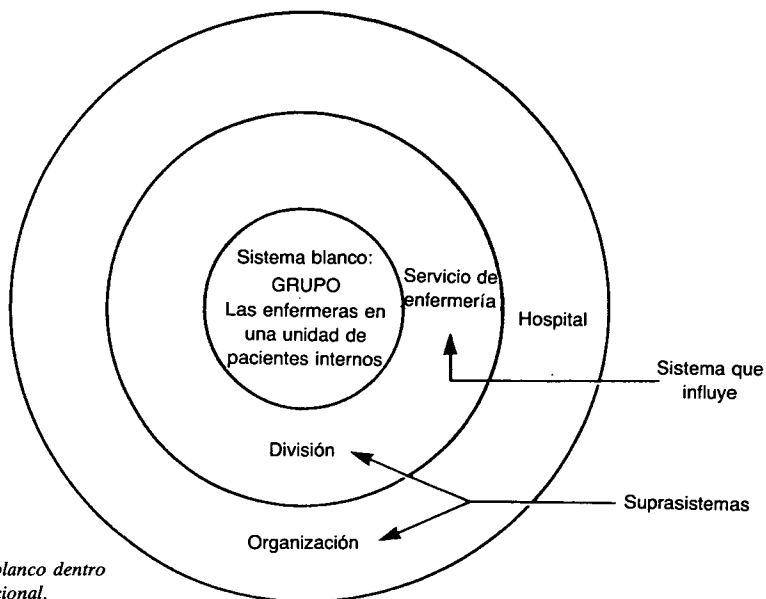


FIGURA 12-4  
El grupo como sistema blanco dentro de un contexto organizacional.

a la evaluación de la productividad del grupo, los asuntos relativos a la seguridad de la calidad, y las provisiones necesarias en cuanto a espacio para las reuniones y los materiales necesarios para que el grupo funcione. El límite común de cada grupo con su contexto es una frontera importante. La valoración del entorno como lo expone Killien en el capítulo 15 es esencial para que la enfermera pueda funcionar como líder eficaz del grupo.

### *Relaciones internas de los sistemas*

A medida que el grupo alcanza un sentido de estabilidad y de estructura, se desarrollan las relaciones entre los miembros, entre éstos y el líder, entre los miembros y el grupo total, entre el líder o los líderes y un miembro o todos los miembros, entre el líder y el grupo como un todo, y, en el caso de co-líderes, entre líder y líder. El concepto central implícito en las relaciones internas del conjunto de los miembros es el de *rol*.

Desde una perspectiva de sistemas, el rol es visto como un fenómeno diádico que ocurre entre una persona que adquiere un *status* específico dentro de un grupo y el *otro del rol* que la obliga a una interacción cara-a-cara y que establece actividades esperadas y obligatorias. Así de-

finido, el rol es el medio de socialización de los miembros del grupo para la ejecución de las tareas que necesita el grupo. La función de un rol dado es el mantenimiento o la destrucción del sistema y puede ser realizada tanto de una manera manifiesta (reconocida abiertamente) o latente (no reconocida).<sup>12</sup>

En cuanto una persona adquiere una posición dada y los roles inherentes con la internalización de las normas y estándares del sistema, surge entonces un crecimiento asociado del sí mismo y de la autoimagen del miembro. Como lo señala Goffman, una parte importante de la *toma-de-rol* dentro de un grupo es el desarrollo de “cualidades personales apropiadas-al-rol” asignadas, como la forma de vestirse y el estilo de la interacción, que conducen al desarrollo del sí mismo. De esta forma, “actuar es ser”.<sup>13</sup> El sí mismo y la autoimagen que acompañan al desempeño del rol pueden ser asumidos activa y deseablemente por la persona con el consiguiente sentido de adhesión a la posición y al rol; o el sí mismo definido por el rol puede ser desempeñado con un sentido de distancia o con una cualidad de “como si”, lo que indicaría desencanto o desilusión con el rol y el sí mismo. En el primer caso, la persona que ocupa una posición de *status* elevado, como líder o portavoz, y que disfruta las actividades asociadas al rol, es muy probable que encuentre placer en el desempeño del rol y que identifique el sí mismo hacia los demás mediante la posición y los roles asociados.

Una consideración importante en la definición de los roles y la conducta de rol de los miembros dentro de un grupo es tomar conciencia de que, en un momento dado, cualquiera de los miembros puede tener roles en forma simultánea dentro del grupo o en otros sistemas que suspenda temporalmente mientras muestra la imagen del rol dominante requerido en el momento. La posibilidad de pretender más de un rol da pie a que todo miembro padezca el conflicto de rol cuando se presenta. Esto provoca otra situación en la cual el miembro que desempeña un rol puede crear un sentido de discrepancia con la conceptualización normativa o ideal del rol. No es raro que se presente un conflicto de rol con los pacientes nuevos tanto en los grupos de asistencia o en los grupos psicoterapéuticos. Los pacientes nuevos tienen que aprender a asumir un rol que implica compartir sentimientos y pedir ayuda, y manifestar además una conducta más orientada a tareas asociada a las funciones de su rol en los grupos ocupacionales o de trabajo.

El rol no sólo está asociado al crecimiento del sí mismo dentro del grupo, sino que también está asociado al crecimiento del mismo grupo. A medida que un grupo alcanza un sentido de estabilidad y de complejidad mayor, se integran distintos roles en un patrón que puede ser observado.

Esos roles pueden dividirse en tres categorías principales. La primera categoría incluye los *roles individuales*, los que no tienen que ver con las necesidades y las tareas del grupo, negativamente orientados hacia las funciones de construcción y mantenimiento del grupo, e indican el potencial de un *fuera de grupo* que actúa contra el *dentro del grupo*. La presencia de roles individuales es indicativa del conflicto dentro del grupo. En un grupo, por ejemplo, un miembro desempeñaría un rol individual al dirigir una y otra vez consistentemente la atención del grupo hacia él mismo al echar mano del humor para interrumpir las contribuciones de los demás al proceso del grupo.

La segunda categoría de roles incluye los *roles de tarea en el grupo*, los que facilitan el movimiento del grupo hacia la consecución de sus metas establecidas. Algunos de estos roles están relacionados con aspectos más mecánicos del funcionamiento del grupo, tales como la obtención y el pago de los suministros y los materiales dentro del grupo y la información necesaria para la clarificación, la dirección, y la toma de decisiones en los grupos de tarea. Un rol típico de tarea dentro del grupo es el de registrador.

La tercera categoría de roles incluye los *roles de construcción y mantenimiento del grupo*, los que implican el proceso de formación y mantenimiento de la frontera. Esos roles proporcionan el desempeño de tareas sociales-emocionales de grupo que permiten a los miembros cohesión, surtirse de un sentido activo de sostén y nutrimento, y facilitar la comunicación dentro del grupo y la socialización de los miembros. Esas tres categorías de roles surgen y son desempeñados con relación a la etapa de desarrollo del grupo. En un grupo que se inicia, puede ser necesario que alguien asuma el rol de *vigorizador* del grupo, alguien que ayuda a los miembros a generar entusiasmo por la tarea del grupo. Un grupo en una etapa más avanzada de desarrollo puede requerir un rol de *conciliador*, una persona que ayuda a los *otros del rol* en el grupo a hacer frente al conflicto.

En la identificación de los roles desempeñados por miembros específicos, es importante tomar en cuenta la función que el rol cumple para el grupo así como para el individuo. Las preguntas que podrían hacerse son: ¿satisface ese rol al miembro?, ¿en qué impide ese desempeño que el miembro se comprometa con el grupo?, ¿cuánto costará ese desempeño a los demás miembros del grupo? Por ejemplo, una persona que continuamente proporciona asistencia a cada miembro pudiera estar actuando a expensas del aprendizaje de los miembros a cuidar de sí mismos, a expensas de él mismo y de los demás cuando sienten y actúan con la ansiedad asociada a un problema determinado.

Hasta aquí, casi toda la discusión sobre el desarrollo de los roles dentro de un grupo se ha centrado en las relaciones dentro de la frontera secundaria del grupo, o en las relaciones verticales y horizontales establecidas entre miembro y miembro. Ahora, debe ponerse atención a las relaciones entre las fronteras principal y secundaria del grupo y a través de ellas, o las del miembro con el líder y las del líder con un miembro o los demás. Especialmente en el inicio del grupo, se dirige gran cantidad de energía hacia relaciones satisfactorias con el líder o los líderes. Los problemas centrales son autoridad, dependencia-independencia, conflictos, favoritismo, e intimididad. Cada grupo debe luchar con la definición y la incorporación de patrones aceptables de interacción y manejo de tales problemas, lo que a menudo supone un proceso sutil y encubierto que ocurre sin que los miembros se den cuenta. En los grupos formales de tarea, la definición de la situación puede tener lugar con poca o ninguna discusión con los líderes y los miembros y se acepta como dada. En grupos más orientados a proceso, tales como los grupos de entrenamiento y los grupos de terapia, los problemas y los conflictos encubiertos pueden identificarse, describirse, explorarse, y trabajarse como tareas principales para el grupo mismo.

**RELACIONES DE CO-LIDERAZGO** Mientras que gran cantidad de literatura acerca de grupos pequeños y de terapia de grupo pone énfasis sobre los grupos con un líder identificado, se está presentando un uso creciente de modelo de co-liderazgo y exige atención y conocimiento por parte de las enfermeras. En el proceso de establecimiento de un grupo de trabajo, de aprendizaje, o terapéutico, las enfermeras deben considerar las ventajas y desventajas del formato de co-liderazgo. Existen por lo menos cinco ventajas en el modelo de co-liderazgo. Primera, existe un sentido de responsabilidad y disponibilidad compartidas hacia el grupo, y los dos líderes proporcionan distintos grados de participación y actividad en todo momento. Segunda, hay oportunidad de retroalimentación activa y mutua respecto de su sentido de liderazgo, cantidad y cualidad de la interacción dentro del grupo, y oportunidad para la validación consensual de las percepciones que se presentan dentro del grupo. Tercera, los dos líderes pueden comprometerse a moldear la conducta para los miembros del grupo en función de una comunicación directa y clara, la capacidad para validar y proporcionar la retroalimentación, y dar pie a la expresión de diferencias y la clase de éstas. Cuarta, en un grupo activo, un líder puede estar ausente, pero el grupo puede continuar reuniéndose. Y quinta, en algunos grupos de tarea, los líderes pueden aportar las distintas áreas de pericia o conocimiento que el grupo necesita.

Las desventajas de este modelo están relacionadas primariamente con la calidad de la relación entre los dos líderes. Cuando existe un sentido de desacuerdo o de diferencias inaceptables, los líderes pueden verse en la situación de encontrarse con propósitos contrarios. Cuando existe una gran discrepancia en la pericia o el entrenamiento, puede presentarse una situación tal en la que se van desarrollando un líder segundo o subordinado y otro mayor o principal; como resultado, los miembros pueden intentar alinearse con uno de los líderes y acentuar las diferencias entre esos líderes. De igual modo, puede surgir una relación de co-liderazgo desigual o inestable al repartirse el grupo de miembros entre los líderes en busca del afecto y la atención de los mismos. En consecuencia, los miembros pueden verse atrapados entre los dos líderes y recibir mensajes confusos y contrarios.

De importancia especial para las enfermeras son las relaciones de co-líder que atraviesan las líneas disciplinarias. Tradicionalmente, las enfermeras que han co-dirigido grupos con miembros de otras disciplinas han adoptado en general una posición poco colaboradora con el otro líder. Para que el liderazgo sea realmente co-liderazgo, debe existir una relación igualitaria en la cual los líderes se comprometan dentro del grupo con conductas simétricas más que complementarias. El co-liderazgo significa que la enfermera es libre de expresar opiniones con el otro líder, proporcionarle retroalimentación, y no estar de acuerdo con él.

Estrechamente relacionados con esto están los problemas que pueden presentarse cuando los líderes son de distintos sexos. Tales problemas incluyen el intento de impedir el desempeño del rol estereotipado de macho-hembra, especialmente en relación con la autoridad, la sumisión, y la asertividad. Un problema adicional que puede surgir entre co-líderes varón y mujer que trabajan juntos con regularidad durante largos espacios de tiempo es el de la atracción sexual potencial y las presiones desde el grupo para igualarlos como pareja.<sup>14</sup> A medida que el grupo atraviesa por las etapas de desarrollo, así sucede con la relación de co-liderazgo; ambos están ligados a las necesidades y las demandas del grupo y actúan en respuesta a las necesidades de cada líder, sus motivaciones, y sus capacidades. Por ello, es importante para los co-líderes que se inician asegurar la supervisión clínica apropiada para enfrentar de una manera constructiva esos problemas.<sup>15,16</sup>

Cuando existe una diferencia significativa entre líderes, en el sentido de cultura, etnicidad, u otros antecedentes, esas diferencias deben ser dirigidas y exploradas explícitamente dentro de la relación. La autora de este capítulo estaba supervisando un equipo de co-liderazgo. El equipo nunca había hablado directamente de sus diferencias raciales hasta que

un miembro de su grupo de terapia mezclado racialmente se refirió indirectamente a las diferencias raciales entre los miembros, lo cual se comentó durante la supervisión. Sólo cuando los líderes se abrieron sobre sus propias diferencias pudieron dar al grupo permiso para abordar directamente los problemas raciales.

Es obvio que el co-liderazgo implica inversión importante por parte de ambos líderes para el desarrollo de un sentido de unidad o *de nosotros* y para que tenga lugar la participación igualitaria. Requiere también mayor dedicación de tiempo y de esfuerzo por parte de cada uno para desarrollar la relación de co-liderazgo de lo que sería necesario si fuera uno solo quien dirigiera el grupo. Pueden acumularse beneficios significativos dentro del grupo; y desde luego, en una situación de co-liderazgo, siempre que el proceso de comunicación y el establecimiento de patrones sean los indicados para cubrir las necesidades del grupo.

### *El proceso de comunicación y sus patrones*

Dentro de un marco de sistemas, la comunicación se define como transferencia de significado o de energía a través de las fronteras del grupo o dentro del grupo, y puede incluir parte o toda la actividad del grupo. Dentro de un grupo, existe una relación estrecha entre la comunicación, el control, y la autoridad. El proceso de comunicación de un grupo dado en cualquier momento es un flujo de significado o de energía dentro del grupo que tiene lugar dentro del conjunto de miembros a través de la frontera interna hacia la región de liderazgo y desde la región de liderazgo hacia los miembros. Además, este proceso se realiza a través de la frontera externa principal cuando el grupo interactúa con su suprasistema y el entorno externo, procurando ambos la obtención o la descarga de energía o de información. Cómo tiene lugar este intercambio es un aspecto importante del funcionamiento del grupo, y la persona que cumple con la función de guardabarreras para el grupo asume una posición significativa con un sentido de poder y de control. Para muchos grupos del personal de los hospitales, el oficial de la oficina de una sala o administrador de la unidad debe ser el eslabón más importante en el subsistema de la comunicación. Esas personas deben actuar como los guardabarreras principales en cuanto a información a los pacientes y el personal que cruza las fronteras de la unidad. Puede darse una comunicación importante para el funcionamiento del grupo fuera de las fronteras del grupo y deben buscarse los medios para alcanzar la información que sea significativa para el grupo. La falla en el mantenimiento de la frontera puede conducir

a un sentido de aislamiento y descenso de la comunicación por parte del grupo con su suprasistema. Cuando esto sucede, deben buscarse medios de contacto y de intercambio con las personas significativas dentro del sistema. En un hospital, el grupo de asistencia para el personal de enfermería vio cuestionada su existencia debido a que sus miembros y sus líderes no habían procurado las necesidades adecuadas para mantener contacto con la administración sobre una base periódica para obtener retroalimentación por los buenos resultados del grupo.

Los patrones de comunicación del grupo son funciones de los procesos sociales que ocurren dentro del grupo y se relacionan con el agrado y desagrado entre los miembros y el desarrollo, la asignación, y la aceptación del rol que pueden ser percibidos explícita o implícitamente. A pesar de la existencia de una estructura formal y señalada de comunicación para un grupo específico, va a desarrollarse un patrón y una estructura informales que permitan el flujo de información, ideas, y decisiones más fácil y completamente satisfactorio. Un patrón especial puede estar relacionado con la etapa de desarrollo del grupo, la tarea que debe cumplirse, la red de comunicación, y el estilo de liderazgo establecen las normas para la interacción dentro del grupo. La tarea, la red de comunicación, y el estilo de liderazgo establecen las normas para la interacción dentro del grupo. En un grupo de tarea, el líder puede preferir manejar todos los asuntos en las reuniones del grupo, mientras que otro líder puede insistir en preparar el escenario de cada reunión consultando con miembros ajenos al grupo, resultando esto en que la reunión del grupo se lleva a cabo fácilmente y sin mucha discusión entre los miembros.

En grupos pequeños, la red de comunicación se deriva primariamente de las expectativas mutuas de los miembros, de las del líder, y de las del grupo. Dependiendo de la tarea del grupo, el líder puede tener que limitar la frecuencia, la duración, y la dirección de la comunicación entre los miembros. Mientras que puede ser muy oportuno en un grupo de tarea proceder de una manera estructurada –por ejemplo, ir de miembro en miembro en busca de reacciones específicas hacia una idea–, en un grupo psicoterapéutico es más probable que los miembros respondan mutua y directamente y no en un patrón establecido.

Tres tipos de patrones o redes de comunicación se encuentran casi siempre en los grupos (fig. 12-5). El primero es el *modelo de interacción libre*, en el cual la comunicación puede tener lugar entre los miembros, entre un miembro y el líder, entre un miembro y el resto del grupo, o entre el líder y un miembro o entre el líder y el resto del grupo. El segundo es el *modelo centrado en el líder*, que proporciona intercambio de información entre el líder y cada uno de los miembros, uno cada vez.



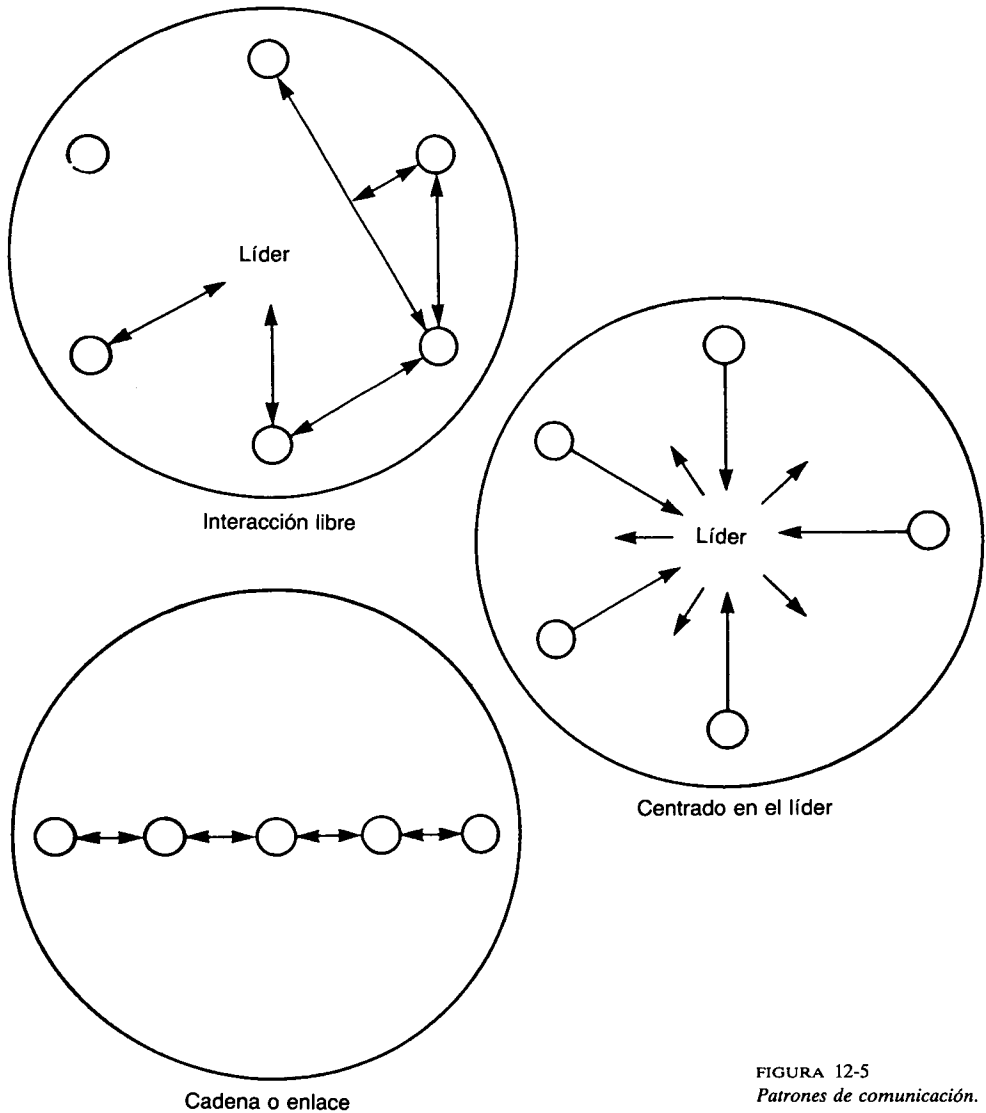


FIGURA 12-5  
Patrones de comunicación.

Los resultados de este modelo son que el líder adquiere una importancia mayor dentro del grupo, y los miembros pueden competir por la atención del líder. El tercero, el *modelo en cadena o de enlace*, proporciona el paso de información hacia arriba o hacia abajo de la red del sistema, o a través de la red. Cada miembro sólo puede comunicarse con las personas más cercanas a él o en la red. Este patrón se encuentra más fácilmente en

los grupos de trabajo que desempeñan sus actividades en lugares separados que en el contacto cara-a-cara. El resultado de este patrón de modelo en cadena es que las personas que se encuentran en la periferia experimentan un sentido disminuido de moral y cohesión con el grupo. Además, las personas en posiciones periféricas a menudo experimentan antagonismo y frustración en sus relaciones con el grupo total.

Al revés, las que ocupan una posición de centralidad, la posición que necesita menos enlaces para comunicar con cada uno, son las que más probablemente surgirán como líderes de grupo. Esta posición central, sin embargo, tiene el potencial de sobrecargar o colocar altas demandas sobre la persona que actúa como interlocutor o coordinador para las actividades de comunicación del grupo.

El patrón de comunicación es igualmente responsable del desarrollo de subgrupos o subsistemas dentro del grupo y puede demostrar ser funcional o no funcional para la estabilidad del grupo y el logro de sus metas. En la formación del subgrupo, los miembros pueden desarrollar un sentido más fuerte de lealtad y compromiso hacia el subgrupo y las metas más que para el grupo total. Todavía más, el subgrupo puede elegir entregarse a interacción fuera del grupo y sacar parte de la energía necesaria para el trabajo dentro de la frontera del grupo. En un ejemplo que ocurrió en un grupo psicoterapéutico, en el que estaban implicados un miembro varón y otro femenino, éstos establecieron una relación romántica fuera del grupo y descuidaron trabajar en sus problemas individuales dentro del grupo. Por otro lado, los subgrupos pueden ser benéficos cuando permiten trabajar juntos a los miembros para alcanzar una meta mayor de grupo si los miembros se distribuyen en díadas o tríadas para realizar alguna tarea específica que luego sirva de retroalimentación para el grupo. Igualmente pueden facilitar la cohesión entre los miembros dentro del grupo, mientras las fronteras de los subgrupos estén abiertas para el intercambio con los demás miembros del grupo total. Los grupos de asistencia para individuos con problemas crónicos psiquiátricos, los grupos para personas afectadas por una pérdida muy sensible, y los grupos para personas que comparten una experiencia común vital tienen grandes probabilidades de conseguir la cohesión del grupo y lograr la meta de la asistencia mutua, estimulando a los miembros a que establezcan amistades entre los miembros fuera del grupo.

### *Contenido y proceso del grupo como comunicación*

El apartado anterior se centró en la estructura de la comunicación de los grupos. Importancia semejante tienen el contenido y el proceso del grupo

como comunicación de grupo. El contenido del grupo es la comunicación que transmite un significado objetivo a los miembros y a través de las fronteras del grupo. Por el otro lado, el proceso del grupo es el *cómo* y el *porqué* de lo que se comunica. Otro aspecto es que el proceso de grupo es la comunicación de los aspectos de relación de la vida del grupo. Este proceso es complejo y de reto para que líderes y miembros salgan adelante, si bien la única razón de la habilidad del grupo es la de llevar a cabo su tarea. El proceso del grupo es, por ello, todas las transacciones intangibles pero observables que ocurren dentro del grupo.

Varias áreas importantes para que el líder del grupo se ocupe de que la comunicación tenga sentido incluyen patrones interaccionales, comunicación no verbal, contenido, y las propias reacciones e impresiones del líder. Un patrón de interacción significativa pudiera ser la dirección de los comunicadores. ¿Bloquean los miembros a alguien? ¿Muestra el líder preferencia por algunos de los miembros? ¿Cuál es el espacio entre las transacciones? ¿Se dan largos silencios o interrupciones frecuentes? Ejemplos de comunicaciones no verbales pertinentes son el contacto visual, cambios en la posición corporal, la disposición o colocación de los puestos, y la expresión facial. El contenido es el tema de las comunicaciones entre los miembros y los líderes del grupo. Las propias reacciones e impresiones de los líderes pueden incluir la gama completa de la emoción humana, incluyendo felicidad, ira, temor, frustración, e impaciencia.

Tanto el contenido como el proceso pueden ser un enfoque apropiado para un grupo dado, dependiendo de la tarea del grupo. Si un grupo de tarea emplea casi todo su tiempo en tratar aspectos de la relación y proceso de la comunicación, esto puede ser una señal de desequilibrio del grupo. En un grupo de tarea que está funcionando de una manera sana, madura, casi todas las interacciones se centrarán sobre el contenido y las tareas del grupo. En un grupo de terapia que se centra en los problemas de la relación, el funcionamiento aquí-y-ahora del grupo es el propósito de la interacción del grupo.

Otro de los aspectos importantes de la comunicación del grupo es la calidad de la comunicación que tiene lugar dentro del grupo. No se necesita ser extremadamente astuto para identificar a los grupos que tienen un sentido de comunicación relajada, abierta, y satisfactoria, y los que demuestran una comunicación cerrada, tensa, insatisfactoria. Los obstáculos para la comunicación satisfactoria dentro de un grupo tienen que ver con la relación y la orientación hacia la autoridad y la intimidad. Las variables adicionales que afectan a la calidad de la comunicación del grupo incluyen el sentido de los miembros de la autoestima, la confianza, y la aceptación mutua de ideas y sentimientos. Esto no quiere decir que

el conflicto o la ira sean necesariamente nocivos para un grupo. Si un grupo es cohesivo, abierto, y auténtico, el conflicto puede ser tolerado y usado de una manera constructiva. Del mismo modo en que una relación puede llegar a estropearse y quedar sin libertad para disentir, así un grupo puede volverse anquilosado, insípido, y falto de creatividad cuando el conflicto y la ira se evitan.

### *Socialización y control*

Estrechamente unidos al proceso y el establecimiento de patrones de comunicación que tienen lugar en los grupos están la socialización y el control social dentro del grupo. Ambos procesos están implicados en la integración de la conducta con el propósito de suministrar y mantener la energía para el grupo, disminuir el conflicto del grupo, e incrementar un sentido de cohesión entre los miembros. La socialización puede verse como un proceso que entraña el *aprendizaje* de lo que es aceptable para el grupo, mientras que el control social es el proceso de *refuerzo* de la conducta, las actitudes, y las creencias consideradas aceptables y esenciales para que el grupo funcione.

**CULTURA DEL GRUPO** La cultura del grupo se refiere a las prácticas, estándares, comprensiones mutuas, y creencias que regulan las relaciones del grupo y definen el carácter del grupo.<sup>17</sup> Dentro de este marco, la cultura del grupo puede considerarse igualmente como el conjunto de soluciones del grupo (normas) a los conflictos sucesivos del grupo durante la vida del grupo.<sup>18</sup> Las soluciones están sujetas a cambios a lo largo del tiempo. Pueden persistir, modificarse, o desaparecer. Pueden establecerse dentro del grupo en forma explícita o implícita.

En general, la cultura del grupo se compone de tres aspectos primarios: (1) el aspecto *técnico*, o equipo necesario para los miembros, como la ropa, accesorios para deportes, máquinas de escribir, etc., (2) la *etiqueta del grupo*, que son los estándares esperados dentro del grupo relativos a la conducta del proceso interno del grupo, y (3) el *carácter del grupo*, que comprende los aspectos emocionales de la vida del grupo que ocasionan excepciones a la etiqueta del grupo.<sup>19</sup> La cultura del grupo puede tener una connotación tanto pública como privada; pero, en cualquier caso, se hace más visible cuando se cuestiona o se viola.

**NORMAS DEL GRUPO** Las normas del grupo, o soluciones, surgen para hacer frente a las diferencias individuales, las creencias, y las expectativas

aportadas a la experiencia del grupo. Sirven para facilitar el logro de las metas del grupo, el mantenimiento de éste, y la definición de los sí-mismos en relación con el suprasistema. Finalmente, las normas del grupo facilitan el establecimiento de los procedimientos de trabajo para el grupo y la promoción de las metas individuales por parte de los miembros.

Las normas del grupo son percibidas mediante la identificación de los rasgos comunes entre los miembros en variables tales como indumentaria, estilo de peinado, modo de hablar, empleo de una jerga especializada, sentido de formalidad o informalidad dentro del grupo, y actividades internas o externas de los miembros del grupo. En muchos grupos, se desarrollan normas que dictan en dónde deben sentarse los miembros y los líderes y se comenta cuando alguien nuevo se sienta a la mesa en la silla o en el lugar “equivocados”. Otra norma es el empleo de nombres. Mientras que el formar parte como miembro de un grupo de asistencia puede requerir el uso del nombre de pila, las mismas personas que desempeñan un cargo en un comité formal pueden dirigirse unos a otros con títulos, como Señor, Señora, o Doctor. Otras normas más sutiles dictan el contenido que se hace apropiado para la discusión dentro del grupo. Muchas veces, el indicador más significativo de lo que son las normas de un grupo puede deducirse de la identificación de lo que *no* se discute.

La aceptación de las normas del grupo por el conjunto de sus miembros ocurre de tres maneras: acatamiento, identificación, e internalización. La desviación de las normas del grupo puede resultar en un incremento del interés y la actividad dentro del grupo y en la concentración de comunicación sobre los miembros desviados. Si la desviación persiste, la comunicación se vuelve finalmente menos relevante y el desviado puede de pronto encontrarse recibiendo cada vez menos comunicación. Con el tiempo, pueden iniciarse formas sutiles de exclusión social, y en consecuencia el que se desvía tiende a sentir disminuida su autoestima junto con un sentido creciente de incomodidad y aislamiento. Finalmente, el individuo se enfrenta a las alternativas de seguir en escalada en su conducta, capitular ante la presión del grupo, o dejar voluntariamente el grupo. La excepción a esto se presenta cuando el grupo percibe a la persona como suficientemente importante para el grupo de tal manera que su desviación de las normas puede ser tolerada.

Un fenómeno importante que puede surgir en cualquier momento en la vida del grupo es el de *víctima propiciatoria*. Este proceso implica que el grupo, tras identificar a un miembro que está desviándose o actúa mal en relación con algunos asuntos o de manera diferente del resto del grupo en un sentido negativo, le atribuirán al individuo determinados problemas que son del grupo. De esta forma el buscar la víctima propiciatoria es

usado como solución, aunque mala, para lo que no marcha bien dentro del grupo. Muchas veces, la ira o la hostilidad se dirigen erróneamente desde los líderes hacia alguien en el grupo considerado menos poderoso. Si eso no se maneja correctamente por el líder del grupo, el resultado es que la persona sea arrojada fuera del grupo.

## LIDERAZGO Y CUESTIONES DE AUTORIDAD

La discusión de liderazgo en grupos pequeños exige considerar los conceptos de liderazgo, líder y autoridad. El liderazgo puede ser visto como una transacción y proceso sociales que ocurren dentro del grupo y su entorno. Hay una relación directa entre la influencia del liderazgo sobre las actividades del grupo en el establecimiento de metas y su consecución, la definición de los parámetros básicos del liderazgo, y el ejercicio de autoridad y función basadas en la naturaleza de la tarea primaria del grupo.<sup>20</sup> Como tal, el liderazgo implica la acción colectiva del grupo y es un sistema de metas y transacciones de grupo que deben ser observadas y analizadas. Dentro de tal marco, *todos* los miembros en un grupo son responsables de las interacciones internas y externas del grupo y las consecuencias *que* resultan. Además, pueden compartir conductas y funciones específicas y variables de liderazgo en cualquier momento dentro del grupo. Sin embargo, aun cuando las conductas de liderazgo pueden ser compartidas a veces, esto no quiere decir que no exista un líder identificado en el grupo específico.

**EL LIDER DEL GRUPO** En los grupos formales de trabajo, el líder puede ser oficial y externamente asignado, contratado, o elegido sin la implicación y la sanción de los miembros del grupo. Sin embargo, se ha podido comprobar que los líderes elegidos, o seleccionados a partir de la entrada desde el conjunto de los miembros, tienen un grado más alto de aceptación que los que son asignados o asumen la función y la posición de líder. En tipos más informales de grupos, el líder puede surgir implícitamente y sin que el título sea otorgado realmente. Muchas veces surge un líder que ha ocupado una posición central en la red de comunicación del grupo, y que demuestra el conocimiento especializado y las destrezas necesarias para el cumplimiento de las tareas del grupo. Merton señala que frecuentemente el líder inicia las ideas del grupo, expresa ideas que casi siempre son acertadas, ejerce un alto grado de influencia sobre los miembros que lo siguen, los miembros le piden consejo, y puede ser el extremo receptor de conductas diferenciales por parte de otros miem-

bros.<sup>21</sup> En relación con la calidad y la cantidad en otros miembros del grupo está el ejercicio de la autoridad dentro del grupo. Merton define la *autoridad* como un atributo que implica los derechos legitimados de una posición cuando se exige obediencia a los demás.<sup>22</sup> Otros aspectos de la autoridad se relacionan con el derecho del líder a tomar decisiones y a asegurar la puesta en marcha de decisiones para el grupo.<sup>23</sup> Por consiguiente, es importante recordar que el ejercicio de autoridad relacionado con la toma de posición de liderazgo depende del refuerzo existencial continuo por parte del grupo. Del mismo modo que los miembros que se desvían pueden ser simbólicamente o literalmente reducidos en su *status* o expulsados del grupo, lo mismo puede suceder al líder que ya no sirve al grupo lo suficientemente bien en relación a sus tareas primarias o que falla en colmar las necesidades sociales o emocionales del grupo.

### *Estilo del liderazgo*

Se pueden emplear varias perspectivas para categorizar el estilo del liderazgo dentro de un grupo. Presentaremos aquí tres puntos de vista: primero, los aspectos descritos por Berne; segundo, los señalados por Lippitt y White; y tercero, los desarrollados por Hershey y Blanchard.

Berne ha delineado tres clases de roles de líder que pueden asumirse por una o más personas dentro de un grupo. Al primero de ellos lo llama el *hombre al frente* o el líder responsable. Es la persona llamada a responder por las acciones del grupo ante autoridades mayores o externas. En un marco hospitalario, el líder responsable es frecuentemente la enfermera jefe. Al segundo tipo de líder, Berne lo llama el *tomador-de-decisiones*, o el líder efectivo. Este es el que funciona primariamente dentro de la frontera del grupo y puede o no ser advertido de una manera visible o pública. El líder efectivo es la persona que tiene respuestas a casi todas las preguntas, quien proporciona las más de las ideas, y hace propuestas que el grupo sigue. Muchas veces esas personas van a ser identificadas como *sublíderes*. Dentro del marco hospitalario, la enfermera jefe auxiliar o la enfermera clínica especialista para la unidad pueden llenar esta posición de tomadora-de-decisiones más que la líder designada, la enfermera jefe. El tercer tipo de líder señalado por Berne es el *hombre de poder*, o líder psicológico. Este líder adquiere la mayor importancia dentro de la estructura privada del grupo y muchas veces sólo se hace visible cuando se presenta estrés en el grupo o cuando el grupo es contemplado históricamente. El líder psicológico es la persona a la que se otorgan atributos idealizados. Berne señala que frecuentemente se pretende de

tal persona que demuestre cualidades de un dios, sea omnipotente, inmortal, invulnerable, y omnisciente.<sup>24</sup> De nuevo, una tercera persona puede llenar esa posición para el grupo. Puede ser un miembro que no posee un título formal, pero que se haya encargado de la unidad durante muchos años, procurando la estabilidad a los miembros del grupo de trabajo cuando los líderes oficiales como la enfermera jefe y la enfermera jefe auxiliar se van. En un grupo de psicoterapia, el grupo elevó a uno de sus miembros más antiguos y más altamente preparados a la posición de líder psicológico cuando se dieron cuenta de que sus líderes designados no estaban dándoles la dirección suficiente. Reconocer que pueden existir dentro de un grupo esos diferentes líderes es útil para valorar el funcionamiento efectivo de un grupo.

Lippit y White han formulado otro punto de vista del liderazgo. En su clásico trabajo sobre el liderazgo, identificaron líderes autoritarios, democráticos, y de *laissez-faire*.<sup>25</sup> El líder *autoritario* es el que toma una postura autoritaria dentro del grupo, determinando las políticas, las metas, y las actividades aceptables para los miembros del grupo mientras se mantiene alejado de ellos. Este tipo de líder se ocupa de la distribución primaria del reconocimiento y la sanción social dentro del grupo. La investigación indica que esta clase de liderazgo conduce a una dependencia creciente del líder. La producción del grupo bajo tal liderazgo puede ser alta al principio, pero la hostilidad y la apatía ocurrirán sin duda con el tiempo a medida que el grupo continúe su desarrollo. El líder *democrático* es aquel orientado principalmente al grupo, participando de una manera interactiva, de apoyo, y permitiendo que el grupo decida sus propias políticas, metas, y actividades. El líder democrático propone, en lugar de dar órdenes. El efecto del liderazgo democrático sobre el grupo es dependencia decreciente del líder, sentido creciente de amistad entre los miembros, satisfacción y moral aumentadas, y una mayor calidad de trabajo con el tiempo. Al principio, los grupos que marchan democráticamente pueden emplear más tiempo para formar su propia estructura y cultura, con el retraso consiguiente en productividad, pero el estilo democrático recaba mayores beneficios a la larga. El liderazgo de *laissez-faire* es la forma menos activa de liderazgo dentro de un grupo. Este tipo de líder funciona primariamente como consejero, proporcionando sólo información y no opiniones o guía para el grupo. El líder *laissez-faire* interactúa de una manera práctica. Al observar a un grupo con un líder así, a menudo es difícil identificar quién es el líder designado. El efecto sobre un grupo con este tipo de estilo de liderazgo es que hay cohesión disminuida y niveles crecientes de irritabilidad e insatisfacción con el funcionamiento del grupo. Este líder muchas veces parece dejar de lado



al grupo, porque nunca desempeña las funciones habituales ni exhibe la conducta atribuida al líder.

Un tercer punto de vista del liderazgo, completamente compatible con una perspectiva general de sistemas, ha sido desarrollado por Hershey y Blanchard. Este punto de vista se denomina *modelo tridimensional*.<sup>26</sup> Este modelo propone que el liderazgo debe considerarse dentro del contexto o el entorno en el que se presenta. El modelo incluye la dimensión contextual junto con la dimensión de tareas y la dimensión de los estilos de la relación interpersonal.

Ningún estilo de liderazgo es siempre el correcto. El líder efectivo es aquel que puede ser flexible, que adapta su estilo a la tarea del grupo, a las expectativas de los miembros, a las etapas de la vida del grupo, y a las demandas externas del entorno. Haciendo caso omiso del modelo, el líder en un grupo es probablemente la persona idealizada, castigada, y mal comprendida. Dependiendo de la naturaleza del grupo, puede haber un intento de ver al líder como sabelotodo y responsable de la consecución de las metas del grupo. A la inversa, otro grupo compuesto primariamente de individuos que necesitan ejercer control y dominio dentro del grupo pueden empeñarse en conductas que contraríen el establecimiento de las funciones de liderazgo para el grupo. Los grupos que alcanzan un desempeño efectivo de las funciones de liderazgo son aquellos en los que existe equilibrio entre los miembros y los líderes, basado en un sentido de mutualidad, igualdad, apertura apropiada, y participación.

**FUNCIONES DE LIDERAZGO** El líder en un grupo debe ser al mismo tiempo participante y observador en el sistema y, además, debe lograr un equilibrio entre esas posiciones. Si un líder actúa demasiado como observador, puede presentarse pérdida de contacto con el estado emocional del grupo y las expectativas de éste hacia el líder. Si el líder actúa demasiado como participante, pierde la habilidad de dedicarse a una de las principales funciones del liderazgo, la del desarrollo y el control de la frontera.<sup>27</sup> Whitaker y Lieberman conciben al líder como ocupando una posición única en el grupo, estando en contacto con éste pero permaneciendo fuera del conflicto latente del grupo y observando tanto el carácter como el curso del proceso del grupo.<sup>28</sup> Las funciones fundamentales de un líder son las que ayudan al grupo a definir sus fronteras y a actuar como mediador para el grupo con el entorno externo. En un seminario de enseñanza de grupo, por ejemplo, el líder dejó solo al grupo al no protegerlo de un intruso que intentaba cruzar la frontera del grupo (en este caso, la puerta) señalando que era nuevo en la clínica e iba a incorporarse al grupo. En ese momento, los miembros ejercieron su

autoridad preguntándole si tenía credenciales correctas para unirse a ellos. Como resultó que no las tenía, el grupo le negó la entrada. Habiendo expulsado al intruso, acudieron con el líder expresándole su enojo. Así, el mantenimiento de la frontera es la tarea principal del grupo y del liderazgo para todos los grupos. Entre las funciones adicionales de liderazgo se incluyen la promoción del propósito del grupo, la administración del grupo, dar el ejemplo frente al grupo, encargarse de la inclusión de miembros, y el evitar que los intereses particulares predominen.

**RELACIONES LIDER-MIEMBROS** Las relaciones entre el líder o los líderes y los miembros depende en gran medida de la calidad del límite común entre el tipo y el propósito del grupo, la composición del conjunto de miembros, y la etapa de desarrollo del grupo. Esto es similar a la visión de liderazgo expuesta por Hershey y Blanchard, que se discutió antes. Es importante para el líder y el miembro ser conscientes de que ambos hacen posible que el grupo experimente sus propias expectativas sobre cómo debe comportarse un líder con base en sus propias interacciones pasadas con las formas de autoridad y sus actuales necesidades y anhelos. Muchas veces esos factores ocasionan la creación de poderosos sentimientos sobre *dirigir* o bien sobre *ser dirigido*. Por ello, esas relaciones son complejas y muchas veces ambivalentes por naturaleza. Así como no existe una única relación padre-hijo correcta, no existe tampoco una única manera correcta para la interacción entre líderes y miembros. Un aspecto importante de esas relaciones es la fase de la vida del grupo.

## FASES DEL DESARROLLO DEL GRUPO

Es importante tener un marco conceptual para observar el desarrollo del grupo, porque tal entendimiento ayuda a poner en perspectiva los acontecimientos del grupo, permite poner orden, ayuda en el diagnóstico de las dificultades del grupo, y auxilia en el desarrollo de las normas funcionales del grupo. Un punto de vista habitual consta de tres fases: inicio o etapa de orientación, etapa de trabajo, y etapa de terminación.

**ETAPA DE INICIO** La primera cuestión a la que tiene que enfrentarse cualquier miembro de un grupo es la de inclusión: ¿Deseo estar en este grupo? Si es así, ¿hasta dónde quiero involucrarme? Estrechamente relacionado con esto está el concepto de calidad de miembro voluntario frente a calidad de miembro forzado. Los miembros que se sienten pertenecer al grupo voluntariamente en general trabajarán más productiva-

mente y se moverán dentro del grupo con más facilidad que los que se sienten que están ahí por coerción.

Una vez en el grupo, los miembros se sienten preocupados con otros asuntos: ¿Qué espera de mí el líder? ¿Qué los demás miembros? ¿Cuán seguro estoy? ¿Cuán exitosa será esta aventura? ¿Se colmarán mis aspiraciones? ¿Se alcanzarán las metas globales del grupo? ¿Quiénes son los otros miembros del grupo? ¿Hay similitudes e intereses y creencias comunes entre nosotros? ¿Cómo es el líder?

Pueden observarse diversas conductas individuales y de grupo cuando los miembros tratan de valorar la viabilidad del grupo por sí mismos y de influir en la estructura de desarrollo del grupo de una manera que permita su propia supervivencia y satisfacción. Dependiendo del formato y la estructura del grupo, pueden surgir diferentes conductas. Por ejemplo, en grupos de tarea y de entrenamiento, se presentan intentos tempranos de delinear la estructura y las normas del grupo de una manera clara y explícita. En los grupos de terapia y terapéuticos, puede tener lugar la presentación de problemas para resolverse y la oferta de consejo y soluciones. En todos los grupos, habrá una búsqueda de rasgos comunes entre los miembros, una mirada hacia el líder en busca de apoyo y dirección, y compromiso mutuo en un nivel superficial. La conducta general del grupo se llevará según las normas más amplias del sistema social del que provienen los miembros –sus familias, organizaciones, y comunidades. La conducta que puede parecer rígida o estereotipada puede verse en ejemplos tales como dudar para interrumpir a otro, pedir permiso para hacer una pregunta, hacer preámbulos, etcétera. Durante esta fase del desarrollo del grupo, las tareas primarias del líder son

- 1 Proporcionar asistencia suficiente y estructura para mantener la ansiedad en un nivel tolerable
- 2 Proporcionar la unión inicial y las intervenciones de inclusión que permitan el desarrollo inicial de cohesión
- 3 Proporcionar el establecimiento de límites, cuando sea necesario, en lo tocante a cantidad y calidad de la revelación del sí mismo y el grado de participación por los miembros individuales
- 4 Actuar como un señalador de normas respecto de lo que se espera, lo que está permitido, y limitado dentro del grupo, de tal manera que las normas funcionales, de logro de metas, puedan ser establecidas
- 5 Actuar como un modelo de rol de las conductas deseadas del grupo

A medida que el grupo se enfrenta con éxito a esos problemas iniciales, los miembros vuelven su atención más directamente a las cuestiones de

autoridad y poder dentro del grupo. Al principio, los miembros pueden haber buscado dirección y apoyo del líder, pero ahora pueden empezar a usarse mutuamente como fuentes de asistencia y clarificación. Pueden no estar de acuerdo con el líder y enfrentarlo más directamente. En este momento, los subgrupos pueden desarrollarse en torno de cuestiones específicas, siendo la cohesión lo más fuerte dentro del subgrupo en lugar de serlo en el grupo total. Esta cohesión permite a los miembros establecer un sentido de *calidad-de-nosotros*. En este punto, los miembros pueden empezar a ver al líder de una manera más realística. Es más, los miembros empiezan a asumir una responsabilidad creciente hacia el cumplimiento de la tarea del grupo y hacia el desarrollo de normas y de la estructura del grupo. A medida que el grupo pasa hacia la etapa segunda o de trabajo, las funciones de liderazgo pueden ser más claramente dispersadas y compartidas entre los miembros.

**ETAPAS DE TRABAJO** Mientras un grupo entra a esta fase media de desarrollo, la formación exitosa de la frontera de un grupo ocurrirá a medida que los miembros individuales permitan la penetración de sus propias fronteras. Al establecer las normas del grupo, los miembros se proporcionan a sí mismos pautas para las conductas y el trabajo del grupo con miras a desarrollar un sentido de historia y continuidad. Esto es más aparente en un grupo abierto cuando hay miembros que se van e ingresan otros nuevos periódicamente. Con el ingreso de nuevos miembros, los demás miembros tienen oportunidad de orientar a los nuevos acerca de cómo trabaja el grupo. Esta actividad clarifica también qué es el grupo para los miembros que continúan.

La etapa de trabajo del desarrollo del grupo varía de grupo a grupo en cuanto al contenido discutido, la profundidad de la participación personal, y el enfoque de las relaciones interpersonales. Sin embargo, un grupo en la etapa de trabajo se caracterizará por procesos específicos visibles para el observador. En los grupos de terapia, entrenamiento, y terapéuticos, es probable que las cuestiones giren alrededor de la intimidad y la revelación del sí mismo entre los miembros y la exploración y la resolución de los patrones inadaptables de conducta. Es posible que los procesos de tales grupos sean de naturaleza exploratoria o analítica más que para buscar soluciones rápidas a los problemas. En los grupos de tareas, los miembros tratarán de explorar las cuestiones sobre una base racional más que irracional, con un sentido de mutualidad y respeto hacia las contribuciones de cada miembro. Los miembros son capaces de escucharse mutuamente y empeñarse en la validación consensual de ideas y percepciones. Las tareas del grupo están implicadas primariamente en

los procesos de rendimiento de la integración, la síntesis, la solución de problemas, y la toma de decisiones relacionada con el logro de las metas del grupo.

Tanto en los grupos de terapia como en los de tarea, puede presentarse en esta fase el subagrupamiento. El subagrupamiento ocurre cuando dos o más miembros perciben y reciben más gratificación al juntarse ellos que al relacionarse con el grupo total. Mientras que puede haber en ello consecuencias benéficas y perjudiciales para el grupo cuando esto ocurre, existe casi siempre un grado creciente de complejidad que hay que enfrentar por haberse creado nuevos subsistemas dentro del grupo. El subagrupamiento es benéfico en tanto no se sacrifiquen las metas globales del grupo. La cohesión y la atracción globales del grupo pueden de hecho incrementarse, y el trabajo del grupo aumentarse dividiendo las tareas para que se cumplan entre los subgrupos. Los efectos perjudiciales del subagrupamiento se relacionan primariamente con las elecciones que los miembros deben hacer entre las necesidades y las metas del subgrupo y las del grupo total. Particularmente en los grupos de terapia, el subagrupamiento va en detrimento de los participantes cuando existe una conspiración de secreto respecto de los contactos extragrupo. Es oportuno recordar que esos grupos están operando para proporcionar las destrezas necesarias para relaciones exitosas, y no relaciones *per se*. Además, siempre que los subgrupos se desarrollan, las experiencias del *dentro* o *fuera* y la inclusión y exclusión se vuelven cuestiones fundamentales a las que hay que hacer frente.

Un grupo que funciona en la etapa de trabajo del desarrollo exhibirá muchas de las conductas antes señaladas. Además, habrá un sentido creciente de aceptación de riesgo y de confianza en tanto que los miembros no sólo prueban nuevas percepciones e ideas, sino que prueban nuevas conductas en relación con los demás en el grupo. Muchos miembros exhibirán igualmente una conciencia aumentada del proceso del grupo, siendo capaces de identificar y comentar qué es lo que ven que acontece entre los miembros.

Otra conducta prominente que puede observarse durante la etapa de trabajo es la expresión abierta y la tolerancia del conflicto y las desavenencias. Para que el conflicto sea expresado y explorado de una manera significativa, debe existir un grado razonable alto de cohesión entre los miembros, de tal manera que haya un sentido de seguridad de que el grupo no va a resquebrajarse.

Las tareas primarias para el líder o el terapeuta durante la etapa de trabajo son el mantenimiento de comunicación entre los miembros durante los momentos de estrés y conflicto; el uso continuo del proceso de

comentarios para facilitar el trabajo del grupo; la clarificación de cuestiones y progresos encaminados hacia las metas del grupo; ayudar a los miembros a enfrentarse con cuestiones de intimidad, en especial el miedo a una excesiva revelación del sí mismo y el miedo a estar en contacto estrecho con los demás; y el manejo del subgrupamiento a medida que se desarrolla.

**ETAPA DE TERMINACION** La etapa final del desarrollo del grupo es la que tiene lugar sólo como fenómeno total del grupo cuando el mismo grupo se acerca a su terminación. Sin embargo, la terminación en sí es un proceso importante al que el grupo debe hacer frente todas las veces que un miembro o un líder abandonen el sistema. Varias perspectivas teóricas pueden ser empleadas al enfocar este proceso, que a menudo es un poderoso acontecimiento productor de ansiedad en la vida del grupo. El aspecto más significativo de la terminación, desde una perspectiva de sistemas, es la fractura y la disolución de la frontera y la estructura del grupo, y la distribución (dispersión) de entradas (*inputs*) como salida (*output*).

En un nivel psicológico, las cuestiones fundamentales para los miembros son las reacciones respecto de la conciencia de quehaceres no terminados con los demás miembros, líderes, o el grupo como un todo, y la ansiedad generada por el proceso de separarse de aquellos con quienes habían formado relaciones significativas. Además, cada vez que las personas enfrentan el fin de una experiencia, hay alguna recapitulación de anteriores despedidas.

Cómo sea manejada la terminación en un grupo estará determinada por el tipo del grupo, la intensidad de la experiencia, y los estilos de contender de los miembros. En los grupos de tarea, la terminación puede ocurrir con sólo un menor reconocimiento y adioses rápidos. Otras veces, puede haber un proceso más ritualizado, como una reunión social. En los grupos de terapia y de entrenamiento, es probable que la terminación sea más introspectiva, con una exploración en profundidad del proceso, la significación, y el sentido que tiene para los miembros. En cualquier caso, cada participante probablemente manejará la terminación de una manera basada en sus propios estilos de contender. Debido a ello, una terminación satisfactoria a menudo depende de la intervención del líder y su facilitación del proceso.

Durante la etapa de terminación, es posible que el grupo se relacione con el líder de manera similar a un grupo en una etapa más temprana, cuando éste es más dependiente de los comentarios, opiniones, y apoyo del líder. Otras conductas que pueden observarse es la prohibición de

cualquier discusión del fin inminente y, en cambio, centrarse en las cuestiones y problemas discutidos previamente. Esta revisión de los asuntos previos del grupo puede ser vista igualmente como parte del proceso de la evaluación por el grupo, que es un aspecto necesario de la terminación. Al actuar así, el grupo puede comparar “lo que es” con “lo que era” y con “lo que se esperaba que fuera”. Esto puede suceder igualmente entre los miembros individuales cuando evalúan su propio lugar dentro de los esfuerzos del grupo. Pueden ser evocadas diversas respuestas emocionales por la terminación pendiente: enojo, alivio, tristeza, sentido de haber cumplido, y orgullo. Es importante que los miembros dispongan de tiempo para experimentar y tratar con esos sentimientos, especialmente en los grupos orientados a proceso, y hasta cierto punto en los grupos de tareas.

Las tareas primarias para el líder del grupo durante la fase final del desarrollo del grupo son 1) ayudar a los miembros del grupo a que identifiquen y se ocupen de los quehaceres pendientes; 2) preparar el cierre dentro del grupo; 3) facilitar la salida del grupo a los miembros y su reentrada a otros sistemas; 4) permitir que afloren los sentimientos y que exploren el significado de la terminación; 5) actuar como un modelo de rol compartiendo la propia reacción del líder; y 6) prohibir que se exploren nuevas cuestiones individuales o del grupo.

Esta discusión de la terminación se ha centrado sobre el final total del grupo. En muchas situaciones, las enfermeras se encontrarán en un trabajo con terminales de circuito abierto o en grupos terapéuticos, en los que los miembros vienen y van, dependiendo de varias influencias individuales y más amplias del sistema. Aunque mucho será similar al proceso que aquí se ha discutido, pueden emerger otras cuestiones acerca de algunos miembros que se van y otros que se quedan. Cómo y por qué un miembro individual abandona el grupo puede evocar diferentes respuestas. Algunos miembros reaccionarán vehementemente contra el “ser dejados” más que analizar la partida. Dependiendo del grupo, y de la significación del líder en el grupo, la partida del líder evocará igualmente respuestas fuertes y nuevas incertidumbres acerca del futuro.

Una de las fronteras principales de los grupos que van hacia adelante es enfrentar los procesos cíclicos de terminación e inclusión. Este rompimiento del equilibrio del grupo dependerá de la cantidad de cohesión y estabilidad del grupo en ese momento, las reacciones individuales de los miembros, y el efecto que la renovación tenga sobre la moral y la productividad del grupo. Idas y venidas frecuentes, en especial en los grupos que se inician o en grupos no acostumbrados a la renovación, pueden causar la ruptura. La tarea del líder entonces debe ser la de influir en el

proceso mediante la habilidad para escoger el momento oportuno, actuar como modelo de rol para la inclusión, y, cuando sea oportuno, enfrentar los sentimientos acerca de la inclusión y la terminación de miembros. En el momento en que un miembro se va, el sistema debe maniobrar para compensar la pérdida y redistribuir las funciones de tarea y de rol para atender a las necesidades del sistema. En cualquier momento en que un nuevo miembro entra, el grupo debe enfrentar las viejas preguntas de ¿cómo va a caer este miembro?, ¿cómo voy a reaccionar con él –y él conmigo?, ¿cómo se afectarán mis necesidades y mi lugar en la estructura del grupo?

### PATRONES EMERGENTES DE LA INTERVENCION DE GRUPO POR LAS ENFERMERAS

Los patrones cambiantes de la distribución del cuidado de salud y las demandas por los consumidores de nuevos modelos de cuidado han influido en la modificación de los tipos de grupos que son dirigidos por enfermeras. Dentro de la práctica de la salud psiquiátrica mental, hay un cambio significativo en el uso de la psicoterapia de grupo a corto plazo en las unidades hospitalarias con enfermos residentes. Esos grupos con terminales en circuito abierto piden a la líder de enfermería que sea más activa de lo que lo sería en grupos de terapia tradicionales y que asuma una responsabilidad primaria en el mantenimiento de la frontera, la inclusión de nuevos miembros, y la terminación de los miembros que estén listos para dejar el grupo. El líder de tales grupos necesita poner mucha atención para fijar metas realísticas. Los dos errores más frecuentemente encontrados son esperar demasiado o muy poco de la experiencia del grupo. Es interesante observar que de estos dos errores el último es el más frecuente. En estos casos, una unidad puede ofrecer terapia de grupo, y en cambio procurar una insuficiente estructura para la experiencia de grupo. Muchas veces los miembros del personal de enfermería rotan como líderes del grupo, dependiendo de quién está de guardia cada día. Con frecuencia, los pacientes reciben mensajes no claros sobre lo que se espera del grupo porque los múltiples líderes fallan en la coordinación de sus esfuerzos. En tales casos, es menos extraño que el personal se desilusione con la intervención de grupo, y que los pacientes se quejen de la falta de relevancia de las sesiones de grupo. Un uso más apropiado de esos grupos puede lograrse identificando metas claras para la experiencia, estableciendo el grupo de terapia como una benéfica experiencia esperada, usando líderes permanentes que compartan sin cesar la infor-



mación del grupo con otros miembros del equipo, y proporcionando supervisión para los líderes, si es necesario. Es importante preparar a los miembros para la experiencia de grupo y ayudarlos a identificar maneras específicas de cómo puedan trabajar y puedan obtener algo del grupo.

Cada vez más, en áreas del cuidado de la salud como clínicas de pacientes externos, unidades médico-quirúrgicas de pacientes hospitalizados, y agencias de cuidado de salud comunitaria, la enfermera tiene la obligación de intervenir usando enfoques terapéuticos y de autoayuda (cuadro 12-1). Frecuentemente esos grupos exigen que la enfermera asuma un rol psicoterapéutico menos intensivo que en los marcos psiquiátricos de pacientes hospitalizados y asuma, en cambio, una función más facilitadora de grupo. Esto quiere decir que la enfermera deberá vigilar el proceso de grupo para mantener la interacción fluyendo entre los miembros más que centrándose en la relación de los miembros con el líder; vigilar la intensidad y el nivel de ansiedad y de afecto presentes en el grupo para que se alcancen las metas principales de apoyo, de compartir información, análisis de la realidad, y solución de problemas; adoptar un rol menos activo y directivo cuando sea oportuno, como en los grupos de autoayuda en donde el objetivo es que los miembros asuman la responsabilidad del grupo y usar al líder del grupo primariamente como una capacidad consultiva; y ocuparse de las cuestiones de frontera y de inclusión del grupo, en especial en los grupos abiertos de corto plazo en los que los miembros entran y salen sobre una base avanzante. En algunos marcos, como las clínicas, la inclusión y la terminación ocurren en cada encuentro.

La literatura reciente de enfermería atestigua el compromiso creciente de las enfermeras que trabajan con poblaciones especializadas, como pacientes en diálisis, pacientes oncológicos, mujeres maltratadas, delinquentes criminales, y ancianos.<sup>29,31</sup>

Es significativo el hecho de que históricamente esas poblaciones han sido devaluadas y estigmatizadas, y supuestamente consideradas como inapropiadas para la terapia de grupo. A través de su compromiso con esas poblaciones, las líderes de enfermería han demostrado que, proporcionando la estructura adecuada, empleando una composición homogénea para fomentar la cohesión y un propósito compartido, y fijando metas realísticas, esas personas pueden beneficiarse de la intervención de grupo. Ahora la tarea para la enfermería es cambiar de la descripción de lo que hacemos con grupos a examinar cómo lo hacemos y a sustentar nuestro trabajo con la investigación y estudios de evaluación. El impulso para estos estudios recientes está llegando no sólo desde los que están fuera

de la enfermería, sino también desde las administradoras de enfermería que deben justificar el uso del tiempo del personal en las actividades de grupo.

Cuando la enfermera es el líder para un grupo de enfermeras de personal, como en grupos de apoyo de enfermería dentro de las unidades de cuidados intensivos, existe presión para proporcionar documentación del impacto positivo sobre tales áreas tangibles de la renovación disminuida y el absentismo del personal. Otras señales de progreso del grupo de tarea incluyen mejores relaciones de trabajo y fenómeno de víctima propiciatoria disminuido y quejas entre bastidores sobre la situación del trabajo. Algo parecido sucedió en un grupo de apoyo para enfermeras de ICU neonatales, el cual, después de varios meses, se dio cuenta de que estaban culpando al personal administrativo de la unidad porque ellas eran incapaces de descargar de una manera aceptable su frustración y su enojo al trabajar con bebés desvalidos, y muchas veces enfermos sin esperanza. Era demasiado inaceptable enojarse con los bebés, y así el personal de enfermería encontró otros blancos para su frustración.<sup>32</sup> En cuanto los miembros del grupo se dieron cuenta de ello, fueron capaces de hacer frente más directamente a sus sentimientos en el grupo, y entonces resolver satisfactoriamente el problema con el personal administrativo de la unidad.

Resumiendo, está claro que la intervención de grupo está siendo empleada cada vez más en el área del cuidado de la salud. Es adecuado para muchos de estos grupos el que sean dirigidos por enfermeras que tienen conocimientos de la teoría de grupo y tienen la capacidad de comprometerse con el proceso de grupo al servicio de las metas terapéuticas y de tarea.

## REFERENCIAS

- 1 Gwen Marram: *The Group Approach in Nursing Practice* (St. Louis: C.V. Mosby, 1973), pp.24-36.
- 2 Glenn Swogger: "A Systems Approach to Small Groups". Unpublished paper, p.3.
- 3 Charles H. Cooley: In Michael S. Olmsted (ed.): *The Small Group* (New York: Random House, 1959), pp.16-19.
- 4 Ralph E. Anderson and Irl E. Carter: *Human Behavior in the Social Environment: A Systems Approach* (Chicago: Aldine, 1974), p.75.
- 5 Robert E. Bales: *Internation Process Analysis* (Cambridge: Addison-Wesley, 1959), pp.15-16.
- 6 Eric Berne: *The Structure and Dynamics of Organizations and Groups* (New York: Grove City Press, 1963), pp.53-65.
- 7 *Ibid.*
- 8 *Ibid.*

- 9 *Ibid.*
- 10 Conrad Fulkerson, David Hawkins, and Albert Alden: "Psychotherapy Groups of Insufficient Size". *International Journal Group Psychotherapy*, 31, 1:73-82, January, 1981.
- 11 Dorian Cartwright and Alvin Zander: *Group Dynamics*, ed.3. (New York: Harper & Row, 1968).
- 12 Erving Goffman: *Encounters* (Indianapolis: Bobbs-Merrill, 1961), p.83.
- 13 *Ibid.*
- 14 Eleanor White: "Issues of Sexual Attraction Between Male-Female Co-leaders in Psychotherapy Groups". Unpublished paper, 1982.
- 15 Ken Lessler, Bob Dick, and Jim Whiteside: "Co-therapy Viewed Developmentally". *Transactional Analysis Journal*, 9, 1:67-73, January 1979.
- 16 Sara Winter: "Developmental Stages in the Roles and Concerns of Group Co-Leaders". *Small Group Behavior*, 7 3:349-362, 1976.
- 17 Dorothy S. Whitaker and Morton A. Lieberman: *Psychotherapy Through the Group Process* (New York: Atherton Press, 1964).
- 18 *Ibid.*, p.96.
- 19 Berne, *op.cit.*, pp.110-111.
- 20 Pierre Truquet: "Leadership: The Individual and the Group". In Graham Gibbard, John Hartman, and Richard Mann (eds.): *Analysis of Groups* (San Francisco: Jossey-Bass, 1974), p.335.
- 21 Robert K. Merton: "The Social Nature of Leadership". *American Journal of Nursing*, 69:2614-2618, 1969.
- 22 *Ibid.*
- 23 Truquet, *op.cit.*, p.365.
- 24 Berne, *op.cit.*, p.106.
- 25 Ronald Liptt and Ralph White: In Olmsted (ed.), *op.cit.*, pp.38-42.
- 26 Paul Hershey and Ken Blanchard: *Management of Organizational Behavior* (Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice-Hall, 1982), pp.82-105.
- 27 Truquet, *op.cit.*, p.352-353.
- 28 Whitaker and Lieberman, *op.cit.*, p.193.
- 29 Judith G. D'Afflitti and Donna Swanson: "Group Treatment for the Wives of Home Dialysis Patients". *American Journal of Nursing*, 75, 4:633-635, 1975.
- 30 Marjorie Baier: "Group Therapy with Parolees in a Community Mental Health Center". *Journal of Psychosocial Nursing and Mental Services*, 20, 2:26-30, 1982.
- 31 Kathleen S. King: "Reminiscing Therapy with Aging People". *Journal of Psycho-social Nursing and Mental Health Services*, 20, 2:21-25, 1982.
- 32 Jerri Oehler and Peter Peralt: "Scapegoating in a Neonatal Nurse Support Group". Paper presented at American Group Psychotherapy Association, Toronto, 1983.

## BIBLIOGRAFIA

- Benne, Kenneth D. and Sheats, Paul. "Functional Roles of Group Members". *Journal of Social Issues*, 4, 2:41-49, 1948.
- Loomis, Maxine, *Group Process for Nurses*. St. Louis: C.V. Mosby, 1979.
- Miller, James C. "Living Systems: Basic Concepts". *Behavior Science*, 10:193-237, 1965.
- Shaw, Marvin. *Group Dynamics: The Psychology of Small Group Behavior*, ed. 3. New York: McGraw-Hill, 1981.
- Yalom, Irvin D. *The Theory and Practice of Group Psychotherapy*, ed. 2. New York: Basic Books, 1975.
- Yalom, Irvin D. *Journal Psychosocial Nursing*, 1982. (Whole issue on groups).

Este capítulo presenta conocimiento relevante para entender las organizaciones complejas como el contexto en el que se distribuye el cuidado de salud.

## CAPITULO TRECE

# **BASES CONCEPTUALES PARA LA INTERVENCION DE ENFERMERIA CON LAS ORGANIZACIONES COMPLEJAS**

JOANNE E. HALL

La organización compleja es un tipo de sistema social que se compone de dos o más grupos enlazados por una red compleja de relaciones sociales y valores y metas comunes. Las organizaciones complejas tienen significación especial para la práctica distributiva de la enfermería. Sirven como *contexto* de las intervenciones de enfermería centradas en el individuo, la familia, y el grupo. Por ello, proporcionan el entorno en el que las enfermeras y los clientes van todos a promover y restablecer la salud, prevenir la enfermedad y la invalidez, y a encargarse del aprendizaje relacionado con la conducta sana. Como contexto, las organizaciones complejas representan una variable principal en los resultados del proceso de enfermería. Igualmente, las organizaciones complejas pueden ser ellas mismas *clientes*, como lo explicó Dylag en su uso de la matriz de consulta en salud mental comunitaria.<sup>1</sup> Además, las organizaciones complejas son

*componentes* de la comunidad y la sociedad en las que existen y, como tales, ayudan a formar las expectativas de salud comunitaria y social y los recursos para el cuidado de salud.

Las organizaciones complejas no existen aisladas. Más bien, están relacionadas jerárquicamente con los grupos, y por tanto con los individuos, que las componen, y con la comunidad y la sociedad que funcionan como su entorno. Como ocurre con cualquier sistema social, las organizaciones complejas tienen que ser vistas desde un subsistema (individuos y grupo) y suprasistema (comunidad y sociedad), y desde una perspectiva de sistemas para entender el funcionamiento de las organizaciones complejas como sistemas abiertos. Por tanto, lo que se ha visto sobre los grupos en el capítulo 12 y lo que se verá sobre las comunidades en el capítulo 14 es fundamental para entender las organizaciones.

El propósito de este capítulo es presentar conocimiento relevante para el análisis de sistemas, intervención, y evaluación de organizaciones complejas como el contexto en el que se distribuye el cuidado de salud. El conocimiento avanzado que se necesita para funcionar en posiciones administrativas de alto nivel va más allá del alcance de este capítulo; sin embargo, las referencias adicionales al final del capítulo pueden ayudar a las personas que busquen tal información.

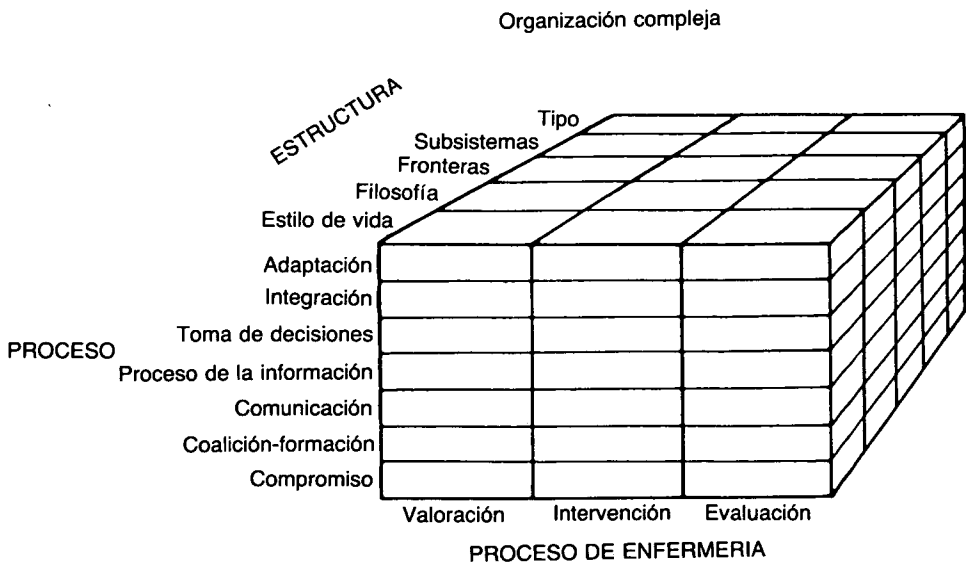


FIGURA 13-1  
Modelo para la intervención de enfermería con las organizaciones complejas.

Este capítulo proporciona un paradigma de sistemas para examinar los sistemas sociales y aplica el paradigma como un modelo para evaluar las organizaciones complejas.<sup>2</sup> Las estrategias de intervención con las organizaciones complejas se relacionan con el modelo, y la evaluación se incluye como parte integral de la valoración y la intervención de sistemas. El paradigma que aquí se presenta trata de servir como mapa cognoscitivo para relacionar las organizaciones complejas con el proceso de enfermería. En lugar de plantear cada pregunta para que ésta sea contestada dentro de la valoración de una organización compleja, el modelo es más bien una guía que puede ayudar a la enfermera a formular preguntas adecuadas a situaciones específicas. No es práctico tener siempre a la mano una forma de valoración de muchas páginas. Las organizaciones complejas existen en todas partes; en consecuencia, la valoración debe ser continua. Lo que se necesita es un modelo que se almacene fácilmente en la memoria de la practicante, y que pueda ser recordado cuando se necesite para entender e intervenir en el contexto de la práctica de enfermería. Las practicantes profesionales nunca deben prescindir de las herramientas cognoscitivas de su disciplina. Las ideas, no los papeles, son la verdadera señal de un clínico sabio y experto.

## MODELO PARA VALORAR ORGANIZACIONES COMPLEJAS

Los sistemas sociales son sistemas abiertos y, por tanto, poseen por definición tanto estructura como proceso. Los elementos de estructura y proceso de un sistema complejo son muchos; los más aptos para la valoración e intervención han sido seleccionados para incluirse en un modelo con el fin de valorar las organizaciones complejas (fig. 13-1).

### *Elementos estructurales*

La estructura de un sistema social es la colocación estática de las partes del sistema en cualquier momento y en un espacio tridimensional.<sup>3</sup> Los elementos estructurales cambian con el tiempo, pero a menudo tan lentamente que apenas se puede percibir. Por ejemplo, la anatomía es el estudio de la estructura del cuerpo humano, el cual en un momento dado se percibe como estable. Aunque conocemos los cambios corporales por el crecimiento y porque las células del cuerpo están siendo constantemente reemplazadas, las características del cuerpo humano son normalmente lo suficientemente estables como para que se pueda reconocer a las per-

sonas a pesar del paso del tiempo. De igual modo, la estructura de un sistema social se refiere a esos elementos que dan al sistema sus características, que persisten a lo largo del tiempo. Los elementos estructurales de los sistemas sociales que aquí se incluyen son (1) tipo, (2) subsistemas, (3) fronteras, (4) filosofía, y (5) estilo de vida, que incluye normas, roles, posiciones, *status*, y reglas.

**TIPO** El tipo de sistema social se refiere a las características estructurales que describen las colocaciones del conjunto de miembros del sistema o alguna otra variable identificadora. Una organización compleja es un tipo principal de sistema social con un conjunto de miembros de por lo menos dos grupos interconectados. Dentro de la categoría de organización compleja, existen numerosos subtipos de organización, cuyas características es importante conocer para conseguir un funcionamiento efectivo dentro de la organización. El tipo de organización y su estructura formal están determinados por los estatutos o reglas de la asociación, sancionados por la comunidad, que especifican la naturaleza y el propósito de la organización.

Ejemplos de tipos de organizaciones complejas son las organizaciones públicas y privadas, que a veces también se denominan agencias gubernamentales y no gubernamentales u oficiales y voluntarias. Por esta clasificación, las características significativas de las organizaciones tienen que ver con la fuente del dinero y el control. Las organizaciones privadas y las públicas difieren enormemente a lo largo de esas variables. Por ejemplo, en las universidades privadas, los alumnos pueden ser buscados como fuente principal de ingresos económicos, y la legislatura estatal puede ser vista como sólo tangencialmente relacionada a la operación de la escuela. Al contrario, en las universidades públicas, que reciben apoyo del Estado, los alumnos deben contribuir con una cantidad relativamente pequeña del presupuesto operativo, ya que la legislatura estatal es la fuente principal de recursos económicos y por ello objeto de intenso cabildeo por parte de los administradores de la universidad. En las universidades privadas, las escalas de salario del profesorado pueden no ser públicas y por lo tanto inasequibles a todos menos para unos pocos administradores clave; mientras que, en una universidad pública, los salarios administrativos y del profesorado son considerados materia de registro público y, por ello, disponibles para cualquiera que pida la información. Esto no quiere decir que suceda siempre lo primero, sino que el control de cierta información varía de acuerdo al tipo de organización y que el conocimiento sobre el acceso a la información es importante para el funcionamiento en las organizaciones complejas.

Puede hacerse otra diferenciación del tipo de organización compleja según los modos transaccionales descritos por Bredemeier.<sup>4</sup> Tal clasificación de legal-burocrática, equipo-cooperativa, *Gemeinschaft*, regateo, y coercitiva hace referencia a los patrones característicos de las transacciones organizacionales. Estos tipos no tienen que ser mutuamente exclusivos; de hecho, usualmente está presente en una organización más de un modo transaccional. Sin embargo, generalmente predomina un modo y de esta manera indica el tipo del sistema.

Las organizaciones legales-burocráticas por naturaleza son las más complejas en las que trabajan las enfermeras. Esto quiere decir que frecuentemente las enfermeras trabajan en sistemas que se caracterizan por un uso racional de autoridad; clara identificación y distribución de poder; establecimiento de fronteras geográficas, legales, y funcionales; políticas bien definidas y procedimientos que dirigen las operaciones día a día; gran interés por la jerarquía y seguimiento de la cadena de comandos en cuanto a responsabilidad, autoridad, *status*, y recompensas; división especializada de trabajo; y sentido de continuidad a partir de la estabilidad de los roles y las posiciones dentro de la organización.<sup>5</sup>

La enfermería en equipo fue un intento por usar el enfoque de equipo-cooperativo para construir la estructura organizacional en los medios del cuidado de enfermería, intento que en muchos casos no cambió significativamente la naturaleza fundamental legal-burocrática del sistema del cuidado de salud. Esfuerzos más recientes para iniciar la enfermería primaria como un modelo para la práctica profesional han conseguido superar la frecuente desavenencia que existe entre lo que esperan los pacientes mediante lo que es el sentido de cuidado de la comunidad que ha recuperado la salud (*Gemeinschaft*) y la rigidez burocrática presente en muchas organizaciones de cuidado de salud. Se necesita cierta flexibilidad para manejar las diferencias entre las metas organizacionales y las individuales, la política hospitalaria y una necesidad del cliente para que haya excepciones a las reglas, y otros desajustes de la vida organizacional. Sin embargo, una organización de cuidado de salud en la que el regateo sea el principal modo transaccional puede presentar a la practicante con tal excesiva flexibilidad que nada parezca que se mantiene lo suficientemente estable para alcanzar las metas primarias de la organización. Hay una necesidad constante de negociación y renegociación de una estructura para facilitar la distribución del cuidado de enfermería. Además, el regateo puede transformarse rápidamente en un tipo transaccional coercitivo cuando los individuos o los grupos usan el engaño, la fuerza, o la amenaza para alcanzar sus propios fines. Las organizaciones que se caracterizan por el uso persistente de tácticas de poder para lograr las metas de la



agencia o personales desvían energías desde los aspectos constructivos de la vida de la organización. Por ello, es importante valorar las características que prevalecen en el modo transaccional de una organización compleja para evaluar el ajuste-desajuste potencial entre la organización y la enfermera individual y el cliente.

Otros modos de tipificar las organizaciones complejas asociadas con la práctica de la enfermería incluyen los marcos de cuidado primario, secundario y terciario; servicio para pacientes ingresados en el hospital frente a pacientes externos; entornos ambulatorios frente a entornos hospitalarios; hospitales generales frente a hospitales especializados; organizaciones no lucrativas frente a organizaciones de lucro; servicios relacionados con la religión frente a los no sectarios; centros académicos de salud frente a hospitales comunitarios; organizaciones de mantenimiento de la salud; agencias comunitarias de cuidado de la salud; hospicios; agencias de salud domiciliaria; centros comunitarios de salud mental; clínicas; consultorios privados de los médicos; y residencias para la atención de personas ancianas, enfermos crónicos, incapacitados, etc. Aunque careciendo de especificidad, todas esas clasificaciones proporcionan datos sobre la estructura de la organización de cuidado de salud que se considere. Por ejemplo, se tendrían muy diferentes expectativas de una organización de protección de la salud que se dedica a la prevención de la enfermedad y a eliminar los ingresos hospitalarios de las que se tendrían de un hospital cuya solvencia financiera depende del flujo adecuado de las admisiones de pacientes.

La naturaleza de un sistema está directamente relacionada con su propósito. Por tanto, es relevante examinar el propósito establecido de una organización compleja, examinar la conformidad entre el propósito establecido y el tipo de la organización, y determinar el alcance de la congruencia entre el propósito establecido de la organización y lo que realmente está logrando el sistema. El propósito de una organización compleja debe dar forma a la estructura del subsistema, a las fronteras de los sistemas, a la filosofía operacional, a las metas y objetivos, y al estilo de vida de la organización para que el sistema funcione eficazmente. Debe existir una relación lógica entre propósito, filosofía, política, procedimientos, prácticas, y producto de una organización compleja.

**SUBSISTEMA** Un segundo elemento de la estructura que hay que tomar en cuenta a la hora de valorar los sistemas sociales son los subsistemas que constituyen el sistema. Al intentar analizar las organizaciones complejas, los grupos son subunidades que deben ser valoradas. Esto no quiere decir que los individuos no sean importantes en las organizaciones

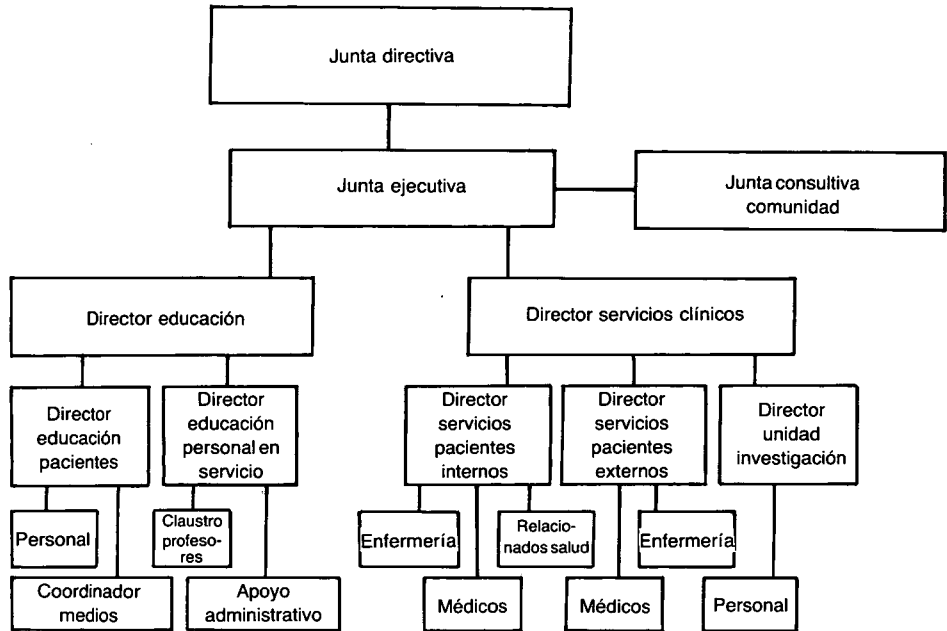


FIGURA 13-2  
Organigrama.

complejas; más bien, los individuos constituyen el nivel del subsistema de los grupos que forman la organización. En la práctica, las valoraciones de los individuos y del grupo deben realizarse para identificar los problemas organizacionales y planear intervenciones efectivas. Con frecuencia, los problemas organizacionales son atribuidos a los individuos que funcionan como víctimas propiciatorias del sistema, lo que impide la necesidad de atender los problemas de diseño estructural en las organizaciones complejas. Es conveniente mirar más allá de lo que se han llamado conflictos de personalidad para identificar los elementos estructurales cuando se necesita un cambio.

Los organigramas son representaciones diagramáticas de los subsistemas que componen una organización compleja (fig. 13-2). Ilustran el subsistema en términos de departamentos, divisiones, y otras unidades de trabajo, y muestran la relación mutua entre ellos mediante su posición en el organigrama y las líneas empleadas para indicar los canales de notificación y comunicación y la distribución de los puestos en el personal. Dispositivos relativamente simples, tienen gran poder de comunicar las expectativas del comportamiento de los subsistemas, pero no lo dicen

todo. El organigrama es un dibujo de la estructura formal del sistema. Con frecuencia, también existe una estructura informal que transacciona el quehacer de la organización de modos muy distintos a los que se muestran en el papel. Aunque menos visible que la estructura formal, es ahí muchas veces donde radica el verdadero poder en la organización. Por ello, es imprescindible valorar tanto la estructura formal como la informal para entender cómo trabaja la organización y poder hacer una diferencia en ese funcionamiento.

**FRONTERAS** Los sistemas, y por tanto las organizaciones complejas, tienen fronteras tanto externas como internas, que separan al sistema del entorno y a los subsistemas entre sí, respectivamente. Al igual que en los grupos, las fronteras ayudan a definir quién es considerado dentro de la organización, o de uno de sus subsistemas, y quién no. Los intentos de la enfermera para influir en el acceso a los sistemas nos dicen mucho acerca de la relativa apertura o rigidez de la organización. Un aspecto importante de la valoración organizacional es qué y a quién el sistema acepta o rechaza. Por ejemplo: ¿acepta el hospital solamente a aquellos pacientes que tienen seguro de hospitalización con determinadas compañías o que pueden depositar una cantidad importante de dinero en el momento de la admisión?; ¿el departamento del servicio de enfermería contrata solamente a aquellas enfermeras registradas que poseen la licenciatura en enfermería?; ¿debe la enfermera visitadora tener la orden de un médico antes de realizar una visita domiciliaria para valorar la necesidad del paciente de un cuidado de enfermería?; ¿se permite a los padres ver a sus hijos a cualquier hora o las horas de visita están restringidas?; ¿quién puede comer en el comedor de médicos?; ¿pueden las enfermeras practicantes encontrar empleo en puestos para los cuales fueron preparadas especialmente? Esas y otras cuestiones similares y específicas para cada situación señalan dónde se encuentran las fronteras, qué permitirán pasar a través de ellas, y bajo qué condiciones. La mayor parte de conflicto y de cambio ocurre en las fronteras. Una vez establecidas firmemente, las fronteras son renuentes al cambio, como lo demuestran las dificultades que surgen frecuentemente cuando las organizaciones se consolidan o se emprenden proyectos de colaboración.

**FILOSOFIA** La filosofía se refiere a una orientación general que guía la toma de decisión de las organizaciones. Se compone de valores, metas, ideales, creencias, y mitos abrazados por la organización. A veces, la filosofía organizacional es completamente específica, como en los reglamentos escritos desarrollados por las facultades de enfermería y los miembros

de los departamentos del servicio de enfermería. En algunas otras organizaciones, la filosofía sólo puede ser deducida observando lo que guía la toma de decisiones. Muchas veces, lo que se defiende no se practica. Es importante observar esos desajustes. Por ejemplo, una unidad de pacientes hospitalizados puede pretender que está centrada en la familia en su enfoque para el cuidado pediátrico, pero una vuelta por la unidad revela que el único lugar donde los padres pueden sentarse consiste en una silla de respaldo recto a la cabecera de la cama. La unidad no tiene sillones reclinables o camas pequeñas para que los padres pasen la noche. No hay tampoco sofás para relajarse ni un cuarto donde los padres puedan consultar en privado con las enfermeras, los médicos, y los capellanes del hospital sobre las condiciones de sus hijos. Cuando la filosofía dice una cosa pero el comportamiento real dice otra distinta, es preciso explorar las razones para ese desacuerdo y sus implicaciones.

Otros desacuerdos significativos son los que pueden existir entre la filosofía de la organización y la filosofía personal de los miembros individuales. Cuando se presenta tal situación, el individuo tiene cuatro clases de opciones: trabajar para cambiar la filosofía organizacional, cambiar su propia filosofía, vivir con el conflicto sin intentar cambiar ninguna filosofía, o abandonar la situación. La unión en la concordancia entre las metas organizacionales y las individuales hace del ambiente de trabajo una situación más confortable para la práctica profesional. Por ello, es útil evaluar las metas y los valores de la organización para buscar la congruencia con los de uno mismo. Steele y Harmon han desarrollado un proceso y herramientas para la clarificación de valor en enfermería.<sup>6</sup> Sin embargo, los valores y las metas, tanto individuales como organizacionales, ciertamente cambian; lo que una vez se había percibido como concordancia puede no continuar siendo una concordancia. En efecto, la creencia inicial de una persona puede cambiar cuando se enfrenta a una situación que obliga a clarificar sus valores. Igualmente, fuerzas internas y externas poderosas pueden contribuir al cambio organizacional. Por ejemplo, las condiciones económicas pueden obligar a la restricción o a la expansión de las metas organizacionales, de tal modo que las metas individuales no puedan ser alcanzadas más en la situación. Por ello, la clarificación de valor y de meta es un proceso en marcha en la vida personal y profesional.

Mitos poderosos operan frecuentemente a nivel organizacional como un mecanismo para mantener el *status quo* del sistema. Se entiende por mito un conjunto bien integrado de creencias compartidas por los miembros de la organización y que afectan a los miembros y su posición mutua en la vida de la organización. Un mito es parte de la imagen simbólica

interna de la organización, a la que contribuyen todos los miembros y que ellos se esfuerzan en preservar. Significa las creencias compartidas acerca de los roles en la organización. Los mitos funcionan como mecanismos colectivos de defensa y protegen a los que creen en ellos de tener que enfrentarse a la realidad de las situaciones y a la ansiedad asociada al cambio.<sup>7</sup> Los creyentes resisten los intentos exteriores de desafiar a los mitos. A menudo los temas de los mitos se relacionan con la manera en que los miembros de la organización esperan ser ayudados.

Los mitos que se dan frecuentemente llevan consigo el “todo va bien” como caracterización de una organización en la que, de hecho, muchas cosas están mal. Los que participan en el mito mantienen una negación sin profundizar en el asunto como una manera de hacer frente a los problemas. “Somos los mejores” es otro tema que se oye cuando se trata de individuos que deberían emprender un cambio arduo si se dieran cuenta de que realmente no destacan entre los mejores. El “gran líder” es otro mito organizacional. El líder es grande, cuando no lo es en realidad; o el líder anterior era excelente y, si todavía estuviera aquí, no tendríamos estos problemas. Otro modo de expresar el mito del gran líder es tratar de tomar decisiones como el líder anterior lo hubiera hecho. “Las enfermeras son criadas” es un mito en algunas organizaciones de cuidado de salud, un mito que no va a desaparecer fácilmente porque, de hecho, algunas enfermeras actúan como si pensarán que el mito es cierto. “El médico sólo se ocupa de la patología, no de la salud” es un mito que muchas enfermeras han aceptado en sus intentos por definir su propia esfera exclusiva de práctica. “La enfermera jefe es la encargada” puede ser la imagen proyectada cuando todo el mundo sabe realmente a cierto nivel que es la enfermera jefe auxiliar, la administradora de la unidad, o la operadora terminal de datos quien dirige las actividades del personal de enfermería. “Al sistema no le importa” es el clamor y el lamento cuando la gente siente que no la aprecian o que abusan de ella. En esta situación, el tema es la explotación. Cualquiera que sea el mito, un examen del tema o los temas que prevalecen sirve como indicador de los problemas organizacionales y sus remedios posibles.

El mensaje subyacente contenido en un mito puede ser reconocido a través del proceso de la identificación del tema.<sup>8</sup> Esto supone escuchar conscientemente los mensajes recurrentes y significativos presentes en las comunicaciones verbales y no verbales dentro de la organización. Por ejemplo, el mensaje verbal escuchado en una agencia de cuidado de salud puede ser que la directora del servicio de enfermería es una líder muy democrática y que adopta un enfoque de equipo para proveer el cuidado de la salud. Incluso cada aviso pegado sobre el tablero de boletines de

la agencia se marca en la parte inferior del lado derecho con un sello que dice “aprobado para su anuncio por la directora del servicio de enfermería (DNS)”. El que sea apropiado tener que conseguir el permiso de la directora del servicio de enfermería para pegar un aviso en la organización administrada democráticamente escapa a la atención de la mayoría de los miembros de la agencia. Conocer la incongruencia entre lo que se dice y lo que se hace puede requerir acción para cambiar el *status quo*, vivir con el conflicto, o abandonar la situación. El observador sagaz podría formular la hipótesis de la presencia de un mito (la administración democrática), tratar de entender qué está protegiendo, y evaluar su utilidad antes de decidir el curso de la acción.

No todos los mitos organizacionales son tan obvios como los que se han descrito. Sin embargo, todas las organizaciones tienen ciertamente mitos, y su identificación es esencial para entender las organizaciones complejas. Más que la identificación del tema, Bradford y Harvey sugieren una técnica de entrevistas de terminales abiertas para ayudar a identificar los mitos organizacionales que funcionan mal.<sup>9</sup> Esas entrevistas deben comenzar con preguntas diseñadas para ayudar a los individuos y a los grupos a describir sus percepciones de los aspectos positivos y negativos de la organización; las áreas que necesitan gastos mayores de su energía; y las normas organizacionales o controles que bloquean su funcionamiento eficaz. Varias preguntas pueden ser útiles para obtener esa información, como: ¿qué le parece lo mejor de esta organización?; ¿qué es lo que menos le gusta de esta organización?; ¿si pudiera cambiar alguna característica de esta organización, cuál cambiaría?; ¿qué le impide a usted usar su conocimiento y sus capacidades al máximo? Los datos obtenidos usando esas preguntas deben entonces ser seguidos examinando la realidad con el fin de identificar las percepciones míticas que se hallan en acción. Por ejemplo, pueden hacerse las siguientes preguntas: ¿cómo sabe que la situación que describe es así?; ¿ha tratado de hacer algo respecto de la situación que describe?; ¿cuándo?; ¿cuál fue el resultado de sus esfuerzos?; ¿ve alguien más la situación como un problema?; ¿ha intentado alguien corregir la situación?; ¿quién?; ¿cuándo?; ¿de qué modo?; ¿qué pasó? Las preguntas de ¿qué?, ¿quién?, ¿cuándo?, y ¿dónde? son útiles cuando se trata de comprobar un hecho. Las preguntas ¿por qué? y ¿por qué no? despiertan frecuentemente resistencias porque implican echar la culpa y obtener respuestas que ponen límites al asunto. Los mitos y su identificación son importantes porque influyen en la toma de decisiones de la organización y por ello forman parte de la filosofía organizacional. A veces, son funcionales. Otras, pueden ser extremadamente disfuncionales y requerir, en consecuencia, un cambio.

**ESTILO DE VIDA** El estilo de vida puede entenderse como un término distintivo para describir una organización compleja; aun así, todos sabemos que la vida se vive de muy distintas maneras en las organizaciones y dentro de los subsistemas de una misma organización. El estilo de vida se refiere a patrones característicos y persistentes del comportamiento de la organización y está determinado por estructuras sociales tales como normas, roles, posiciones, y *status*. Las reglas de la organización contribuyen también al estilo de vida de la organización. Todos esos elementos estructurales dictan las conductas esperadas. El análisis de las normas, roles, posiciones, y *status* pueden revelar si son aptos para las tareas que deben realizarse y la presencia o ausencia de tensión del rol y conflicto. (Véase el capítulo 4, *Organización social*, para poder valorar esos elementos sociales estructurales.) Las reglas de la organización muchas veces se encuentran en los manuales de política y de procedimientos y en las regulaciones administrativas de la administración. Cuanto más altamente estructurada la organización, mayor es la probabilidad de que las reglas estén formalizadas por escrito. Sin embargo, a veces las reglas y normas realmente significativas no están por escrito, pero se descubren en seguida cuando se las transgrede. Mientras que se puede lamentar el papeleo administrativo, algunas prescripciones para la acción ciertamente salvaguardan la energía y el tiempo consumidos al tener que tomar cada decisión de nuevo sin el beneficio de una pauta derivada de una experiencia anterior.

Tomados en conjunto, la valoración del tipo de organización, sus subsistemas, fronteras, filosofía, y estilo de vida pueden dar información útil para la formulación de un diagnóstico organizacional y la necesidad de cambios en el diseño estructural.

### *Proceso*

Además de analizar los elementos estructurales de una organización compleja, es necesario valorizar los procesos organizacionales para identificar las fuerzas, los problemas, y las intervenciones necesarias para facilitar el funcionamiento organizacional. Los procesos son los conjuntos de cambios colocados en un orden especial que ocurren continuamente en el tiempo. Los procesos en los sistemas abiertos, y por tanto en las organizaciones complejas, tienen que ver con la adaptación al entorno, la integración de los subsistemas, la toma de decisiones respecto de la asignación de recursos, el procesamiento de la información, la comunicación, la coalición-formación, y el compromiso.

**ADAPTACION** La adaptación es el proceso bidireccional de influir y ser influido por el entorno, que ocurre en la frontera organizacional-contextual. Implica *obtener* lo que la organización necesita del entorno; *reprimir* en el entorno las influencias que la organización no requiere o que son perjudiciales para la organización; *retener* dentro de la organización lo que se requiere para funcionar; y *disponer* de productos de la organización, servicios, o deshechos hacia el entorno.

Para poder funcionar, una organización debe *obtener* del entorno las entradas necesarias para su operación. Para un hospital, se incluiría entre éstas un edificio adecuado y convenientemente localizado para atraer pacientes a sus instalaciones de hospitalización y de consulta externa; cantidad y tipos apropiados de clientes; una fuerte base financiera generada a través de ingresos económicos directos de los pacientes, recursos para pagos a terceros, y fondos privados y públicos; personal médico y otros con prerrogativas de profesionales, como enfermeras-comadronas que están autorizadas a admitir pacientes; enfermeras; trabajadoras sociales; terapeutas ocupacionales, físicas, y respiratorias; alimentación; suministros y equipos médicos; farmacéuticos; sanción de la comunidad para su operación; y reconocimiento por cuerpos apropiados de acreditación, para especificar sólo algunos de los requisitos necesarios. El hospital necesita igualmente *refrenar* en el entorno a los pacientes que no puedan pagar y por cuyo cuidado no hay forma posible de reembolso, clientes para los que el hospital no está equipado, como podría ser el caso de pacientes de maternidad en un hospital sin departamento de obstetricia; el exceso de pacientes para la capacidad en camas del hospital; a los visitantes molestos que amenazan la seguridad de los pacientes y del personal; los practicantes incompetentes en el cuidado de salud; y los patógenos asociados con las infecciones que se adquieren intrahospitalariamente. El hospital debe *retener* dentro de sus fronteras a los pacientes satisfechos, que no firman su salida del hospital contra el consejo médico; el personal de enfermería bien calificado con preparación y capacidad para cumplir con las exigencias del paciente; la buena disposición de los médicos para recibir a pacientes; y el apoyo de los miembros de la comunidad que buscan cuidado en el hospital, para hablar de unos cuantos ejemplos. El hospital debe ser capaz de cumplir con su función de *distribuir* en términos de dar de baja a los pacientes que ya no necesitan cuidados; transferir a los clientes a medios mejores de cuidado, como es lo apropiado; terminar con los empleados ineficientes; vender un nuevo programa clínico a la comunidad médica; y mantener un fuerte programa de relaciones públicas, de manera que haya apoyo de la comunidad para sus servicios. El proceso de adaptación con su entorno es uno de los más



cruciales mecanismos de supervivencia de la organización. Por ello, valorar su eficiencia es de suma importancia para la enfermera en lo que respecta a la operación de la organización.

**INTEGRACION** La integración se refiere al proceso de control ejercido por la organización sobre sus subsistemas para mantener el estado deseado para el logro de las metas organizacionales. Los subsistemas de una organización compleja son diferenciados de acuerdo a la función que desempeñan. De cara a tener una organización efectiva, las unidades deben trabajar juntas hacia el logro del propósito total del sistema. Por ejemplo, la función principal del hospital es el cuidado de salud. Para lograr esto, el departamento de administración interna debe tener cuartos listos para ser ocupados en un momento determinado con objeto de que el departamento de admisiones admita a los pacientes programados. Esto es esencial para que enfermería, laboratorio, rayos X, y los demás departamentos puedan concluir las instrucciones y los procedimientos requeridos antes de la cirugía. Si los pacientes son admitidos con retraso, hay que ajustar una serie de hechos para lograr el éxito deseado –un paciente bien preparado, que esté listo física y emocionalmente para cirugía. Lo que haga un subsistema afecta a las demás unidades del hospital y a los otros sistemas fuera del hospital que dependen de mantener coordinados y bajo control sus subsistemas. En consecuencia, todo subsistema es importante. Una unidad puede estar encargada del servicio de limpieza y otra de la provisión de materiales estériles, pero todas son necesarias para que el hospital funcione eficazmente.

Cuando se trata de valorar qué tan bien trabajan las unidades organizacionales, es útil hacer varias preguntas: ¿Qué son los subsistemas? ¿Cuál es la función de cada uno? ¿Cuáles están encargados del control y la coordinación de la organización? ¿Qué tan bien cumplen sus funciones? ¿Deben los distintos subsistemas apoyar la filosofía y las metas de la organización? ¿Tienen algunos subsistemas agendas privadas, como las de su propia expansión a expensas de otras unidades? ¿En qué difiere el estilo de vida organizacional entre los distintos departamentos? ¿Cómo llegan a interconectarse entre sí los diferentes modos de actuación? ¿Cuál es la actuación administrativa que declara la organización? ¿Autocrática? ¿Democrática? ¿Dejar hacer? ¿La actuación administrativa declarada es la que se ejerce en realidad, o es un mito de la organización? ¿Se ve la misma actuación administrativa en todas las unidades? ¿Qué explica las diferencias? ¿Cómo se define el poder en la organización? ¿En función del dinero, del conocimiento, de la posición, de otros recursos? ¿Cuáles son los diferenciales poderosos entre los departamentos? ¿Qué explica las

diferencias? ¿Cuáles son las fuentes de conflicto entre las unidades? ¿Cómo se maneja el conflicto? ¿El conflicto es perjudicial para el logro de las metas de la organización? ¿O el conflicto se ve como oportunidad para la negociación de una solución creativa para los problemas de la organización? ¿Qué modo de transacción prevalece en el nivel organizacional? ¿En los distintos subsistemas? ¿Dónde se localiza algún error transaccional? ¿Cómo es manejado? ¿Los mecanismos de retroalimentación del sistema son tales que la organización puede funcionar como un sistema que se automantiene y se autocorrije?

Estas preguntas y otras adecuadas para cada situación dan un cuadro de cómo trabajan conjuntamente los subsistemas para formar una organización compleja. El propósito de valorar la integración de una organización es identificar la operación en red de los distintos subsistemas y la efectividad de los mecanismos de control de los sistemas.

**TOMA DE DECISIONES** La toma de decisiones es el proceso de hacer elecciones de cómo usar los recursos de la organización para alcanzar su propósito y lograr sus metas. El proceso supone que los individuos actúan racionalmente en su comportamiento y que tienden a hacer elecciones opcionales cuando se les presentan alternativas. Supone, además, que los que deciden sopesan un conjunto de posibles consecuencias para sus acciones y hacen elecciones inequívocas que dependen de la certidumbre de los datos de que disponen.<sup>10</sup>

La toma de decisiones es un proceso muy complejo que requiere el conocimiento del uso de datos (proceso de información) y la relación entre las metas, las acciones, y el proceso de toma de decisiones. La toma de decisiones está influida por la filosofía de la organización y es crítica para todos los procesos del sistema. La valoración del proceso de la toma de decisiones es un prerrequisito crucial para la intervención en cualquiera de los elementos o procesos estructurales de la organización, debido a que la calidad del proceso de la toma de decisiones determina la calidad de vida de la organización.<sup>11</sup>

Conforme a Stufflebeam y colaboradores, se deben tomar cuatro tipos de decisiones para que una organización funcione. Estas son: *decisiones de planificación* para fijar los objetivos de la organización; *decisiones de estructuración* para diseñar las políticas y los procedimientos relacionados con la operación de la organización; *decisiones de ejecución* para usar, controlar, y afinar las políticas y los procedimientos; *decisiones de reciclaje*, o reutilización, para juzgar la consecución del propósito y los objetivos de la organización.<sup>12</sup> La valoración del proceso de toma de decisiones en una organización compleja debe tener en cuenta esos cuatro

tipos de decisiones para determinar la efectividad del proceso e identificar las intervenciones que se necesiten para mejorar la eficiencia organizacional. Hart y Herriott han utilizado el modelo CIPP desarrollado por Stufflebeam para organizar los componentes de ejercicio, y Hall lo ha empleado como marco para el desarrollo de programas educacionales con objeto de formar practicantes de enfermería distributiva.<sup>13,14</sup> Estos ejemplos se describen en los capítulos 8 y 44, respectivamente, y conviene revisarlos para la aplicabilidad del modelo y la valoración del proceso de toma de decisiones en las organizaciones complejas.

Además del uso del modelo CIPP como guía para valorar la adecuación de la toma organizacional de decisiones, pueden ser útiles las siguientes preguntas: ¿Quién toma qué decisiones? ¿En qué circunstancias? ¿Las decisiones se toman en el nivel apropiado de la organización? ¿Qué influye al proceso de la toma de decisiones? ¿Cuáles son las restricciones internas sobre el proceso de toma de decisiones, como propósito, valores, y metas de la organización; recursos limitados; experiencias pasadas del sistema; políticas, procedimientos, y programas de la organización; interacciones entre los subsistemas; consideraciones del riesgo?<sup>15</sup> ¿Cuáles son las restricciones externas sobre el proceso de la toma de decisiones, como tendencias de las asociaciones; los valores del suprasistema; las actividades de otras organizaciones con las que se interconecta la organización; las relaciones con los grupos y los individuos del entorno?<sup>16</sup> ¿Qué factores facilitan la tarea de decisiones en la organización? ¿Cómo pueden ser fortalecidos? ¿Son los miembros de la organización capaces de reconocer y definir un problema que requiera toma de decisiones? ¿Pueden quienes toman decisiones limitar y formular un problema tal que pueda resolverse? ¿Los que toman decisiones tienen el conocimiento necesario para identificar y resolver problemas? ¿Hay criterios establecidos mediante los cuales puedan ser evaluadas las posibles soluciones? ¿Se recoge una información adecuada antes de que se formulen las posibles soluciones? ¿Los tomadores de decisiones están conscientes de sus elecciones potenciales? ¿Se da una conclusión prematura al análisis de las posibles soluciones? ¿Se evalúan las soluciones potenciales de acuerdo con su costo? ¿Con su beneficio? ¿Se tiene conciencia de las posibles consecuencias de las soluciones potenciales? ¿Las decisiones son oportunas? Una vez que se ha identificado la solución deseable, ¿existe un programa desarrollado para implementar la decisión? ¿Se prueban las soluciones potenciales antes de su cabal implementación? ¿Qué mecanismos se tienen a disposición para asegurar la calidad de las decisiones que se han tomado, esto es, programas de seguridad de calidad, revisiones de situaciones iguales, intervenciones de enfermería? ¿La fase de implementación se vigila adecuadamente y

se halla enfocada hacia el cumplimiento de la decisión, revisada ésta según se requiera? ¿El proceso de toma de decisiones ayuda a movilizar la organización hacia la consecución de sus metas? ¿El proceso de toma de decisiones es compatible con la jerarquía de los valores organizacionales? ¿Se han tomado en consideración los aspectos éticos de la toma de decisiones? ¿El proceso de toma de decisiones permite el surgimiento de creatividad e innovación en la organización?

**TRATAMIENTO DE LA INFORMACION** El tratamiento de la información, o la sistematización de datos, es obtener y usar información para crear y mantener la estructura y los demás procesos de la organización. Está estrechamente relacionado con la toma de decisiones, puesto que proporciona los datos sobre los que se han de tomar las decisiones. La valoración del proceso abordaría el reconocimiento de una necesidad de información, la manera de obtener información de fuentes internas y externas, el análisis de los datos recogidos, la síntesis de la información, el grado de certeza acerca de la información disponible, la comunicación de la información tanto interna como externamente, y la evaluación del proceso.

Se exponen a continuación ejemplos de preguntas concretas que pueden ser útiles en la valoración. ¿Se admite la necesidad de datos relevantes como base para la supervivencia del sistema? ¿Las fronteras organizacionales están lo suficientemente abiertas para obtener desde el entorno la información que se necesita? ¿De los sistemas de la organización? ¿Está disponible esa información? ¿Existe represión o distorsión de la información en las interconexiones de la organización? ¿Se cuenta con métodos apropiados para obtener la información? ¿La información obtenida es relevante para la toma de decisiones de la organización? ¿Se analiza competentemente la información? ¿Permite ese análisis la búsqueda de la información que se necesita pero que no está a disposición de la organización? ¿Está libre de distorsión y sesgo el análisis de los datos? ¿La síntesis de la información se hace de manera que pueda usarla la organización? ¿Existe una tecnología apropiada, como computadoras, a disposición de la síntesis de información? ¿Qué grado de certidumbre tiene la información? ¿Los datos se comunican apropiadamente a los subsistemas de la organización? ¿Y al suprasistema? ¿Cómo se evalúa el manejo de la información? ¿Qué correcciones necesita el proceso?

**COMUNICACION** La comunicación es el proceso de dar y de recibir significado, incluidos la conducta verbal y no verbal, los símbolos, las señales, y los signos. Está estrechamente relacionada con el tratamiento

de la información y la toma de decisiones que se necesita. Es el fundamento de la retroalimentación, que es el mecanismo de automantenimiento y autocorrección inherente a los sistemas vivos.

Un modelo para la comunicación incluye seis elementos: una fuente de comunicación, un codificador, un mensaje, un canal, un descodificador (o descifrador), y un receptor de la comunicación. La fuente es una persona o un grupo de personas con un propósito, esto es, una razón por la que emplear la comunicación. El propósito de la fuente debe ser codificado en forma de mensaje. La codificación puede implicar poner el mensaje en sonidos vocales, en símbolos escritos o dibujados, o en otras formas. El mensaje codificado se transmite después mediante un canal, que es el medio o el portador del mensaje. Acompañando al mensaje hay un metamensaje, que instruye al receptor cómo interpretar o descifrar el mensaje. El receptor, que es el blanco del mensaje, debe recibir y descifrar el mensaje, esto es, retraducir el mensaje a una forma que el receptor pueda usar.<sup>17</sup> El proceso raramente termina aquí; la comunicación pocas veces es un proceso unidireccional. Las consecuencias de enviar y recibir mensajes son retroalimentar el sistema de comunicación para alterar los mensajes posteriores. Por ello, el emisor y el receptor se alternan enviando y recibiendo mensajes. Este simple modelo ejemplifica las comunicaciones verbales cara a cara así como otras formas tales como la transmisión de mensajes escritos y las comunicaciones computadorizadas a través del sistema *modem*. Cualquier valoración de la comunicación necesita tomar en cuenta los seis elementos del proceso.

Entre las preguntas que pueden ser útiles para valorar el proceso de la comunicación se encuentran las siguientes: ¿Qué tan bien cumple la comunicación su propósito? ¿Qué tanto ruido/distorsión existen en el proceso de la comunicación? ¿Cómo se expresa? ¿Cuál es su fuente? ¿Cómo puede esto corregirse? ¿Qué tan efectivas son las habilidades de comunicación del emisor? ¿Cuál es la habilidad del emisor para escribir? ¿Para hablar? ¿Para leer? ¿Para escuchar? ¿Para discurrir? ¿Cómo influyen en el proceso de comunicación las actividades del emisor acerca de sí mismo, la materia de que se trata, y el receptor? ¿Qué impacto ejercen sobre lo que se comunica los valores y creencias del emisor? ¿Posee el emisor conocimiento sobre el tema que se está comunicando? ¿Sobre el proceso de la comunicación? ¿Responde bien el emisor a la retroalimentación? ¿Qué posición tiene el emisor en la organización? ¿Qué efecto tiene sobre la comunicación el *status* del emisor? ¿Cómo ven al emisor los demás? ¿Se aceptan sin discusión los mensajes del emisor? ¿Son rechazados automáticamente? ¿Menospreciados? Las mismas preguntas se pueden hacer sobre el receptor.

Otras preguntas que pueden ser útiles son las siguientes: ¿Está el mensaje codificado apropiadamente, esto es, son adecuados para la transmisión del mensaje el lenguaje y los otros símbolos? ¿El contenido del mensaje es relevante para la situación? ¿Se acompaña el mensaje de un metamensaje que ayude al receptor a entender el significado del mensaje? ¿Son los mensajes congruentes; esto es, las palabras empleadas se corresponden a lo que se desea expresar? ¿Es el canal empleado el más efectivo al menor costo? ¿Cuáles son los focos de interferencia con el proceso de comunicación? ¿Los mensajes circulan hacia arriba y hacia abajo de la jerarquía organizacional?

Las medidas moderadas comunican excelentemente alrededor de la organización y la gente que la compone. Por ejemplo, ¿qué tan claramente están escritas las políticas y los procedimientos de la organización? ¿Los materiales impresos son precisos en su contenido y agradables en su formato? ¿De qué puede enterarse uno al examinar el tablero de anuncios en la organización? ¿Qué comunican el decorado del medio físico y el ambiente del trabajo? ¿En qué se basa la asignación de oficinas y la distribución de los espacios de estacionamiento? ¿Qué comunican esas asignaciones acerca del *status* de una persona en la organización? ¿Dónde hay alfombras rotas y qué origina el tráfico pesado en el área? ¿Dónde se encuentran los escritorios de las secretarías? ¿En los pasillos? ¿En un lugar especial para ellas? ¿En oficinas privadas? ¿Qué oficinas tienen la puerta abierta normalmente? ¿Cuáles la tienen cerrada? ¿Cuál o quién es la fuente de la mayoría de los rumores en la organización? ¿Qué exactos son los rumores vertidos? ¿A quién se incluye y a quién se omite en las listas de distribución? La respuesta a estas y otras preguntas presentará un cuadro del contenido y los patrones de comunicación en la organización y que serán útiles para planificar la intervención en las organizaciones complejas.

**COALICION-FORMACION** La coalición-formación es el proceso mediante el cual individuos y grupos se alinean a sí mismos dentro de la organización y la organización se alinea a sí misma con los demás sistemas en su entorno con el propósito de un poder de seguridad para alcanzar sus propósitos y sus metas. El poder, el concepto más importante que hay que tener en cuenta, es la habilidad para hacer que la gente actúe de un modo deseado. Implica ejercer control sobre los demás. Existen dos tipos de poder, dependiendo de cómo se ha adquirido el control. El poder puede ser *adscrito*, esto es, que pertenece a una posición determinada, como el poder adscrito a los médicos en las agencias de cuidado de salud. El poder puede ser *logrado*, esto es, adquirido mediante un

esfuerzo especial, como el que muchas enfermeras deben ganarse en el sistema de cuidado de salud. Wax señala que constituye una constante la tensión dinámica entre el poder adscrito y el logrado, que es el factor más importante en la complejidad y la turbulencia que caracterizan a las organizaciones de cuidado de salud. El poder no se ha hecho para los pusilánimes. Para poseerlo hay que ejercerlo, y muchas veces es ejercido a través de la formación de alianzas establecidas y *ad hoc* para lograr los fines deseados.<sup>18</sup>

Las fuentes de poder incluyen las que están adscritas en virtud de la posición organizacional y el prestigio del *status* profesional. El poder logrado viene de muchas fuentes, como la demostración de competencia clínica que se basa en un cuerpo de conocimiento y en un dominio de habilidades básicas y del proceso de cambio. Especialmente importante es la habilidad para negociar la distribución más favorable de recursos, servicios, recompensas, y autoridad. Esto implica usar tanto la estructura informal como la formal de la organización y la formación de coaliciones para generar una base de poder adecuado desde la que actuar. Las coaliciones se emprenden con expectativas explícitas o implícitas de apoyo recíproco, esfuerzos conjuntos, y metas compartidas, tareas, y recompensas. Para construir una base de poder es importante la habilidad para usar efectivamente el proceso de grupo con objeto de lograr el compromiso para decisiones favorables y para manejar el conflicto organizacional. El negociador hábil contribuye mucho a lograr poder dentro de una organización. El control tiene su precio, sin embargo. Cuando los riesgos son altos, igual de altos son la ansiedad y el estrés. Las posiciones de poder implican seguir las reglas del juego de la organización y un esfuerzo constante para mantener e incrementar el conocimiento y las habilidades que exige previamente el proceso. El poder ejercido es el poder en el que se cree, y el ejercicio del poder pide esfuerzo.<sup>19</sup>

Las reglas del juego organizacional implican lo que Ruesch llama *juegos sociales*. Esta designación se refiere al comportamiento social como juegos en los que una serie de interacciones tienen como su propósito el logro de una meta establecida. El proceso se caracteriza por una observación metódica de un conjunto de reglas aplicables que definen cómo debe jugarse el juego. Una carrera profesional puede compararse a un juego, porque la meta está bien definida y se logra a través de una serie prescrita de etapas que se extienden a lo largo de la vida. La meta consiste en alcanzar la más alta posición disponible en una jerarquía dada luchando contra la competencia. Las organizaciones son el contexto principal, y la coalición-formación es el mejor método de desempeñar los juegos sociales. Los juegos sociales frecuentemente encontrados en las organizaciones

complejas incluyen poder, *status*, dinero, y juegos intelectuales y sexuales.<sup>20</sup>

Las personas que juegan el *juego de poder* toman decisiones basándose en lo que les traerá aumento de control. Ruesh caracteriza a esos individuos como bien organizados, a veces compulsivos, suspicaces, y precavidos. Son expertos en tomar decisiones por los demás. Con frecuencia son muy educados, especialistas en relaciones públicas, independientes, y ajenos totalmente a las emociones. Por ello, son capaces de abandonar a la gente y las actividades que se interponen en el camino de alcanzar sus objetivos, lo que muchas veces incluye esforzarse por la movilidad social. Las preguntas que pueden ayudar a identificar a la gente que juega juegos de poder son: ¿Eligen lo que puede darles más control sobre los demás? ¿Responden favorablemente si los demás acceden a sus deseos y los apoyan? ¿Intentan anular a los que se les oponen?

En la formación de coaliciones con individuos que juegan el juego de poder, la clave es recordar que, si el poder es lo que quieren, entonces el poder es la única cosa significativa que se les puede ofrecer. A veces un reconocimiento lisonjero de su poder es suficiente para ganar su favor. En otras situaciones, debe dárseles una oportunidad más concreta en términos de ofrecerles la ocasión para el control y el liderazgo. Pero, cuidado. Las personas que juegan exitosamente el juego de poder exhiben un sesgo sistemático en el proceso de toma de decisiones que puede impedirles elegir la mejor alternativa en una situación. La necesidad de optar por el control puede ir en detrimento del bienestar propio y de los demás. Normalmente, los jugadores de poder son muy disciplinados y están en la mejor disposición de llevar a cabo las directivas de sus superiores en tanto que esa sumisión les dé autoridad adicional. A medida que escalan la jerarquía organizacional, van a ir recompensando a sus seguidores que contribuyen a su base de poder. Al trabajar con esos individuos es prudente nunca plantear demandas, sino más bien pedir sugerencias o consejos de modo que puedan exhibir su conocimiento y su capacidad. El único recurso de alguien que se convierte en víctima del juego de poder es buscar ayuda en los demás, porque a los jugadores de poder no les gusta la oposición organizada y la publicidad. El secreto aumenta su poder; el desenmascaramiento lo destruye.<sup>21</sup>

Mientras que las personas que juegan el juego de poder tratan de evitar la vista del público, los individuos que juegan el *juego de status* la buscan. El *status*, en esta situación, se refiere al grado de consideración en que las personas son tenidas debido a su calidad de miembros y su posición en su grupo u organización. El juego de *status* significa un juego de exclusividad en el que los jugadores tratan de que los demás piensen



que ellos son de más valor que los otros individuos. Para ser exclusivo se requiere de publicidad, porque, si los otros no lo saben, el *status* no puede ser reconocido. Sin reconocimiento, el *status* no puede existir. El juego de *status* se reconoce cuando los individuos toman decisiones a favor de la exclusividad, vayan o no esas elecciones a favor de sus mejores intereses. El desprestigio del nombre, la movilidad social, y las relaciones con pacientes y amistades famosas son otras de las señales del juego de *status*. Además, se pueden identificar a los jugadores de *status* observando cómo los tratan los demás. Frecuentemente se observa un comportamiento deferencial, a la vez que hay condescendencia por parte de las personas que se considera son de *status* más elevado. Los jugadores de *status* están interesados en las alianzas que puedan ponerlos en contacto con personas de *status* alto o con individuos que reconocen su valor como superior y, por ello, alimentan su necesidad de ser altamente considerados. Los buscadores de *status* se preocupan de su imagen y son capaces de dedicar mucho tiempo a buscar publicidad a expensas de otras actividades, a menudo dejando las decisiones cruciales a otros menos preocupados con la opinión pública.<sup>22</sup>

En el *juego de dinero*, siempre que se presente una elección, los jugadores optan por decisiones que les reporten algún provecho. El placer del juego se asocia a la posesión o al control del dinero. Para participar con éxito en el juego, los jugadores deben ser capaces de considerar a cada persona, objeto, y actividad con un valor numérico. Por supuesto, se presentan distorsiones en esta manera de ver el mundo. Por ejemplo, no se asigna fácilmente un precio a la vida de una persona. Las enfermeras que se ocupan de los aspectos humanísticos del cuidado de salud frecuentemente experimentan dificultades cuando tienen que relacionarse con el manejo de un enfoque de contabilidad de costo para la distribución del cuidado de salud y deben aprender a apreciar la importancia de los aspectos económicos de una organización de cuidado de salud. Cuando se intenta formar coalición con los jugadores del juego de dinero, se debe ser capaz de traducir las circunstancias desfavorables o el curso no deseado de la acción en función de la pérdida y las circunstancias favorables o las elecciones preferidas en ganancias. Los programas y las actividades deben ser traducidos a cifras que reflejen beneficio o pérdida. Si la gente no está en disposición de asegurar un valor a una acción o a un objeto, el juego de dinero no se puede jugar. Igualmente, todo se viene abajo en términos de catástrofes cuando los valores de los objetos o los servicios están cambiando rápidamente y no pueden ser determinados con exactitud. Para jugar con éxito el juego de dinero, se tiene que ser un negociador hábil de cara a conseguir lo más a cambio de lo menos.<sup>23</sup>

El *juego intelectual* se centra en las habilidades conceptuales y verbales de los jugadores. Consiste en la conceptualización de lo que se percibe, la formulación de los conceptos resultantes o ideas en palabras, y el uso de la formulación para llevar a cabo las actividades. Por ello, el juego intelectual puede concebirse abarcando tres aspectos: percepción, concepción, y operaciones. El *juego científico* es una variante del juego intelectual; en él, el énfasis se pone en la metodología y la estandarización de los datos científicos. En ambas variantes, la importancia del juego radica en la manera en que afecta a la toma de decisiones. Las personas que juegan el juego intelectual pueden ser identificadas por su dialéctica, la habilidad para presentar argumentos lógicos. A menos que se sea también un experto jugador del juego, se deben evitar las disputas verbales con los intelectuales porque ganan ellos al presentar toda clase de argumentos con su habilidad para analizar, expresar, y defender sus ideas. A veces, su habilidad para el seguimiento de la discusión es menor que su habilidad conceptual, con el resultado de que la fase operacional del juego que se está jugando es la parte más débil del repertorio de su comportamiento. Las coaliciones que se asocian exitosamente con personas capaces de traducir sus ideas en acciones prácticas pueden ser muy productivas.<sup>24</sup>

Los jugadores del juego sexual usan la sexualidad y sus atributos para lograr las metas personales y de la organización. El juego adopta muchas formas, incluidos el juego médico-enfermera, el clisé del rol del sexo, el sexismo, el chauvinismo, el hostigamiento sexual, y las coaliciones sexuales entre los miembros de la organización. Un aspecto importante del juego es su influencia sobre la toma de decisiones personales y organizacionales. Cuando no parece haber otras explicaciones, hay que fijarse en las formas encubiertas del juego sexual como determinantes de la situación. La defensa más importante en el juego sexual que se está jugando es dejar el juego abierto. La discriminación sexual y el hostigamiento sexual tienen éxito sólo cuando impiden la publicidad y la confrontación abierta.

Aunque frecuentemente se juegan muchos otros juegos en los ambientes organizacionales, esos cinco (de poder, de *status*, de dinero, intelectual, y sexual) son los más habituales. Berne ha identificado los juegos que la gente juega, y sus escritos son una fuente útil para extender el comportamiento humano en el ambiente organizacional.<sup>25</sup> El observador sagaz puede identificar muchos juegos que contribuyen a la coalición-formación.

**COMPROMISO** El compromiso es el proceso mediante el cual la organización y sus sistemas están dedicados unos a otros con un interés mutuo.

Implica lealtad y apoyo continuo como lo ponen de manifiesto cosas como promesas, adhesión a los pactos, y la concesión de promoción y posesión. La satisfacción mutua con los miembros que forman parte del subsistema en la organización es un prerrequisito necesario para el mantenimiento del proceso.

Desde el punto de vista de los miembros, la satisfacción en el empleo resulta esencial para el compromiso hacia la organización. Según Miller, la satisfacción en el empleo es una idea complicada, que depende de muchos factores como realización y orgullo por el trabajo, remuneración adecuada, *status*, perspectivas de ascenso, sensación de que se ejerce un control, relaciones agradables de trabajo, satisfacción de las necesidades sociales, coordinación de trabajo dentro de la organización, y medios de hacer frente a cualquier conflicto.<sup>26</sup> El manejo del conflicto es especialmente importante puesto que se relaciona con el cambio organizacional y la falta de congruencia entre los valores y metas organizacionales e individuales. Todos esos factores son esenciales para valorar cuándo hay que tratar de entender una falta de compromiso como el que se manifiesta mediante un alto índice de rotación de personal, ausentismo, derroche de recursos, mal servicio a los clientes, calidad mínima de cuidado, y actividades opuestas al propósito y las políticas de la organización.

Las expectativas organizacionales de sus miembros incluyen asuntos como motivación, el ajuste de los miembros a los requisitos de la posición, productividad, y adhesión a las políticas y procedimientos organizacionales cuando hay problemas; una valoración hábil de las variables principales puede ayudar a la organización a cambiarse a sí misma o a cambiar al miembro o deshacerse de él. El cambiarse a sí mismo es quizás el enfoque menos idóneo para alterar el ordenamiento insatisfactorio de un sistema-subsistema, pero puede lograrse cuando el subsistema es un negociador experto, posee mucho poder en forma de conocimiento y experiencia, o controla recursos valiosos. Sin embargo, la expectativa habitual es que el subsistema deberá cambiar para adaptarse a las reglas de la organización. Puesto que todas las partes de un sistema están interrelacionadas, cualquier cambio en una de las partes influirá en los demás subsistemas, con lo que será posible alterar la naturaleza de toda la organización. Los cambios de grandes sistemas y subsistemas pueden lograrse a través de la formación de equipos, programas de entrenamiento, alterando los patrones de supervisión, y técnicas de manejo de conflicto, para señalar unos pocos ejemplos. Todos los sistemas abiertos poseen una función de salida, y la habilidad para deshacerse de los miembros no deseados es vital para que la organización sobreviva. Las organizaciones complejas tienen muchas maneras de entenderse con los miembros inaceptables

y descontentos de cara a manejar la tensión asociada a una falta de compromiso. Se puede aislar al miembro e impedirle así que obtenga la información necesaria para que funcione, o encomendarle asuntos tangenciales o que no tengan que ver con el propósito de la organización para mantenerlo de tal modo ocupado que no interfiera con el trabajo principal del sistema. El miembro puede ser transferido lateralmente o incluso promocionado como un medio de transferir el problema de la no adaptación a otro escalón en la organización. El miembro puede ser recomendado para un puesto fuera de la organización, aconsejarle que se retire antes de tiempo, o despedirlo, dejándolo así fuera de la organización. La información acerca de cómo realizan la organización y sus subsistemas los procesos de compromiso y exclusión es importante para entender el trabajo de la organización y planear intervenciones para mejorar las agencias de cuidado de salud como contexto para proporcionar el cuidado de enfermería.

Hemos relacionado seis procesos de valoración en el modelo de organizaciones complejas que presentamos aquí. En la realidad, los sistemas son mucho más complicados que como aquí se discuten. Los estudiosos serios de las organizaciones complejas posiblemente desearán estudiar el panorama de las organizaciones complejas como los sistemas vivos desarrollados por Miller para extender su conocimiento más allá de la introducción contenida en este capítulo.<sup>27</sup>

### *Alcance y efectividad de la valoración*

Haas y Drabek sugieren que, debajo de la estructura y el proceso de la vida organizacional, existe una pugna continua de cada subsistema por autonomía, seguridad, y prestigio.<sup>28</sup> Por ello, la valoración de una organización compleja incluye no sólo la estructura y el proceso del sistema, sino también el análisis de las transacciones en los límites comunes del sistema-subsistema y subsistema-subsistema. Debido a la influencia del entorno sobre cualquier sistema abierto, la valoración debería incluir también tener en cuenta el contexto organizacional.

La precisión de una valoración de sistemas depende del conocimiento, la habilidad, la experiencia, y la integridad del analista; de la confiabilidad y la validez de los instrumentos de recogida de datos; de la aptitud de la metodología empleada; del acceso, a partir de múltiples fuentes, a datos pertinentes, suficientes, y precisos; de la reflexión crítica sobre los datos; de evitar el cierre prematuro del proceso de valoración; y de la validación de observaciones, inferencias, y conclusiones con otros. En un sentido,

valorar es intervenir. La obtención de datos altera el nivel de consistencia y el estado de conocimiento de los miembros del sistema, influyendo por ello en sus acciones y las salidas subsecuentes de los sistemas. Por último, la efectividad debe ser juzgada por el éxito de la intervención en función de los resultados planeados y de los imprevistos. Si la intervención no es efectiva, es probable que la valoración no haya sido precisa o lo suficientemente completa.

## INTERVENCION ORGANIZACIONAL

Los que ejercen la intervención organizacional confían mucho en las habilidades de cambio que hemos visto en el capítulo 9.<sup>29</sup> La indagación, ayuda, enseñanza, supervisión, coordinación, colaboración, consulta, negociación, confrontación, cabildeo, administración, y reconciliación pueden combinarse de muchas maneras para el desarrollo de estrategias y tácticas de intervención en la estructura y el proceso de las organizaciones complejas. No existe una fórmula sencilla para saber qué hacer y cuándo. La intervención no es un proceso de ver-actuar-ajustar.<sup>30</sup> Más bien, es un plan desarrollado individualmente para un cambio que se base en la valoración de un sistema específico en un momento particular, lo que incluye la combinación de enfoques simultáneos, múltiples, para alterar el *locus* de la disfunción del sistema. Los enfoques que con mayor frecuencia se emplean para el desarrollo organizacional se mencionan más adelante. Aunque la discusión completa los cambios de diseño estructural y las intervenciones del proceso, las practicantes deben recordar que estructura y proceso están íntimamente interrelacionados. Lo que cambia a una alterará al otro. No existen reglas sencillas y uniformes para el cambio de sistemas. Se haría bien en recordar la advertencia de Gall de que, si un sistema funciona bien, no hay que ajustarlo. Por ello, a veces el enfoque más deseable para la intervención es no intervenir.

### *Cambios de diseño estructural*

La redefinición del propósito de la organización puede ser el cambio más básico y transcendental del diseño estructural si cambiar el propósito exige reestructurar ampliamente los componentes y los procesos del sistema. Es posible que cambiar el propósito sea eliminar la organización. Con frecuencia el cambio en el propósito ocurre gradualmente porque la razón por la que se desarrolló la organización ya no exista. Por ejemplo,

la National Foundation for Infintile Paralysis cambió su propósito, y fue reorganizada para patrocinar la investigación sobre defectos de nacimiento cuando las medidas preventivas hicieron que la poliomielitis no fuera ya una importante enfermedad invalidante. A veces, las organizaciones pueden encontrarse involucradas en actividades que no tengan que ver con su propósito y que sean contrarias a su autorización por las asociaciones para existir, requiriendo por ello la reevaluación de su propósito o un cambio en sus actividades. La cuestión es que el propósito y las actividades deben ser congruentes; si no lo son, uno u otras necesitan cambiar.

Alterar las posiciones del subsistema y de la frontera constituyen los cambios de diseño estructural. Por ejemplo, las enfermeras en un departamento de consulta externa de un centro de ciencias de la salud históricamente reportaban al médico encargado de la clínica a la que habían sido asignadas. Esta medida resultó de fuentes de recursos y subvenciones para investigación separadas para la especialidad médica que pagaba los sueldos de las enfermeras. Como resultado, la enfermería se fue fragmentando y perdiendo poder para establecer estándares de cuidado y controlar sus propias condiciones de trabajo. La reorganización sometió a todo el personal de enfermería a la administración de la dirección del servicio de enfermería, que antes sólo se ocupaba del cuidado de enfermería para pacientes internados. Esto supuso una decisión importante de reestructuración, que se reflejó en el esquema orgánico de los hospitales y cambió los canales de comunicación, responsabilidad, y autoridad.

Modificar la filosofía organizacional es otro modo de cambio de diseño estructural. Ejemplos de esto serían clarificar valores y formular metas como guía para la toma de decisiones. Por ejemplo, las enfermeras en la unidad pediátrica previamente descrita centrada en la familia se volvieron muy conscientes de que sus acciones y las de la administración del hospital no encajaban con el tan cacareado apoyo que ellas debían dar a la enfermería familiar. En las juntas de la unidad, vieron claramente que parte de su propio comportamiento no apoyaba su filosofía. Como resultado, desarrollaron metas para influir en la toma de decisiones sobre la distribución de espacio para una sala para padres, obtención de sillones reclinables para cada cuarto de pacientes, y liberalización de las horas de la visita pediátrica. Esta intervención exigió no solamente clarificación de valores y fijación de metas, sino también la confrontación lógica con el personal médico acerca de su sentimiento contra los padres, que había influido en la restricción de los derechos de visita, y la confrontación con la administración del hospital sobre los cambios de política y la distribución de los recursos necesarios para poner en práctica su filosofía.

Cambiar el estilo de vida es otro de los enfoques para intervenir a nivel organizacional. Ejemplos serían el desarrollo de nuevas normas institucionales, la revisión de los requisitos del empleo y descripciones de los puestos, y desmentir los mitos disfuncionales. Por ejemplo, era norma en un determinado hospital que el único modo de que las enfermeras participaran en la investigación fuera como ayudantes de investigación que recabaran datos para los médicos que estuvieran realizando los estudios clínicos. No se conocía la investigación dirigida por enfermeras. Con los requisitos revisados de la posición de que era necesario un grado de maestría para el puesto de enfermera jefe, la contratación de nuevas enfermeras jefes con entrenamiento en la investigación clínica de enfermería introdujo un nuevo valor en el sistema. Las enfermeras insistieron en que debía permitírseles proseguir sus propias investigaciones clínicas y colaborar con la escuela de la facultad de enfermería en articular proyectos de investigación. Este pequeño grupo de enfermeras se convirtió en el portador de unas normas para un nuevo estilo de vida en el departamento de enfermería, con el resultado de que la descripción de posición fue alterada para incluir la conducción de investigación en los problemas de la enfermería clínica. El mito de que las enfermeras no eran capaces de dirigir investigación y de que no podían hacerse cargo de proyectos de investigación se desvaneció. La investigación se convirtió en un modo de enriquecer la vida organizacional y la satisfacción en el trabajo.

Cambiar el entorno de trabajo es un último ejemplo de intervención organizacional que implica cambios de diseño estructural. Dirigir el tráfico por otra vía mediante la instalación de un nuevo ascensor, proporcionar espacio adicional de almacenamiento para aumentar la comodidad de una unidad de cuidado de enfermería, remodelar los servicios del cuidado de salud para instalar rampas para sillas de ruedas, introducir un nuevo equipo de rayos X, trasladar una clínica a otro lugar más cercano a la población de clientes, computadorizar los departamentos en un hospital, todo forma parte de los cambios de diseño estructural de los servicios del cuidado de salud, y cambia igualmente el modo como se dirigen los procesos dentro de ellos.

### *Intervenciones de proceso*

Las intervenciones de proceso son aquellas estrategias implementadas para cambiar los procesos que caracterizan a una organización compleja. En otras palabras, pretenden alterar en una dirección positiva la adaptación de sistemas, su integración, su toma de decisiones, su proceso de

información, la comunicación, la formación de coalición, y el compromiso. Igual que los cambios de diseño estructural, usan las habilidades de cambio para alcanzar su meta. Hemos seleccionado cinco tipos de intervenciones de proceso para discutir las aquí. Se trata del entrenamiento, la formación de equipos, la negociación de rol, el manejo de conflicto, y la renovación organizacional. Como podrá observarse, el proceso de cambio en una organización compleja ocasiona una estructura alterada, porque lo que afecta a una parte del sistema afecta también a las demás partes. Estructura y proceso están tan relacionados que su distinción es útil sólo para propósitos de discusión.

**ENTRENAMIENTO** El entrenamiento implica la enseñanza-aprendizaje de nuevas habilidades por los miembros de la organización. Esto puede acometerse a un nivel individual o de grupo. El personal en servicio en un departamento de servicio hospitalario de enfermería es un ejemplo de subsistema encargado de fijar las necesidades de entrenamiento de una agencia de cuidado de salud. El personal puede intentar el autoentrenamiento o contratar a consultores externos para cumplir los requisitos específicos del entrenamiento.

En las agencias de cuidado de salud, el entrenamiento implica la adquisición de nuevas habilidades o mejorar las que ya se poseen en comunicaciones, relaciones personales, proceso de grupo, toma de decisiones efectiva, solución creativa de problemas, supervisión, y desarrollo de liderazgo. Además, el entrenamiento se ocupa de la introducción de innovaciones técnicas en el lugar de trabajo. Este aspecto es especialmente importante en el sistema de cuidado de salud, donde las practicantes tienen una continua necesidad de emplear nuevos fármacos, equipo, y técnicas.

Las necesidades de entrenamiento se satisfacen mediante el desarrollo de programas que contienen el propósito del programa mediante la identificación de metas y objetivos específicos, el desarrollo de estrategias y tácticas de implementación, y la evaluación del contexto, la entrada, el proceso, y el producto (salida y resultado) del programa. Un ejemplo de tal programa se encuentra en el capítulo 44: *Educación para la práctica de la enfermería distributiva*. Los programas son el nivel de implementación para fijar las metas de las organizaciones complejas. Por ello, lo que se discute aquí y lo que se ejemplifica en el capítulo 44 es aplicable a lo largo de las organizaciones complejas.

**FORMACION DE EQUIPO** La complejidad de la vida moderna en general y la del sistema de cuidado de salud en particular ha exigido la división



de conocimiento y habilidades en especialidad, subespecialidad, e incluso áreas de sub-subespecialidad, con el resultado de que no cualquiera conoce todo lo que es necesario para proporcionar cuidado de salud como empresa independiente. En consecuencia, es necesario un equipo de personas para el cuidado de los pacientes de una manera integrada, y coordinada, de tal modo que los clientes sean considerados como personas holísticas y que ningún aspecto de su cuidado sea olvidado o se desligue de los demás aspectos de su tratamiento.

La formación de equipo es un enfoque de supervisión para ayudar a que la gente trabaje junta como un grupo. (Véase el capítulo 12: *Base conceptual para la intervención de enfermería con grupos*, para ampliar detalles del significado de grupo.) La formación de equipo es el proceso de construir subsistemas efectivos dentro de una organización compleja; por ello, ocasionan cambio estructural. Ocurre cuando los administradores del cuidado de pacientes seleccionan, entrenan, supervisan, y evalúan a los individuos asignados para cumplir determinadas metas organizacionales. El proceso incluye muchas de las habilidades de cambio que constituyen las herramientas de poder de la enfermera como un agente de cambio. Enseñanza, supervisión, coordinación, y colaboración son especialmente importantes en el proceso. Además de los esfuerzos cotidianos en favor de la formación de equipo, se deben acometer ejercicios especiales de experimentación para mejorar el proceso. Esto supone reservar tiempo extra para que el equipo se centre ininterrumpidamente en su propio funcionamiento. Ejemplos de tal enfoque pueden verse en las conferencias de la unidad, las juntas de grupo, y los encierros administrativos.

La tecnología social para alterar el comportamiento de los individuos disfuncionantes como miembros del equipo y los equipos disfuncionantes como grupos ha sido descrita por Burke y Hornstein en tres categorías. Las tres categorías son la consultación de proceso, el desarrollo de la habilidad de proceso, y la intervención real.<sup>32</sup>

La consultación de proceso incluye por lo menos tres clases distintas de intervenciones. La primera clase se ocupa de los asuntos del proceso que incumben a las tareas del equipo. ¿Cómo se desempeña la función de liderazgo del grupo? ¿Cómo se distribuye el poder dentro del grupo? ¿Cómo toma sus decisiones el grupo? ¿Qué consecuencias tiene la toma de decisiones del grupo? El segundo tipo de consultación de proceso se refiere a los problemas de la conservación del grupo. ¿Qué tan abiertos están los miembros del grupo y qué tanta confianza se tienen unos a otros? ¿Cómo se manejan dentro del grupo los sentimientos encontrados? ¿Con qué medios se cuenta para manejar el conflicto de grupo? El tercer

tipo de consultación de proceso trata de los aspectos culturales del grupo y su contexto. Se reflejan en los problemas de relación entre un equipo y el contexto más extenso sociocultural en el que existe. El enfoque central cae sobre los modos en que la organización, la comunidad, y la sociedad influyen sobre el funcionamiento del grupo. A veces, la persona o las personas formalmente encargadas del liderazgo del grupo pueden proporcionar los tres tipos de consultación de proceso. Algunos grupos tienen líderes informales que pueden realizar esa función. En otros casos, se necesita la consultación de una persona externa al grupo.<sup>33</sup>

El desarrollo de la habilidad de proceso, la segunda categoría de las actividades de formación de equipo, está dirigida a ayudar al grupo a desarrollar habilidades útiles. El supuesto fundamental es el individuo mal adaptado y el comportamiento del grupo es resultado de un aprendizaje defectuoso, que puede corregirse. Los programas de entrenamiento en la adquisición de habilidad, como antes se describió, constituyen esta categoría de actividades de la formación de equipo. La toma de decisiones, la solución de problemas, la planificación a largo plazo, la comunicación, y el proceso de grupo son normalmente las habilidades que deben ser adquiridas.<sup>34</sup>

La tercera categoría de actividades para la formación de equipo se refiere a las intervenciones reales usadas en respuesta a las crisis que surgen de problemas específicos de trabajo. Por ejemplo, un equipo puede ser disfuncional porque no entiende su propósito, ha recibido un encargo incorrecto, adolece de falta de metas específicas, tiene una carga exagerada de trabajo, tiene miembros enfermos o ausentes, o está siendo amenazado por la falta de recursos.<sup>35</sup> El enfoque de Aguilera para la intervención de crisis, que se centra sobre la clarificación de percepciones, el incremento de habilidades de defensa, y el proporcionar el apoyo adecuado para los esfuerzos del equipo, es un modelo útil para tratar esos asuntos.

La formación de equipo es una de las actividades más importantes de las enfermeras cuando practican la enfermería distributiva. Debido a que el proceso crea o altera los subsistemas organizacionales, puede afectar profundamente no sólo al proceso sino también a la estructura de las organizaciones complejas.

**NEGOCIACION DEL ROL** La negociación del rol es el proceso de ponerse de acuerdo sobre las interacciones recíprocas con los demás que constituyen un patrón de la conducta social esperada. Se ocupa de las tareas que los individuos realizan como parte de su calidad de miembros de la organización. Como un esfuerzo de cambio, la negociación del rol

altera el poder, la autoridad, la influencia, y la relación de trabajo entre los miembros de un grupo. Este enfoque es una acción orientada y trata de evitar las confrontaciones emocionales.<sup>36</sup>

Harrison ha sugerido cuatro fases en el proceso, que son marco de contrato, diagnóstico del asunto, trato, y seguimiento. El propósito de la primera fase, marco del contrato, es procurar claridad entre el interventor y el grupo sobre lo que cada uno puede esperar del otro. En esta fase, los participantes del proceso se ponen de acuerdo acerca de cómo debe ser dirigido el proceso. Es la etapa de definir las reglas básicas sobre lo que va a seguir. Una de las medidas importantes para el contrato consiste en que el foco del proceso esté sobre los asuntos relacionados con el trabajo, como quién hace qué, cuándo, cómo, y con quién. La expresión o no expresión de emociones es problema del individuo participante y no del grupo. Por ello, no se trata de saber cómo se siente la gente. Una parte adicional del contrato es que los participantes deberán estar abiertos, ser honestos, y específicos acerca de sus expectativas de comportamiento. Un tercer aspecto es que la expectativa no se considera comunicada hasta que aparezca escrita en una forma que sea comprendida por todos los participantes. Cuarto, la comunicación del cambio de comportamiento deseado es una condición insuficiente para el cambio. Los participantes deben querer el cambio en una manera de *quid pro quo*; esto es, alguien modificará un comportamiento a cambio de una modificación por parte del otro. Quinto, cuando se terminan las negociaciones, la totalidad de los acuerdos alcanzados en el grupo deben ser escritos en forma que se establezca claramente el comportamiento convenido y lo que espera dar cada miembro en pago del cambio deseado.<sup>37</sup>

Como segunda fase de la negociación del rol, el diagnóstico del asunto exige que cada miembro dedique parte de su tiempo para meditar acerca de cómo va a ser dirigido el trabajo entre él y los otros en el grupo. El propósito de esto es desarrollar una lista de las cosas que él o ella desearían para la otra persona de cara (1) a hacer más o hacerlo mejor, (2) hacer menos o detener la acción, o (3) seguir con la acción sin cambios. El enfoque de la lista es la efectividad de una tarea enriquecida. Esas listas las intercambian luego los miembros y así cada persona tiene una lista relacionada con su comportamiento de trabajo según cada miembro del grupo. Cada miembro entonces redacta una lista maestra que señala qué comportamientos desea cada persona en el grupo para él o para ella. Esas listas maestras se anuncian a continuación para que todos los miembros del grupo las conozcan. Cada miembro puede luego cuestionar a los demás miembros del grupo sobre los cambios deseados para propósitos de clarificación pero no de refutación. El entrevistador controla estrecha-

mente los intercambios verbales para facilitar el entendimiento e impedir las expresiones de hostilidad, lo que podría tener como consecuencia un comportamiento destructor.<sup>38</sup>

La tercera fase de negociación del rol es el trato real sobre lo que específicamente los miembros quieren cambiar en un contexto de *quid pro quo*. El proceso de negociación consiste en proponer y aceptar o rechazar ofertas hasta que todas las partes estén de acuerdo en que van a recibir un pago razonable por lo que estén dispuestas a dar. Pueden haber varias negociaciones a un mismo tiempo. Con la terminación del proceso, se escriben todos los acuerdos y se comparten con todo el grupo como prueba de verdad y como anuncio público de los contratos que se han logrado.<sup>39</sup>

La cuarta fase, de seguimiento, permite a los miembros del grupo someter a prueba sus acuerdos y luego volver a analizar y revisar juntos los contratos que no se han realizado o que ya no son posibles. Una vez aprendido, el proceso de negociación del rol puede ser puesto en marcha por el grupo sin la ayuda de un consultante externo, y los miembros del grupo pueden continuar negociando sus roles como un proceso autoiniciado.<sup>40</sup>

**MANEJO DEL CONFLICTO** El manejo del conflicto se refiere al uso constructivo del conflicto que surge inevitablemente en las organizaciones complejas. El conflicto muchas veces se ve desde una perspectiva negativa como una situación que debe ser evitada. Un punto de vista más equilibrado es el que aquí se expone; este punto de vista reconoce que el conflicto puede ocasionar efectos constructivos o destructores, dependiendo de cómo se maneje. La intención del manejo del conflicto es encontrar soluciones creativas para los problemas que surgen desde puntos de vista divergentes mantenidos por los miembros de la organización. El conflicto brota frecuentemente de valores, marcos conceptuales, y metas diferentes, y de la estrechez de los recursos.

De la bibliografía existente, podemos sintetizar dos modelos de conflicto. Uno es el modelo estructural que pone énfasis en las condiciones subyacentes que determinan el comportamiento de conflicto y requiere ser reestructurado para aminorar la tensión dentro del sistema. El otro modelo es un modelo de proceso que se centra en la secuencia de los acontecimientos dentro de un episodio de conflicto que requiere intervención directa en el flujo de los acontecimientos que se han puesto en marcha.<sup>41</sup> Por ello, el manejo del conflicto puede ser visto como una intervención estructural o de proceso, dependiendo de la etiología. Cómo se intervenga para manejar el conflicto creativamente, depende de a qué

modelo pueda aplicarse la situación. Por ello, si el problema es estructural, se podría buscar un reordenamiento entre los subsistemas, clarificar los sistemas de valor, revisar las descripciones de los puestos, o emplear cualquiera de las intervenciones estructurales antes mencionadas. En los problemas de proceso, el interventor debería emplear técnicas de reconciliación apropiadas para la situación como las han descrito Hall y Sherrow.<sup>42,43</sup>

**RENOVACION ORGANIZACIONAL** La renovación organizacional es el proceso de usar los mecanismos inherentes a los sistemas abiertos que permiten ir adelante, automantenerse y autocorregirse para optimizar el funcionamiento organizacional y la satisfacción de los miembros. La retroalimentación es el proceso de sistemas que permite la afirmación de un desempeño satisfactorio y la corrección de los déficit contextuales, los de la entrada, del proceso, y del producto. La creación y el empleo de mecanismos de retroalimentación son esenciales para la vida organizacional productiva. Si una organización tiene que ser renovada, debe proporcionársele la información que necesita para sobrevivir, ser restaurada, y crecer.

Los enfoques para el establecimiento de los mecanismos de retroalimentación son numerosos. El proceso de negociación del rol que acabamos de discutir es un medio de proporcionar a los miembros del grupo de trabajo la información que los ayudará a alterar su comportamiento en relación con un trabajo dirigido a una efectividad y satisfacción mayores. Didlick proporciona otro método en su discusión del empleo terapéutico del sí mismo a nivel organizacional.<sup>44</sup>

El entrenamiento, la formación de equipo, la negociación del rol, el manejo del conflicto, y la renovación organizacional han sido presentados como enfoques de proceso para la intervención con las organizaciones complejas. Cuando se combinan con los enfoques estructurales antes estudiados, presentan a la enfermera con poderosas herramientas para intervenir en el contexto de la práctica de la enfermería.

## EVALUACION

La evaluación es un proceso incesante de toma de decisiones sobre qué tan bien están siendo dirigidas la valoración y las fases de implementación del proceso de enfermería. La evaluación implica tomar decisiones acerca de la efectividad de la estructura y el proceso de la organización. Se centra en una revisión de la planificación de decisiones que determinen

el propósito y las metas de la organización, decisiones de estructuración que definan políticas y procedimientos, implementar decisiones que usen, controlen y redefinan políticas y procedimientos, y reciclar decisiones que juzguen qué tan bien está alcanzando sus metas la organización. En el caso del proceso de enfermería, la evaluación determina si las intervenciones logran los resultados deseados. El modelo CIPP, antes discutido, produce no sólo información acerca de qué tan bien alcanza las metas deseadas la intervención sino que también puntualiza qué cambios se requieren para optimizar el análisis de los sistemas y las estrategias y las tácticas de la intervención.

## REFERENCIAS

- 1 Helen M. Dylag: Chapter 41: Elaboration of Preventive Networks (in this text).
- 2 Joanne E. Hall and Teresa F. Graedon: "Conceptual Framework for Family Nursing". Unpublished paper, 1978.
- 3 Shirley Smoyak: "Toward Understanding Nursing Situations: A Transactional Paradigm". *Nursing Research*, 18, 5:405, September-October, 1969.
- 4 Harry C. Bredemeier: "*Social Systems: Integration and Adaptation*". Unpublished paper, Rutgers University (New Brunswick, New Jersey).
- 5 Eleanor M. White: "Conceptual Basis for Nursing Intervention with Human Systems: Group and Complex Organizations". In Joanne E. Hall and Barbara R. Weaver (eds.): *Distributive Nursing Practice: A Systems Approach to Community Health*, ed.1. (Philadelphia, J.B. Lippincott, 1977), p.142.
- 6 Shirley M. Steele and Vera M. Harmon: *Values Clarification in Nursing*, ed.2. (Norwalk, Connecticut: Appleton-Century-Crofts, 1983).
- 7 Antonio J. Ferreira: "Family Myths and Homeostasis". In John G. Howells (ed.): *Theory and Practice of Family Psychiatry* (New York: Brunner/Mazel Publishers, 1971), pp.358-366.
- 8 Shirley F. Burd: "The Process of Theme Abstraction". In Shirley F. Burd and Margaret A. Marshall (eds.): *Some Clinical Approaches to Psychiatric Nursing* (New York: Macmillan, 1983), pp.337-338.
- 9 Leland P. Bradford and Jerry B. Harvey: "Dealing with Dysfunctional Organization Myths". In W. Warner Burke and Harvey A. Hornstein (eds.): *The Social Technology of Organization Development* (LaJolla, California: University Associates, 1982), pp.244-254.
- 10 Alvin L. Bertrand: *Social Organization: General Systems and Role Theory Perspective* (Arlington Heights, Illinois: AHM Publishing Corporation, 1972), p.15.
- 11 Louise M. Berman: *New Priorities in the Curriculum* (Columbus, Ohio: Charles E. Merrill, 1968), pp.101-109.
- 12 Daniel L. Stufflebeam, et al.: *Educational Evaluation and Decision-Making* (Itasca, Illinois: F.E. Peacock, 1971), p.80.
- 13 S. Kay Hart and Pamela R. Herriott: Chapter 8: Components of Practice (in this text).
- 14 Joanne E. Hall: Chapter 44: Education for Distributive Nursing Practice (in this text).
- 15 James Grier Miller: *Living Systems* (New York: McGraw-Hill, 1978), pp.659-660.
- 16 *Ibid.*, pp.660-661.
- 17 David K. Berlo: *The Process of Communication: An Introduction to Theory and Practice* (New York: Holt, Rinehart and Winston, 1960), pp.30-32.

- 18 John Wax: "Power Theory and Institutional Change". *Social Services Review*, 45, 3:276, 1971.
- 19 *Ibid.*, pp.277-288.
- 20 Jurgen Ruesch: *Knowledge in Action: Communication, Social Organizations and Management* (New York: Jason Aronson, 1975), pp.154-171.
- 21 *Ibid.*, pp.158-160.
- 22 *Ibid.*, pp.160-162.
- 23 *Ibid.*, pp.162-163.
- 24 *Ibid.*, pp.164-165.
- 25 Eric Berne: *Games People Play* (New York: Grove Press, 1967).
- 26 Miller, *op.cit.*, pp.677-680.
- 27 *Ibid.*, pp.595-745.
- 28 J. Eugene Haas and Thomas E. Drabek: *Complex Organizations: A Sociological Perspective* (New York: Macmillan, 1973), p.176.
- 29 Joanne E. Hall: Chapter 9: Change Skills in Nursing Practice (in this text).
- 30 Grayce M. Sills: Personal Communication, 1980.
- 31 John Gall: *Systematics: How Systems Work and Especially How They Fail* (New York: Quadrangle/New York Times Book Co., 1977), p.90.
- 32 W. Warner Burke and Harvey A. Hornstein (eds.): *The Social Technology of Organization Development* (LaJolla: University Associates, 1972), p.55.
- 33 *Ibid.*
- 34 *Ibid.*, pp.55-56.
- 35 *Ibid.*, p.56.
- 36 Roger Harrison: "Role Negotiation: A Tough Minded Approach to Team Development". In W. Warner Burke Harvey A. Hornstein (eds.): *The Social Technology of Organization Development* (LaJolla: University Associates, 1972), pp.84-96.
- 37 *Ibid.*, pp.87-89.
- 38 *Ibid.*, pp.89-90.
- 39 *Ibid.*, pp.90-91.
- 40 *Ibid.*, pp.91-92.
- 41 Kenneth Thomas: "Conflict and Conflict Management". In Marvin D. Dunnette (ed.): *Handbook of Industrial and Organizational Psychology* (Chicago: Rand McNally College Publishing Co., 1976), pp.889-927.
- 42 Joanne E. Hall: Chapter 9: Change Skills for Nursing Practice (in this text).
- 43 Vicki Sherrow: Chapter 38: A Multi-Family Approach to Neighborhood Crisis Intervention (in this text).
- 44 S. Lynn Didlick: Chapter 40: Therapeutic Use of Self at the Organizational Level (in this text).

## BIBLIOGRAFIA

- Arndt, Clara and Huckabay, Loucine M. *Nursing Administration*, ed.2. St. Louis: C.V. Mosby, 1980.
- Bailey, June T. and Claus, Karen E. *Decision Making in Nursing*. St. Louis: C.V. Mosby, 1980.
- Beckhard, Richard. *Organization Development: Strategies and Models*. Reading, Massachusetts: Addison-Wesley Publishing Co., 1969.
- Berger, Marie. *Management for Nurses*, ed.2. St. Louis: C.V. Mosby, 1980.
- Blake, Robert R.; Mouton, Jane Srygley; and Tapper, Mildred. *Grid Approaches for Managerial Leadership in Nursing*. St. Louise: C.V. Mosby, 1981.

- Clark, Carolyn Chambers and Shea, Carole A. *Management in Nursing*. New York: McGraw-Hill, 1979.
- Cox, Fred M.; Erlich, John L.; Rothman, Jack; and Tropman, John E. *Strategies of Community Organization*. Itasca, Illinois: F.E. Peacock, 1979.
- DiVincenti, Marie. *Administration of Nursing Practice*, ed.2. Boston: Little, Brown & Co., 1977.
- Douglass, Laura Mae and Bevis, Em Olivia. *Nursing Management and Leadership in Action*, ed.4. St Louis: C.V. Mosby, 1981.
- Galbraith, Jay R. *Organization Design*. Reading, Massachusetts: Addison-Wesley Publishing Co., 1977.
- Ganong, Joan M. and Ganong, Warren L. *Nursing Management*. Germantown, Maryland: Aspen Systems Corp., 1976.
- Gillies, Dee Ann. *Nursing Management: A Systems Approach*. Philadelphia: W.B. Saunders, 1982.
- Haley, Jay. *The Power Tactics of Jesus Christ and Other Essays*. New York: Grossman Publishers, 1969.
- Hand, Lee. *Nursing Supervision*. Reston, Virginia: Reston Publishing Co., 1981.
- Hersey, Paul and Blanche, Kenneth H. *Management of Organizational Behavior*, ed.2. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice-Hall, 1972.
- Hodgetts, Richard M. and Cascio, Dorothy M. *Modern Health Care Administration*. New York: Academic Press, 1983.
- Holle, Mary Louise and Blatchley, Mary Elizabeth. *Introduction to Leadership and Management in Nursing*. Monterey, California: Wadsworth Health Service Division, 1982.
- House, Edgar. *Organizational Development and Change*, ed.2. St. Paul, Minnesota: West Publishing Co., 1980.
- Kahn, Alfred J. *Theory and Practice of Social Planning*. New York: Russell Sage Foundation, 1969.
- Keane, Clare B. *Management Essentials in Nursing*. Reston, Virginia: Reston Publishing Co., 1981.
- Kron, Thora. *The Management of Patient Care*. Philadelphia: W.B. Saunders, 1981.
- McConnell, Charles R. *The Effective Health Care Supervisor*. Rockville, Maryland: Aspen Systems Corp., 1982.
- Nergandhi, Anant R., ed. *Interorganization Theory*. Kent, Ohio: Kent State University Press, 1980.
- Pasmore, William A. and Sherwood, John J., eds. *Social-technical Systems: A Sourcebook*. LaJolla, California: University Associates, 1978.
- Rohtman, Jack. *Planning and Organizing for Social Change*. New York: Columbia University Press, 1974.
- Stevens, Barbara J. *The Nurse Executive*, ed.2. Wakefield, Massachusetts: Nursing Resources, 1980.
- Stevens, Barbara J. *First Line Patient Care Management*, ed.2. Rockville, Maryland: Aspen Systems Corp., 1983.



La comunidad es vista como un sistema de gente que vive una relación que tiene implicaciones para la promoción, el mantenimiento, y la recuperación de la salud.

## CAPITULO CATORCE

# **BASE CONCEPTUAL PARA LA INTERVENCION DE ENFERMERIA CON LAS COMUNIDADES Y SOCIEDADES**

BARBARA REDDING WEAVER

¿Qué es una comunidad? Cuando se estudia el concepto de comunidad, resulta claro que la comunidad es una entidad que se extiende hacia atrás en el tiempo hasta los albores de la humanidad. Los antiguos griegos le dieron significación política y filosófica y ha sido estudiada y debatida durante siglos por los teóricos sociales y políticos. Posee dimensiones de tiempo, espacio, lugar, no lugar, y relaciones. Es multidimensional, es un *holón*. Es al mismo tiempo parte y todo, no más una que otro, y el contexto para las interacciones humanas que constituyen la práctica de la enfermería distributiva.

La sociedad es también contexto y sigue a la comunidad en la jerarquía de los sistemas humanos. Obtenemos de la sociedad los parámetros de la manera aceptable culturalmente para proporcionar servicios de enfermería de cara a optimizar los modos de vida sana para los sistemas humanos.

## ORIGENES DE LA COMUNIDAD

La palabra *comunidad* se deriva de la palabra latina *communis*, que significa común o público. Muchos creen que existía paradigmáticamente un sentido de comunidad en la antigua *polis* griega, o ciudad-estado, que era una región independiente con sus leyes y gobierno propios. Se ha pensado que en la *polis* debería buscarse cultura y una forma de organización o interacción sociales que fueron más allá de la mera localidad. La cultura de la *polis* era homogénea y participativa; la religión, el arte, y la vida familiar estaban entrelazados de una manera cerrada y estrecha. Esta imagen un poco sobreidealizada de comunidad ha tenido gran difusión en el pensamiento social de Occidente durante muchos años, especialmente durante finales del Siglo XVIII y principios del XIX cuando ocurrió el así llamado redescubrimiento de la comunidad. Durante ese período, la teoría social y política alemana compendió el hecho de que el concepto de comunidad contenía alguna idea de persona total; las personas se encontraban unas a otras en la totalidad de sus roles sociales y no de una manera fragmentaria o segmentaria. Todas las interacciones dentro de la comunidad se describían como ocurriendo dentro de una trama de vínculos inclusivos. Las personas se relacionaban unas a otras a través de más de una descripción.<sup>1</sup>

En 1887, Ferdinand Tönnies escribió su libro titulado *Gemeinschaft and Gessellschaft* en el cual intenta obtener una tipología para una comunidad en reciprocidad, realmente interactuante (*Gemeinschaft*) por un lado, y para la agregación de la sociedad individualística atomística (*Gesellschaft*) por otro. Las relaciones comunitarias de *Gemeinschaft* eran íntimas y cara a cara, no separadas y segmentadas. Se ocupaban de la persona como un todo, no de un aspecto particular de la persona o del individuo desempeñando una función aislada. En la *Gesellschaft*, la imagen dominante de la relación era la de contrato, no la de hábito o de costumbre. La autoridad de tal sociedad se basaba en ideas legales, racionales, de consentimiento, volición, y contrato. Las personas se relacionaban en un sentido de obligaciones específicas.<sup>2</sup>

A principios del Siglo XIX, otros escritores, como Hegel, aceptaban plenamente los valores que la sociedad urbana industrial había creado; por ejemplo, crecimiento en individualidad, libertad para moverse de un lugar a otro, y una capacidad más amplia de consumo. Sin embargo, Hegel quería reformular el concepto de comunidad para contrarrestar algunas de las más negativas consecuencias de la civilización urbana, a saber, la pérdida de la idea de la persona como un todo. Al actuar así, le quitó importancia a la localidad y al sentido de pertenecer a un lugar

determinado y vio la realización de la comunidad como dependiente de grupos funcionales y de una mayor participación política y toma de conciencia.<sup>3</sup> Todavía otros, en especial Marx y Rousseau, sostenían un concepto de comunidad que no exigía la vuelta a un *ethos* rural preindustrial ni un intento de contrarrestar las consecuencias sociales del industrialismo. En vez de eso, buscaron un cambio fundamental en las condiciones sociales y económicas basado en cierta toma de conciencia de la humanidad común, fraternidad, y cooperación, más que en un especialismo funcional.<sup>4</sup>

Aunque la pérdida de la comunidad y su recuperación dominaron mucho del pensamiento social durante los últimos ciento cincuenta años, todavía hay quienes no han lamentado su muerte o ausencia, sino que, de hecho, han visto su pérdida como un desarrollo liberador y emancipador. Con la desaparición de la humanidad común, la fraternidad, y la noción cooperativa de comunidad, ha surgido el individuo, y todas las formas de interacción social han sido vistas como consecuencia de deseos y acciones de personas que se pueden tocar, libres, conscientes de sí mismas.<sup>5</sup> Como lo señaló Younghusband, la decadencia de la comunidad tradicional liberó a la gente de lo que no le gustaba, pero la dejó sobre su propia individualidad. Por tanto, la pregunta parecería ser: “¿Hay algún modo de entender la comunidad que permita la liberación del individuo y la cooperación de la fraternidad de la comunidad y que pueda reunir ambas significativamente?”<sup>6</sup> ¿Existe una definición de comunidad relevante para el modo de vida moderno, autónomo, individualístico? Existe tal definición y tiene sus raíces en el estudio de la comunidad como un sistema abierto.

## DIMENSIONES DEL SIGNIFICADO

Cualquier definición de comunidad que se acepte, hay dimensiones de significado que atañen a comunidades específicas que muy bien pueden no pertenecer a una definición *per se*. Por ejemplo, si alguien dice que él o ella vive y trabaja en la ciudad de Nueva York o que él o ella es miembro de la comunidad cristiana, hay en ello imágenes descriptivas, evaluativas, y normativas de Nueva York y la comunidad cristiana que pueden ser evocadas en la mente de uno —*descriptivas* en el sentido de que hay un conjunto de características o trazos detectables asociados a la comunidad particular del caso; *evaluativas* en el que se tiende a pensar de la comunidad a la luz de una moral particular, a considerar su bondad o maldad y cómo se cree que es; *normativas* porque se asocia un conjunto

particular de normas o estándares de conducta o características con la comunidad. Las dimensiones descriptivas, evaluativas y normativas del significado con frecuencia se basan más en percepciones subjetivas que en datos factuales; sin embargo, tales dimensiones forman parte importante del modo en que se piensa acerca de una comunidad particular.<sup>7</sup> Además, existen tanto dimensiones tangibles como intangibles del significado de comunidad. Esas dimensiones se atribuyen a las cualidades de espacio y tiempo de la comunidad y a la idea de que la comunidad son personas que interactúan unas con otras sobre la base de valores e instituciones compartidas con una base variable de poder. Esto es, la comunidad debe ocupar espacio en alguna forma “simplemente debido a la naturaleza biológica del hombre”.<sup>8</sup> Tiene una dimensión de tiempo, porque así como es cierto que no se puede jugar más que un rol en un momento dado, es también cierto que no se puede ser un miembro participativo de más de una comunidad a la vez. Todos pertenecemos a muchas comunidades, pero sólo podemos participar en una a la vez. El hecho de que una comunidad, como se usa en el contexto de este libro, es la gente, no necesita explicación, como tampoco la necesita el hecho de que la gente interactúa sobre la base de valores e instituciones compartidos. Sin embargo, puede ser necesario explicar qué quiere decir una base variable de poder. Significa que, dentro de una comunidad dada, la base de poder puede diferir en ocasiones, dependiendo del interés principal de la comunidad en un momento determinado. Por ejemplo, si pensamos en un hospital como una comunidad, podemos advertir que en ciertas circunstancias el *locus* de poder puede moverse desde la administración hasta el personal profesional o el personal no profesional, dependiendo de los asuntos a la mano y de quién está en una posición para ejercer mayor influencia.

## LA COMUNIDAD COMO SISTEMA

Durante algún tiempo, han ocurrido cambios en la sociedad americana que han conducido a una necesidad y capacidad crecientes para ver a la comunidad como un sistema abierto, con todo lo que ello implica. En su libro, *The Community in America*, Warren define siete de esos cambios.<sup>9</sup> El primero es la división continuada de trabajo, la que ha dado por resultado una interdependencia aumentada de una persona a otra para cosas que las propias áreas de competencia de la persona no le permiten procurar por ella misma. El segundo cambio importante ha sido la diferenciación de intereses y asociaciones. Hoy, la participación social

y la toma de decisiones de la comunidad están basadas en el interés, no en la localidad, con la decadencia resultante de la vecindad como *locus* de actividad. Tercero, se han desarrollado relaciones aumentadas sistémicas con las sociedades más grandes. Hay cada vez más engranaje entre la comunidad local y el suprasistema estatal y nacional. La toma de decisiones sobre ciertos asuntos se ha desplazado desde el sistema hacia el suprasistema con tendencias hacia el gobierno y el servicio regional más que al local. Cuarto, el efecto de la burocratización de masas y su impersonalización han obligado a las comunidades (la gente) a relacionarse cada vez más con los suprasistemas. Quinto, muchas de las funciones desempeñadas antes por los subsistemas de la comunidad han sido transferidas al sistema de la comunidad y a sus suprasistemas. Por ejemplo, la crianza de los hijos, antes del dominio exclusivo de la familia, ha sido dada en muchos casos a las escuelas. El sexto cambio importante ha sido la urbanización y la suburbanización de una gran parte de la población americana, y el séptimo ha ocurrido en los principios o valores de acuerdo a los cuales la gente hace sus elecciones. Vale la pena observar, sin embargo, que las tendencias políticas a principios de la década de 1981-1990 bien pueden llevar a una inversión del flujo desde el subsistema hacia el suprasistema en algunos aspectos, pero el concepto de la comunidad como sistema es no menos significativo.

Muchas veces, cuando me siento a escribir sobre un tema determinado, siento el impulso de decir algo que nunca antes se había dicho. No sucede así con el tema de la comunidad, porque he descubierto que hay una gran circularidad incluso entre los expertos en comunidad y que, quienesquiera que sean, confían plenamente en las teorías y conceptos de los demás para desarrollar y explicar sus propias posiciones. Por ello, presentaré brevemente las teorías de varios escritores que han sido significativos y de enorme utilidad para mí.

#### Bertrand define a la comunidad como

...un sistema social que abarca un número suficiente de estructuras sociales institucionalizadas para los individuos, los grupos, y las organizaciones de cara a satisfacer sus necesidades a través de la formación de relaciones simbólicas de rol que atraviesan la estructura total del sistema. Es la unidad más pequeña que puede subsistir por sí misma.<sup>10</sup>

Esta definición es clara y está llena de significado, excepto por el punto que se refiere a que la comunidad es la unidad más pequeña de estructura social que puede subsistir por sí misma. Al afirmar esto, Bertrand admite que están contenidos dentro de la comunidad todos los subsistemas nece-

sarios para llenar las necesidades básicas de sus miembros mediante el empleo de engranajes de sistema con el entorno externo.<sup>11</sup>

Para Bertrand, la naturaleza estructural básica de la comunidad está representada en las relaciones simbióticas que se desarrollan entre sus distintos subsistemas y que posibilitan que los subsistemas intercambien materia, energía, e información de tal modo que se beneficien mutuamente. En la divisoria de cualquier subsistema con otro se encuentra lo que Bertrand llama un grupo intersticial formado por gente que está en relaciones conjuntivas de rol mutuas, y que por ello engranan a los subsistemas en el interés de desempeñar ciertas funciones y alcanzar determinadas metas. Los grupos intersticiales se distinguen como grupos intersticiales de cambio en los cuales las personas realizan un intercambio de función en dos o más posiciones, y sus actitudes están coordinadas para lograr metas determinadas.<sup>12</sup>

Determinar las fronteras de un sistema de comunidad se ha basado tradicionalmente en una combinación de parámetros geográficos-ecológicos y sociales-psicológicos, pero Bertrand emplea un enfoque sociológico en el que define las fronteras en términos de relaciones de rol. “La naturaleza y los tipos de las relaciones de rol distinguen a una comunidad de otra así como también a un grupo u organización de otro... El problema consiste en determinar el engranaje que los grupos y las organizaciones conservan dentro de una comunidad a través de los grupos intersticiales.”<sup>13</sup> Por ello, para definir las fronteras de una comunidad, se debe determinar qué grupos y organizaciones interactúan con más frecuencia o intensamente mediante roles conjuntivos, extramurales (grupos intersticiales) dentro de un sistema dado de comunidad en el cumplimiento de sus necesidades *vitales*.<sup>14</sup>

Una vez definidas las fronteras de una comunidad, resulta pertinente considerar la dinámica de la comunidad. Partiendo de la premisa de que cada subsistema dentro de la comunidad puede tener objetivos y metas independientes que, tomados en conjunto, apoyan las metas a todo lo largo y lo ancho de la comunidad, es preciso pensar en función de ciclos de actividad de la comunidad durante los cuales los subsistemas variables pueden estar más o menos activos o inactivos, dependiendo de la necesidad de la comunidad. De acuerdo con Bertrand, existen ciclos de tarea especializada durante los cuales sólo una parte de los miembros de la comunidad está involucrada en la actividad de tarea: los ciclos de tarea a lo largo y lo ancho de la comunidad, que involucran a todos los servicios de la comunidad y afectan a todos los segmentos de la comunidad; y los ciclos de tarea societaria, que comienzan a existir cuando los participantes

de diferentes comunidades forman grupos intersticiales por el interés de metas intercomunitarias.<sup>15</sup>

El aspecto siguiente de la función del sistema de comunidad, Bertrand nos dice que es el intercambio con su entorno interno y externo. Cualquiera que sean las características estructurales de una comunidad, sus intercambios internos y externos de entorno están estrechamente relacionados con su tamaño, localización, y especialización. Los intercambios internos ocurren a nivel del subsistema, mientras que los intercambios externos se llevan a cabo con sus suprasistemas.<sup>16</sup> Los propósitos de los intercambios a cualquier nivel están dirigidos a optimizar la entrada, el proceso, y la salida del sistema.

Al final, Bertrand se refiere al crecimiento y desarrollo de las comunidades en el sentido de que la viabilidad de cualquier comunidad depende finalmente de la viabilidad de sus partes (subsistemas) y de que las comunidades crecen como función de esos subsistemas; todo ello es consecuencias de una disponibilidad cada vez mayor de recursos y de una eficiencia más grande en el logro de las necesidades del sistema de comunidad.<sup>17</sup> En esencia, un sistema de comunidad que funciona bien es un sistema en crecimiento.

Veamos otro modelo de comunidad. Warren define a la comunidad como

...esa combinación de unidades y sistemas sociales que desempeñan las funciones sociales principales que tienen relevancia de localidad. En otras palabras, [la comunidad es] la organización de actividades sociales para proporcionar todos los días a la gente acceso local a esas amplias áreas de actividad que son necesarias en la vida diaria.<sup>18</sup>

Las cinco funciones principales que se considera tienen relevancia de localidad son

- 1 *Producción-distribución-consumo*, que incluye a los subsistemas que facilitan la producción de bienes y servicios y los que se encargan de la distribución y el consumo de tales bienes y servicios dentro y más allá de la comunidad misma
- 2 *Socialización*, el proceso a través del cual el sistema transmite a los individuos (subsistemas) el conocimiento predominante, los valores sociales, y los patrones de conducta apropiados a la comunidad (sistema) y a la sociedad (suprasistema)
- 3 *Control social*, el proceso mediante el cual el sistema influye en el comportamiento de los individuos de cara a que esté en consonancia con las normas aceptadas
- 4 *Participación social*, a través de la cual cualquiera se relaciona con otro en ambientes relacionados de trabajo y de no trabajo

- 5 *Apoyo mutuo*, o el tipo de ayuda que se brinda en casos en los que las crisis del individuo y de la familia presentan necesidades extraordinarias que no se manifiestan de otra manera o no encajan en el patrón habitual del comportamiento social ordinario, por ejemplo, en épocas de muerte o desastre<sup>19</sup>

El ver a la comunidad a la luz de los cinco apartados anteriores lleva a poner énfasis en las funciones de la comunidad más que en las instituciones. Warren cree que es legítimo, debido a la tendencia actual a desplazar el desempeño de tales funciones desde uno al otro de los auspicios de la comunidad, lo que negaría inmediatamente cualquier análisis de comunidad que se basara sólo en sus instituciones.

Otro aspecto de la comunidad sobre el que pone énfasis Warren, y que desde luego es compatible con un enfoque general de sistemas para entender a la comunidad, es lo que ella denomina patrones verticales de la comunidad, o sus vínculos con una sociedad o cultura más extensa, y sus patrones horizontales, o la relación mutua de sus unidades locales. Respecto de las relaciones verticales, Warren señala que es preciso recordar que no sólo la comunidad forma parte de una sociedad más extensa, sino que, a la inversa, la sociedad más extensa forma parte de cualquier comunidad. Las instituciones y los patrones de conducta de las sociedades más extensas son partes integrales de la comunidad, como lo demuestran sistemas sociales tales como iglesias, negocios, y unidades gubernamentales de distintas clases, las que íntimamente se relacionan de una manera sistémica a sistemas sociales más amplios que se extienden a través de numerosas comunidades.<sup>20</sup> Los relativamente diferenciados sistemas que constituyen la comunidad americana actual se relacionan cada vez más con los suprasistemas de un sistema extracomunitario especializado al que pertenecen. “Esos eslabones sistémicos ponen en relación las distintas partes de la comunidad con muchas unidades extracomunitarias que cubren ampliamente regiones geográficas divergentes y a menudo con locaciones diversas y amplias de centros de operaciones del sistema.”<sup>21</sup> Un punto de vista interesante es que las relaciones verticales de una comunidad pueden ser más fuertes que los vínculos entre sus propias unidades, y que las tendencias apuntan hacia la relación y, por ello, hacia establecer lazos más verticales.

Una característica importante de los vínculos verticales es que, aunque hay excepciones, tienden a ser racionales, planeados, y estructurados burocráticamente ya que son definidos mediante contrato, estatutos, legislación, o promulgaciones administrativas.<sup>22</sup> Ejemplos de tales vínculos verticales serían el almacén de cadena local para el centro regional de



operaciones y la oficina central, la escuela local para el departamento estatal de educación, y la unidad local de una organización voluntaria de salud para las organizaciones estatales y nacionales. A la luz de estos ejemplos, puede verse que los patrones verticales de los vínculos de la comunidad con los sistemas extracomunitarios han adquirido una gran importancia con respecto a las cinco funciones de tarea relevante para la localidad apuntadas arriba, y debe quedar muy claro que la comunidad es un ejemplo sorprendente de sistema abierto.

Dado el hecho de que los vínculos verticales son fuertes e influyentes, Warren hace a continuación la pregunta, “¿qué mantiene juntas a las cosas a nivel local?”<sup>23</sup> Sin duda, una cosa es el hecho de localidad común y que operar un tipo de sistema local presupone la presencia y la operación de otros. Una planta manufacturera necesita empleados. La mayor parte de ellos deberán llegar del área local. Los “empleados, a su vez, tendrán que tener acceso en sus vidas diarias y a su nivel (local) a otros tipos de funciones e instalaciones para el suministro de alimentos, oferta de posibilidades para asociación voluntaria, provisión de refuerzo formal e informal de las normas sociales, entrenamiento de los jóvenes, ayuda en tiempos de dificultades, etcétera”.<sup>24</sup> En otras palabras, parecería que la pura necesidad mantiene unida a la comunidad y sirve para ilustrar de nuevo la calidad de la dirección interdependiente, interactiva, y hacia metas de un sistema abierto.

El patrón característico de los vínculos que existen en el plano horizontal entre los subsistemas de la comunidad tiende a basarse en el sentimiento, la informalidad, la falta de planificación, y en una estructura difusa, informal, y *ad hoc* de naturaleza esencialmente no burocrática. Sin embargo, mientras sigue en marcha la tendencia hacia relaciones más y más verticales, el patrón horizontal de las relaciones está cambiando poco a poco y volviéndose más estructurado y burocrático. A pesar de ello, el patrón de relaciones no está tan estructurado a nivel horizontal como lo está al nivel vertical.<sup>25</sup>

Después de todo, ¿para qué le sirven al sistema de la comunidad sus vínculos verticales con el suprasistema? Tales vínculos pueden promover

- 1 Los fondos de capital o de operación de una unidad local
- 2 Los servicios en una unidad local, por ejemplo, mantenimiento y consulta
- 3 Los objetivos y procedimientos del programa para la unidad
- 4 Al personal para la operación de la unidad local
- 5 Los servicios de producción para la distribución dentro de la comunidad

- 6 Las oportunidades de empleo para la gente de la comunidad
- 7 Las oportunidades de negocio para los comerciantes y proveedores de la comunidad
- 8 La importación de determinadas habilidades, conocimiento técnico, y actitudes sociales para la comunidad local<sup>26</sup>

Desde luego, debe reconocerse que tales beneficios enriquecerán al suprasistema debido a la acción a nivel del subsistema; es una calle de doble dirección.

Por último, ¿para qué le sirven al sistema de la comunidad las relaciones horizontales entre sus subsistemas? Mantiene

- 1 El desempeño de funciones relevantes para la localidad que son necesarias para la vida diaria en la comunidad
- 2 El empleo y el ingreso para los miembros de la comunidad
- 3 Enlace entre las distintas unidades y los individuos en la comunidad y los sistemas sociales y la cultura del suprasistema<sup>27</sup>

Otra vez, debe reconocerse que el efecto de doble dirección es igualmente operativo.

Anderson y Carter definen a la comunidad como

...una población conscientemente identificada con necesidades e intereses comunes; puede ocupar un espacio físico común, comprometerse en actividades comunes, y tener alguna forma de organización que proporcione diferenciación de funciones, haciéndolas adaptativas a su entorno como medio de satisfacer las necesidades comunes. Sus componentes incluyen individuos, grupos, familias, y organizaciones dentro de su población, y las instituciones que crea para cubrir sus necesidades. Su entorno es la sociedad dentro de la que existe y a la que se adapta, y las demás comunidades y organizaciones externas a ella que chocan contra su funcionamiento.<sup>28</sup>

Anderson y Carter señalan además que existen tres clases de comunidades: comunidades de lugar, comunidades sin lugar, y comunidades de parentesco. Las comunidades de lugar obviamente se relacionan con una localidad específica, una comunidad geográfica o espacial. Las comunidades sin lugar, que son descritas como comunidades "*imaginativas*", se basan sólo en la operación y la acción coordinada para el logro de una meta común. Entre las comunidades sin lugar se incluyen los ejemplos de la comunidad académica, la comunidad negra, y la militar. Al tratar las comunidades de parentesco, Tonnies señala las que tienen relaciones de consanguinidad.<sup>29</sup> Esto es sinónimo de lo que ahora consideramos que constituye la familia extendida; por ello, no se tendrá en cuenta en este capítulo.

De acuerdo con Anderson y Carter, las comunidades se distinguen entre sí en su grado de vinculación a una localización determinada. Las comunidades sin lugar tienen vínculos geográficos, aun cuando no podamos conferirles una localización en un tiempo determinado. La comunidad de enfermería podría ser ejemplo de esa comunidad sin lugar. Las enfermeras nunca están todas en el mismo lugar y al mismo tiempo, pero individualmente o en grupos tienen vínculos geográficos con localidades específicas. Por otro lado, las comunidades de lugar tienen, por supuesto, el orden más alto de vínculos geográficos. Las comunidades también se distinguen unas de otras en el campo de actividades, intereses y necesidades con las que tienen que ver. Las comunidades de lugar abarcan el más amplio campo, y las comunidades sin lugar normalmente tienen que ver con un campo más restringido de actividades, intereses, o necesidades.<sup>30</sup>

Anderson y Carter definen a continuación las funciones de energía de una comunidad, primero para sus componentes o subsistemas.<sup>31</sup> Con esto, las autoras establecen que una comunidad desempeña funciones, que incluyen mantener un modo de vida o cultura, y que debe proporcionar la satisfacción de necesidades, intereses, y ambiciones comunes. Todavía más, los miembros de una comunidad deben tener un sentido de *condición-de-nosotros*; debe existir una conciencia social o sentido de comunidad; y la comunidad debe proporcionar a sus miembros oportunidades para desarrollo personal e identidades significativas sexuales y de trabajo.<sup>32</sup> Para su entorno o suprasistema, normalmente desempeña las funciones de “dar, obtener, y conservar energía”. Proporciona al entorno la energía en forma de personas y productos para ser utilizados por sus componentes.<sup>33</sup>

Anderson y Carter ven a la comunidad como un concepto que evoluciona y están de acuerdo con las ideas de Warren acerca de los patrones verticales y horizontales de las relaciones que influyen en la posición de la comunidad en relación con sus subsistemas y suprasistemas. Las fronteras de una comunidad se describen como verticales entre la comunidad y las unidades sociales más grandes o más pequeñas, y las horizontales entre las instituciones de la comunidad y las tareas diferenciadas.<sup>34</sup> La evolución de las instituciones en comunidades ocurre en respuesta a una necesidad admitida como inalcanzable por las instituciones existentes, cuyas estipulaciones en general no logran cubrir las necesidades emergentes de una comunidad.

Otro aspecto de la comunidad es la clase social y la casta. La clase social se caracteriza por el ingreso, el estilo de vida, y el acceso a los servicios. La casta, por otro lado, es un *status* que se asigna a una persona

sobre la base de características más allá de su control y de las que él no puede escapar totalmente. Normalmente son raciales y étnicas.<sup>35</sup>

Para terminar, tenemos los aspectos del comportamiento de la comunidad. Se incluyen en ellos el control social, la socialización, y la comunicación. El control social puede ser ejercido por toda la comunidad a través de sus redes de valores y metas incorporadas a sus distintos subsistemas, o el control puede ser ejercido por un subsistema aislado a favor de toda la comunidad. La calidad de miembros solapada en los subsistemas que se presenta entre los miembros de la comunidad puede minimizar o magnificar el efecto del control social centralizado. En las comunidades sin lugar, el control social puede ser ejercido por sanciones formales o informales.<sup>36</sup>

La socialización es el ingrediente esencial para mantener viva a la comunidad. Los nuevos miembros deben ser protegidos y aculturados o, de lo contrario, la comunidad perecerá. La comunicación es la materia prima con la que se construye la comunidad, es su alma. Sin ella, el sistema y sus componentes fracasarán simplemente por falta de entrada, la que se convierte en proceso, y éste en salida, y luego en retroalimentación.<sup>37</sup>

A la discusión precedente parece adecuado añadir que, puesto que, cuando mejor, la comunidad parece ser un concepto evasivo y siempre cambiante, sería más útil verla como un “epifenómeno más que como una realidad primaria en su propia luz”.<sup>38</sup>

## LA SOCIEDAD COMO SISTEMAS

Como se ha señalado antes, la sociedad es el siguiente nivel de la organización social jerárquica por encima de la comunidad. En el contexto de este capítulo, hemos llamado muchas veces a la sociedad el suprasistema respecto de la comunidad y, como tal, se ha considerado que funciona también como un sistema abierto. Como se ha demostrado a lo largo de este capítulo, la *sociedad* es afectada, y los afecta, por sus subsistemas en una miríada de modos, y su supervivencia depende de sus relaciones verticales con sus subsistemas y sus relaciones horizontales con otros suprasistemas mundiales (sociedades).

Hay muchas maneras de definir a la sociedad, y puesto que la cultura es también una parte integral de la sociedad, la incluiré también brevemente. Parsons dice que la sociedad es un tipo de sistema social, caracterizado por el más alto nivel de autosuficiencia en relación con sus entornos.<sup>39</sup> Pasa después a clarificar el criterio de que autosuficiencia se

refiere al equilibrio que una sociedad mantiene entre sus entornos (última realidad, sistemas culturales, sistemas de personalidad, organismos de comportamiento, y el entorno físico) y su propia situación de integración interna.<sup>40</sup> Parsons afirma que la función principal del entorno cultural es la legitimación del orden normativo de la sociedad. Puntualiza las razones que tienen los miembros acerca de sus derechos y las prohibiciones que les incumben.<sup>41</sup>

Bertrand define a la sociedad como un “sistema social de tamaño y organización suficientes para lograr un mínimo de las condiciones necesarias para sobrevivir como una unidad estructural independiente y social”.<sup>42</sup> Desde el punto de vista de la cultura, Bertrand dice que no se trata de comportamiento total, pero que contiene los estándares normativos para el comportamiento y que es un cuerpo de patrones que pueden ser transmitidos para vivir.<sup>43</sup>

De lo que brevemente se ha dicho acerca de la sociedad y la cultura, parece claro que estamos justificados al considerar a la sociedad como un sistema abierto y que la cultura es el vehículo a través del cual el sistema se perpetúa, se regula, y se diferencia.

La cultura no es algo que uno ve en el sentido de que se contemplan personas y cosas, sino más bien es un conjunto de valores y suposiciones que dan forma y espacio para nuestro entendimiento y nuestra percepción de nosotros mismos y de los demás...; forma, interrelaciona, y justifica las características y actividades de los (sistemas) sociales. La cultura nos da nuestro propio punto de vista del mundo.<sup>44</sup>

Sin cultura, la sociedad como un sistema sería una masa informe, sin carácter, de materia, energía, e información.

Para terminar, la comunidad es una idea, a la vez que un grupo de gente. Lo esencial de la idea es psíquico; quienes forman parte de una comunidad, ya sea que dominen los aspectos tradicionales, étnicos, o sexuales, tienen un sentido de unicidad, de calidad de hermanos y hermanas. La gente en sus relaciones vive fuera de la idea de comunidad.<sup>45</sup>

## REFERENCIAS

- 1 Raymond Plant: *Community and Ideology* (Boston: Routledge & Kegan Paul, 1974), pp.16-17.
- 2 *Ibid.*, pp.23-24.
- 3 *Ibid.*, p.25.
- 4 *Ibid.*, p.25.
- 5 *Ibid.*, pp.8-34.
- 6 *Ibid.*, p.32.
- 7 *Ibid.*, pp.8-14.

- 8 Alvin L. Bertrand: *Social Organizations* (Arlington Heights, Illinois: AHM Publishing Corporation, 1972), p.149.
- 9 Roland L. Warren: *The Community in America* (Chicago: Rand McNally, 1963), pp.53-94.
- 10 Bertrand, *op.cit.*, p.150.
- 11 *Ibid.*, p.150.
- 12 *Ibid.*, pp.151-154.
- 13 *Ibid.*, p.154.
- 14 *Ibid.*, p.155.
- 15 *Ibid.*, pp.156-157.
- 16 *Ibid.*, pp.157-158.
- 17 *Ibid.*, pp.158-159.
- 18 Warren, *op.cit.*, p.9.
- 19 *Ibid.*, pp.9-12.
- 20 *Ibid.*, p.241.
- 21 *Ibid.*, p.242.
- 22 *Ibid.*, p.242.
- 23 *Ibid.*, p.267.
- 24 *Ibid.*, p.268.
- 25 *Ibid.*, p.274.
- 26 *Ibid.*, pp.257-276.
- 27 *Ibid.*, pp.275-276.
- 28 Ralph E. Anderson and Irl E. Carter: *Human Behavior in the Social Environment: A Social Systems Approach* (New York: Aldine, 1978), pp.53-54.
- 29 *Ibid.*, pp.52-53.
- 30 *Ibid.*, pp.52-53.
- 31 *Ibid.*, p.54.
- 32 *Ibid.*, pp.55-56.
- 33 *Ibid.*, p.57.
- 34 *Ibid.*, p.58.
- 35 *Ibid.*, p.59.
- 36 *Ibid.*, p.60.
- 37 *Ibid.*, pp.62-63.
- 38 Anthony F. Panzetta: "The Concept of Community: The Short-Circuit of the Mental Health Movement". In Ralph M. Kramer and Harry Specht: *Readings in Community Organization Practice* (Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice-Hall, 1975), p.29.
- 39 Talcott Parsons: *Societies, Evolutionary and Comparative Perspective* (Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice-Hall, 1966), p.9.
- 40 *Ibid.*, p.9.
- 41 *Ibid.*, p.11.
- 42 Bertrand, *op.cit.*, p.159.
- 43 *Ibid.*, pp.2-5.
- 44 Seymour B. Sarason: *The Psychological Sense of Community* (San Francisco: Jossey-Bass, 1974), p.93.
- 45 Carol A. B. Warren: *Identity and Community in the Gay World* (New York: Wiley, 1974), p.13.

## QUINTA PARTE

# ENFOQUES SISTEMATICOS PARA LA PRACTICA DE LA ENFERMERIA

Congruentes con la perspectiva de sistemas que hemos usado para organizar este libro, existen numerosos enfoques para la práctica de la enfermería distributiva. Los vamos a ejemplificar en esta parte.

En el capítulo 15, Killien presenta una perspectiva de entorno sobre la historia de la enfermería, resaltando la importancia que Nightingale atribuyó a los factores del entorno en la salud. Killien describe una tipología para el análisis sistemático del entorno y la adaptación del entorno-persona.

En el capítulo 16, Ossler refiere un enfoque preventivo para la práctica de la enfermería, añadiendo un modelo epidemiológico de enfermedad, los niveles de prevención ampliamente propuestos por Leavell y Clark, y la investigación más reciente sobre los factores de riesgo. Hogue amplía el enfoque epidemiológico para la práctica de la enfermería distributiva en el capítulo 17. Propone también un modelo de intervención de grupo, el que está de acuerdo con la orientación de población de las editoras.

En el capítulo 18, Wilson presenta el estilo de vida como herramienta para alcanzar modos de vida sanos. Así, se centra en la toma de decisiones del individuo como forma de promover y mantener la salud. En el capítulo 19, Graedon, una antropóloga médica, discute el impacto de la cultura sobre el individuo y el grupo. Aunque no es enfermera, la autora señala algunos conceptos básicos para la valoración transcultural como punto de partida para la intervención de enfermería. Sus planteamientos proceden de varios años de trabajo con practicantes y estudiantes de enfermería

y de su propia investigación en la salud y la nutrición comunitarias. Nowakowski, en el capítulo 22, describe cómo ayuda a los clientes individuales a enfrentar la cultura del sistema del cuidado de salud. Actúa como abogado del cliente ayudando a los pacientes a cómo defenderse del sistema.

White, en el capítulo 20, amplía la conceptualización de Weaver de la comunidad en la parte IV al delinear las estrategias de organización de la comunidad como intervención de enfermería. La planificación social (cambio de diseño estructural), el desarrollo de la localidad, y la acción social se presentan como estrategias fundamentales para crear el cambio a nivel comunitario. Los lectores lo encontrarán útil para adaptar estas estrategias para la acción de enfermería también en las organizaciones complejas.

La enfermería ha recorrido un largo trecho en la valoración de los resultados de sus esfuerzos, pero no ha avanzado mucho en su evaluación. Schiwirian intenta corregir esto centrándose en un enfoque evaluativo para la enfermería (capítulo 21). Resulta interesante que Schiwirian llega a la enfermería por un proyecto de evaluación. Ella es una socióloga-que-se-hizo-enfermera, más que lo que normalmente se ve de enfermera-que-se-hizo-socióloga. Por ello, nos da una perspectiva especial sobre nosotras mismas como profesionales.

MacVicar y Menke, en el capítulo 23, recogen el espíritu de investigación en su enfoque de investigación para la práctica de la enfermería. Emplean el proceso de investigación para analizar los problemas de la enfermería clínica de la manera organizada que sustenta nuevas respuestas a viejos problemas.

La parte V presenta nueve enfoques para la práctica de la enfermería distributiva; pueden usarse por separado o combinados para ayudar a las practicantes a distinguir la calidad de vida en los sistemas humanos. Se relacionan con la salud de los sistemas humanos una perspectiva de entorno sobre la historia de la enfermería, una tipología para examinar los entornos, y el empleo de una perspectiva de entorno en el proceso de enfermería.



Se relacionan con la salud de los sistemas humanos una perspectiva de entorno sobre la historia de la enfermería, una tipología para examinar los entornos, y el empleo de una perspectiva de entorno en el proceso de enfermería.

## CAPITULO QUINCE

# UN ENFOQUE DE ENTORNO PARA LA PRACTICA DE LA ENFERMERIA

MARCIA G. KILLIEN

La afirmación de que la salud humana es el resultado de la interacción entre los individuos y su entorno no es nueva en enfermería. En efecto, esta proposición resulta muy familiar a la mayoría de las enfermeras y muy pocas dejarán de admitirla. Los individuos no existen aislados, más bien están en interacción constante con el mundo que los rodea. La naturaleza de esa interacción es un determinante importante de salud. Sin embargo, a menudo la práctica de la enfermería se centra sobre clientes individuales sin tenerlos en cuenta como parte de un sistema mayor.

La práctica de la enfermería desde una perspectiva de entorno ensancha las valoraciones, los diagnósticos, las intervenciones, y las evaluaciones que la enfermera realiza al incluir no sólo al cliente sino también a los

La autora desea reconocer las contribuciones de las Doctoras Jeanne Q. Benoliel, Kathryn Barnard, Noel Chrisman, Marion Rose y las estudiantes del programa de doctorado en la Escuela de Enfermería de la Universidad de Washington en el desarrollo de las ideas expresadas en este capítulo.

sistemas del entorno que rodean al cliente. Como resultado, hay un mayor conocimiento del comportamiento de la salud del cliente, se vuelven asequibles estrategias de intervención, y las intervenciones pueden ser más exitosas que cuando el enfoque de la práctica se centra exclusivamente en el cliente.

En este capítulo se presentarán ejemplos de perspectiva de entorno en la historia de la enfermería, se describirá una tipología para examinar los entornos, y se discutirá el uso de una perspectiva de entorno en la práctica de la enfermería.

## LA PERSPECTIVA DE ENTORNO

La investigación sistemática de las interacciones persona-entorno y el uso de esta perspectiva en la práctica de la enfermería ha tomado distintas formas a lo largo de la historia de la enfermería.

Florence Nightingale (1820-1910) estableció el concepto de la preparación formal para la práctica de la enfermería; el inicio de la enfermería como profesión puede atribuirse a sus esfuerzos. Las ideas de Nightingale acerca de la enfermería constituyen la base sobre la que se asienta la práctica actual de la enfermería. El tema del entorno era central en sus escritos.<sup>1</sup> Aunque nunca empleó la palabra *entorno*, los conceptos que Nightingale vertió sobre él (*e.g.*, ventilación, ruido, luz, aseó) representan claramente elementos del entorno como los definen las enfermeras que escriben actualmente:

Por entorno se considera todas las condiciones e influencias externas que afectan la vida y el desarrollo de un organismo y que pueden prevenir, suprimir, o contribuir a la enfermedad y a la muerte.<sup>2</sup>

Nightingale se centraba en la relación entre el individuo enfermo (el paciente) y el entorno inmediato del paciente (la enfermería). La práctica de la enfermería se veía como una práctica no curativa; más bien, “lo que la práctica de la enfermería debe hacer... es colocar al paciente en la mejor condición para que la naturaleza actúe sobre él”.<sup>3</sup> Esta condición era reforzada con un entorno que favorecía a la salud. Aunque la intención de Nightingale era el alivio de la enfermedad, sus puntos de vista son aplicables igualmente a la promoción y el mantenimiento del bienestar. “Las mismas leyes de salud o enfermería, porque en la realidad una y otra son lo mismo, rigen para el sano, igual que para el enfermo.”<sup>4</sup> Aunque Nightingale escribió sobre tres dimensiones del entorno (física, psicológica, y social), daba una especial importancia al entorno físico

(aire, cuarto del enfermo, agua, luz, ropa de cama). Esta importancia era en parte reflejo de su época. Como Torres señala, sólo cuando existe un entorno físico óptimo es cuando se puede prestar mayor atención a las necesidades emocionales del paciente así como a la prevención de la enfermedad.<sup>5</sup> Nightingale reconocía la interacción mutua entre cuerpo y mente. Ella hacía hincapié en que el entorno que causa tensión física puede afectar al estado del paciente. Nightingale reconocía que eran determinantes principales de salud los estímulos variados, la comunicación verbal y no verbal, y las visitas sociales.

En la década de 1951-1960, Peplau cambió la atención de la enfermería sobre los procesos interpersonales como parte de la interacción humana-entorno. La interacción entre la persona y el entorno se consideraba un proceso de aprendizaje. De acuerdo con Peplau, el aprendizaje ocurre cuando un individuo selecciona estímulos en el entorno y se desarrolla más completamente como resultado de las reacciones a esos estímulos. Puesto que cada individuo tiene un entorno distinto, único, cada quien ha aprendido de modo distinto a lo largo del desarrollo y por eso tiene percepciones diferentes del entorno. Precisamente esas diferencias en las percepciones llegaron a ser importantes en la interacción terapéutica enfermera-paciente sobre la que Peplau escribía.<sup>6</sup>

Otras enfermeras teóricas contemporáneas, entre ellas Rogers y Roy, se han centrado igualmente en la interacción humana-entorno, usando una perspectiva de teoría general de sistemas.<sup>7,8</sup> Tanto Rogers como Roy ven al individuo como un ente biopsicosocial que debe ser reconocido como un todo unificado. El individuo y el entorno están en interacción constante, intercambiando continuamente materia y energía. Esta interacción resulta en un cambio tanto dentro del individuo como del entorno. En especial, Roy ha puesto de relevancia los mecanismos adaptativos mediante los cuales el individuo enfrenta el cambio interno y externo.

Está claro que la enfermería tiene una rica herencia en el examen del entorno en tanto que éste se relaciona con la salud humana. Con el tiempo, la perspectiva de la enfermería se ha ampliado desde un foco al principio unidimensional sobre el entorno tanto físico como psicosocial hacia una perspectiva holística que reconoce la interacción del sistema humano-entorno en totalidad.

Mientras que el concepto de entorno ha llenado gran parte de la literatura teórica de enfermería, sólo hasta hace poco la investigación y la práctica han puesto el énfasis principal en el individuo, dando menos atención a las variables del entorno o a las interacciones humanas-entorno. Esto ha sido debido, en parte, a la dificultad en conceptualizar y organizar

CUADRO 15-1 TIPOLOGIA DE LOS ENTORNOS

DIMENSIONES		CATEGORIA
<i>Proximidad</i>	<i>Interno</i>	<i>Externo</i> Microsistema Mesosistema Exosistema Macrosistema
<i>Forma</i>	<i>Socialmente animado</i> Biológico Sociocultural Psicológico	<i>Socialmente inanimado</i> Físico
<i>Calidad</i>	<i>De apoyo</i>	<i>De no apoyo</i> Riesgo bajo Riesgo alto

Adaptado de N. Chrisman. Comunicación personal. Seattle, Washington, 1980.

la amplia gama de las variables del entorno y en relacionarlas sistemáticamente con la salud humana y el proceso de enfermería.

## ENTORNOS: TIPOLOGIA Y DEFINICIONES

Si se define al entorno como algo externo a un sistema de interés (*i.e.*, individuo, familia, comunidad) y se quiere valorar este entorno, la tarea se presenta inmediatamente abrumadora. Por ello, mientras que teóricamente el entorno es visto desde una perspectiva holística, para propósitos pragmáticos es útil examinar el entorno en relación con sus distintas dimensiones. Tal tipología se presenta en el cuadro 15-1. En esta tipología, el entorno es caracterizado conforme a tres dimensiones: proximidad, forma, y calidad.

### *Proximidad*

Cada sistema posee un entorno tanto interno como externo. El entorno interno se refiere a los subsistemas y a las relaciones entre los subsistemas dentro de la frontera del sistema. Por ello, si el sistema de interés es el individuo, las características fisiológicas, genéticas y psicológicas forman parte del entorno interno. Si se trata de la familia, las características de los miembros individuales de la familia, las metas de la familia, y los

procesos de la familia se incluyen en el entorno interno. El *status* del entorno interno, a menudo denominado la vulnerabilidad del sistema, determina la susceptibilidad del sistema a los componentes peligrosos y benéficos de su entorno. Para los propósitos de este trabajo, los entornos internos de los individuos, familias, y comunidades no se estudiarán aquí puesto que han sido analizados en profundidad en los capítulos de Menke, Boyd, y Weaver.

El entorno externo se compone de todo lo que está por fuera de la frontera del sistema de interés. El modelo propuesto por Bronfenbrenner y modificado por Belsky, que describe el entorno ecológico del desarrollo humano, es un esquema útil para conceptualizar el entorno externo.<sup>9,10</sup> En este modelo, se concibe el entorno externo como una “ordenación de estructuras en forma de red, cada una contenida dentro de la siguiente”.<sup>11</sup> Este espacio ecológico está dividido en cuatro niveles para análisis: el microsistema, el mesosistema, el exosistema, y el macrosistema. Estos niveles serán analizados como entornos en relación con el individuo como foco del sistema.

**MICROSISTEMA** Un microsistema es el complejo de relaciones entre un sistema focal (*e.g.*, el individuo) y el ambiente inmediato que contiene a ese sistema. El ambiente se define como el lugar con aspectos físicos determinados en el que el individuo se dedica a actividades determinadas en roles determinados (*e.g.*, hija, esposa, amigo, empleado) durante intervalos de tiempo determinados. Los factores de tiempo, aspectos físicos, actividad, participantes, y rol constituyen los elementos de un ambiente.<sup>12</sup> Por ejemplo, los microsistemas de un individuo pueden ser su casa, su escuela, o su lugar de trabajo.

**MESOSISTEMA** El mesosistema es el complejo de interrelaciones entre ambientes mayores que contienen al individuo en un momento particular de su vida. Un mesosistema incluye varios microsistemas. Por ejemplo, para un típico adolescente americano, el mesosistema abarca interacciones entre la familia, la escuela, y el grupo de compañeros.

**EXOSISTEMA** El exosistema es una extensión del mesosistema e incluye otras estructuras sociales formales e informales (*i.e.*, el mundo de trabajo, el vecindario, los medios de comunicación de masas, las oficinas gubernamentales, la distribución de bienes y servicios). Esas estructuras no involucran directamente al individuo, pero inciden y abarcan los ambientes inmediatos en los que la persona se desenvuelve. Por ello, el exosistema influye, limita, o determina lo que ocurre en un microsistema o mesosistema.<sup>13,14</sup>

**MACROSISTEMA** El macrosistema son los sistemas de valores y creencias culturales y sociales que influyen en los microsistemas, los mesosistemas y los exosistemas. Están incluidas las ideologías económicas, sociales, legales, y políticas. El macrosistema puede ser explícito (*e.g.*, las leyes registradas, los reglamentos), pero más a menudo es informal e implícito (*e.g.*, costumbres, normas). El macrosistema es puesto en marcha mediante la gente y las organizaciones de los microsistemas, mesosistemas, y exosistemas.

### *Forma*

Tanto los entornos internos como los externos poseen componentes animados (vivos) e inanimados (no vivos). Los componentes animados del entorno externo incluyen gente y demás cosas vivas, interacciones humanas, y manifestaciones conductuales de valores, creencias, y actitudes. Los componentes inanimados incluyen el mundo físico de los edificios, el aire, los productos químicos, agua, espacio, y tecnología.

### *Calidad*

Las maneras en cómo un entorno promueve o impide la salud del sistema al interactuar con él, determina la calidad de apoyo o de falta de apoyo de ese entorno. Un entorno de apoyo promueve la salud del sistema. Un entorno contrario actúa en detrimento de la salud. En realidad, la mayoría de los entornos poseen elementos tanto de apoyo como de falta de apoyo. De igual modo, lo que puede ser de apoyo para un aspecto de salud no necesariamente puede ser de apoyo para otro aspecto. Por ejemplo, mientras que el fumar puede estimular la relajación mental en algunos individuos, el hábito es excesivamente perjudicial para los procesos fisiológicos. Por ello, la calidad de un entorno es mejor entendida como un *continuum* hipotético que va desde servir de apoyo máximo para la salud total hasta ser lo más perjudicial para ella.

## INTERACCION PERSONA-ENTORNO

Los humanos están enlazados con su entorno a través del intercambio de energía (*e.g.*, información, materiales) con el entorno. Los individuos se distinguen en el grado en que sus fronteras sean permeables y estén

abiertas al intercambio con el entorno. El grado de apertura del individuo hacia el entorno, la proximidad del entorno, y las características tanto del entorno como del individuo son determinantes importantes de la salud.

### *Características individuales*

Los individuos poseen factores constitucionales y adquiridos que facilitan su vulnerabilidad desde todos lados o su capacidad de recuperación. Las dotaciones genéticas, las capacidades físicas y psicológicas, el nivel de energía, y las experiencias previas se encuentran entre las características que influyen en las habilidades de los individuos para interactuar con sus entornos.<sup>15</sup> La percepción que un individuo tiene de sus capacidades para enfrentar los retos del entorno es también un componente de vulnerabilidad.<sup>16</sup> La vulnerabilidad es dinámica. El nivel de vulnerabilidad de una persona cambia a lo largo de la vida como resultado de los procesos normales del desarrollo y de las circunstancias inusuales, tales como la enfermedad o los accidentes. Por ejemplo, durante los primeros tres meses que siguen a la concepción, el ser humano en desarrollo es extremadamente vulnerable a los teratógenos ambientales.<sup>17</sup> Esta vulnerabilidad disminuye durante los siguientes meses del desarrollo prenatal. La mujer postmenopáusica es más susceptible a las fracturas esqueléticas que la mujer con ovarios activos.<sup>18</sup> Los individuos que han tenido una experiencia previa exitosa al enfrentar una crisis son menos vulnerables cuando se encuentran en situaciones similares en el futuro.<sup>19</sup>

### *Retos del entorno*

Como se estableció previamente, el entorno puede ser de apoyo para la salud humana o puede contener elementos peligrosos. La esfera del impacto no se limita al entorno inmediato de una persona (microsistema) sino que incluye también influencias directas e indirectas desde la mayoría de los entornos distales. Varios ejemplos ilustran este punto.

Se ha demostrado que las características inanimadas del entorno, entre las que se incluyen las temperaturas extremas, la presión barométrica, el oxígeno, el nitrógeno, el dióxido de carbono, y las concentraciones de ozono en la atmósfera, alteran el comportamiento.<sup>20</sup> Lieber y Sherin encontraron que la violencia y la agresión, como lo demostró el índice de homicidios en una comunidad de Florida, fluctuaban con las fases lunares.<sup>21</sup> Cohen, Glass, y Singer informaron que los niños que vivían

en los pisos bajos de los edificios de apartamentos, más cerca del tráfico ruidoso, exhibían más problemas auditivos y de lectura que una muestra parecida de niños que vivían en los apartamentos de los pisos más altos.<sup>22</sup> Los medios de comunicación informan cada semana de incidentes en los que los contaminantes ambientales, los productos químicos, los pesticidas, y los desechos radiactivos han amenazado la salud de algunas comunidades.

Belsky demostró cómo factores múltiples en el microsistema, el exosistema, y el macrosistema contribuyen al problema del niño maltratado.<sup>23</sup> El abuso y el abandono infantil han sido asociados con las desavenencias entre los esposos, los niveles bajos de interacción familiar, y la desorganización en el hogar (microsistema). El desempleo del padre y el aislamiento social de la familia por la comunidad caracterizan a las familias abusivas (exosistema). Los índices del síndrome de niño maltratado son más elevados en las sociedades que tienen actitudes aceptadas sobre la violencia y el empleo del castigo físico, y que ven a los niños como propiedad de los padres (macrosistema).<sup>24</sup>

El cambio es una de las características más penetrantes del entorno. No hay más que ver los periódicos para conocer los rápidos cambios que ocurren en las ideologías políticas, los sistemas sociales, el liderazgo gubernamental, la tecnología, y las familias como lo señalan las estadísticas de muerte, divorcio, casamiento, y de reubicación. Cassel sugirió que los individuos experimentan tensión cuando no se hallan familiarizados con las señales peculiares y las expectativas en sus entornos. Propuso que los individuos en situaciones no familiares son más susceptibles a la enfermedad que aquellos para los que el entorno es familiar y predecible.<sup>25</sup> Se ha encontrado que los cambios en el entorno físico y social disparan cambios neuroendocrinos que se cree contribuyen a la susceptibilidad a la enfermedad.<sup>26</sup> Por ejemplo, los trabajadores cuyas ocupaciones requieren turnos alternos padecen desincronización de sus ritmos circadianos. Ese cambio origina frecuencia mayor de trastornos del sueño y alteraciones gastrointestinales entre los trabajadores nocturnos. El trabajo de turno alterno puede destruir especialmente la salud de individuos con situaciones que tengan un componente circadiano, tales como *diabetes mellitus* o epilepsia.<sup>27</sup> Un cuerpo creciente de literatura ha señalado que niveles altos de cambio de vida son perjudiciales para la salud. El cambio de vida ha estado implicado en la ocurrencia de infarto al miocardio, fracturas, leucemia infantil, lesiones futbolísticas, complicaciones del embarazo, y abuso infantil.<sup>28-35</sup>

Mientras que mucha literatura se ha centrado en el examen de los riesgos en el entorno, la preocupación actual se dirige a la identificación



de los factores que protegen o promueven la salud. La asistencia social proporcionada por gente y grupos significativos del entorno del individuo parece jugar un rol principal en la modificación de los efectos de los elementos perjudiciales del entorno.<sup>36-39</sup> Weiss propuso que las relaciones sociales proporcionan vinculación, integración social, oportunidades para la educación, reafirmación de mérito, alianza segura, y dirección.<sup>40</sup> La asistencia social puede ser proporcionada por los parientes o los no parientes. Henderson y colaboradores compararon las interacciones de un grupo primario de pacientes psiquiátricos externos que sufrían síntomas depresivos con un grupo control. Entre sus hallazgos incluían que los pacientes tenían pocos amigos pero no menos parientes que los controles, y que los pacientes percibían más frecuentemente una asistencia insuficiente por parte de sus parientes.<sup>41</sup> Un estudio longitudinal llevado a cabo por Barnard y Eyres de los factores que influyen en el desarrollo inicial de la familia encontró que las madres con alto cambio de vida y que tenían bajo activo psicosocial eran menos facilitadoras, más restrictivas y castigadoras, y menos adaptativas durante las interacciones de alimentación con sus hijos.<sup>42</sup> Henneborn y Cogan descubrieron que las mujeres cuyos maridos participaban durante todo el trabajo de parto recibían menos medicamentos y referían menos dolor que las mujeres cuyos esposos sólo estaban presentes durante los períodos iniciales del trabajo de parto.<sup>43</sup> Diamond informó que la asistencia social reforzaba la adaptación a la insuficiencia renal crónica y a la permanencia en diálisis.<sup>44</sup> En un sentido longitudinal de correlaciones de salud mental y física de hombres adultos, Vaillant descubrió que la buena salud estaba asociada a responsabilidades con la comunidad, matrimonio y paternidad estables, satisfactorios, y evidencia de amistades.<sup>45</sup> Estos estudios representan sólo una pequeña parte de los muchos informes existentes sobre el impacto de un entorno social que ayuda a la salud.

### *Interacción*

Las características del individuo y las características del entorno colaboran independientemente a la salud o la enfermedad. Además, es importante la interacción entre la persona y su entorno.

La matriz de la vulnerabilidad individual y el riesgo del entorno propuesto por Anthony es un marco de referencia útil para el examen de esa interacción. En esta matriz el riesgo se refiere a los estresantes potenciales en el entorno; y la vulnerabilidad, a las características del individuo (cuadro 15-2). Anthony empleó esta matriz para examinar los trastornos psiquiátricos entre los niños. Halló que los niños que eran muy vulnerables

CUADRO 15-2 RELACION DE RIESGO, VULNERABILIDAD, Y SUSCEPTIBILIDAD A LA ENFERMEDAD

VULNERABILIDAD	SUSCEPTIBILIDAD A LA ENFERMEDAD	
	<i>Entorno de riesgo alto</i>	<i>Entorno de riesgo bajo</i>
Alto	Alto	Moderado
Bajo	Moderado	Bajo

y que se encontraban en un entorno de alto riesgo eran los más inclinados a desarrollar problemas psiquiátricos. Al revés, los niños con vulnerabilidad baja y en un entorno de riesgo bajo eran los menos proclives a tener problemas. Algunos niños parecen ser relativamente inmunes a problemas a pesar del riesgo del entorno. Anthony consideró que esos niños eran relativamente invulnerables; sus características personales los ayudaban a enfrentar los estresantes del entorno. La importancia de examinar tanto el riesgo como la vulnerabilidad es para predecir no sólo qué individuos son propensos a desarrollar problemas de salud, sino también qué gente puede ser relativamente inmune a los problemas. Anthony sugirió que los niños altamente vulnerables desarrollan problemas incluso en entornos de riesgo bajo, mientras que los niños con vulnerabilidad baja parecen desarrollarse adecuadamente a pesar de condiciones pobres.<sup>46</sup>

Un ejemplo de interacción entre las características individuales y el microsistema del hogar se presenta en un estudio de accidentes infantiles que realizaron Eyres y sus colaboradoras. Los niños que habían desarrollado habilidades motoras toscas eran más propensos a tener accidentes repetidos que necesitaban atención médica que los niños con habilidades motoras normales o toscas retardadas. Sin embargo, cuando se examinaba también el estilo maternal de la madre, se presentaba una relación adicional con los accidentes. Entre los niños con habilidades motoras avanzadas (el grupo de más accidentes), aquellos cuyas madres eran restrictivas eran más propensos a tener accidentes repetidos que los niños con madres

CUADRO 15-3 RELACION DEL DESARROLLO MOTOR, LA RESTRICTIVIDAD DE LOS PADRES, Y LA PROBABILIDAD DE ACCIDENTES

DESARROLLO MOTOR	PROBABILIDAD DE ACCIDENTES	
	<i>Entorno restrictivo</i>	<i>Entorno no restrictivo</i>
Avanzado	Alto	Moderado
Promedio o retrasado	Moderado	Bajo

menos restrictivas (cuadro 15-3). Se sugirió que el estilo maternal no restrictivo permitiría al niño aprender a adaptarse al entorno peligroso.<sup>47</sup>

Nuckolls y sus colaboradoras estudiaron la relación entre acontecimientos estresantes de la vida, el activo psicosocial, y las complicaciones del embarazo. Ni las puntuaciones de cambio de vida ni las puntuaciones de activo psicosocial (la combinación de las características personales y la asistencia social) estaban relacionadas con las complicaciones del embarazo. Sin embargo, cuando se consideró la interacción de esas variables, 91% de las mujeres con alto cambio de vida y activo bajo tuvo una o más complicaciones, mientras que el 33% de las mujeres con igual cambio alto de vida pero con activo más alto no tuvo ninguna complicación. Este estudio ejemplifica el rol de invulnerabilidad relativa y un entorno social de apoyo en la modificación de los efectos de otros estresantes.<sup>48</sup>

Pueden ponerse muchos otros ejemplos de cómo el entorno puede alterar los resultados de salud de individuos vulnerables. El individuo asmático es menos susceptible al ataque respiratorio en un clima seco, con baja contaminación, y en una situación con pocos estresantes emocionales. El proporcionar una dieta especial protegerá a un recién nacido con fenilcetonuria del retraso mental. Es más probable que una muchacha sexualmente activa use contraceptivos y así protegerse de un embarazo prematuro si ve que sus compañeras los usan.<sup>49</sup> Una mujer embarazada con preeclampsia severa es menos propensa a tener una crisis epiléptica si su entorno inmediato está libre de luces brillantes, ruido, y otros estímulos excesivos.

### *Concordancia persona-entorno*

La salud es más que la presencia, ausencia, o combinación de las características particulares del individuo y el entorno. Al examinar la interacción persona-entorno, el concepto de concordancia debe ser considerado. French, Rodgers y Cobb definen la concordancia persona-entorno, que ellas llamaron *ajuste*, como el equilibrio entre las necesidades y los recursos del individuo y las demandas y los recursos del entorno. Esta noción implica que la concordancia es única para cada sistema persona-entorno y sugiere que la concordancia óptima puede ser promovida modificando las necesidades/demandas o los recursos tanto de la persona como del entorno. Esas autoras también ponen énfasis en la importancia de las dimensiones objetivas y subjetivas de la persona y del entorno. La persona objetiva (la que el individuo es en realidad) puede ser distinguida de la persona subjetiva (el concepto de sí misma). De igual modo, el entorno

subjetivo es lo que la persona percibe en contraste con el entorno objetivo o “real”. Por ello, la concordancia también implica congruencia entre percepciones y realidad.<sup>50</sup>

El trabajo de Brazelton sugiere que la concordancia entre el temperamento de un niño y el del que se ocupa de él puede ser un determinante de desarrollo sano. Por ejemplo, una madre puede ver a un niño “activo”, no cariñoso, con orgullo, viendo ese temperamento como señal de independencia sana, mientras que otra madre puede percibir las mismas características como indicadoras de la falta de amor del niño por la madre.<sup>51</sup>

El carácter de célula falciforme hallado en algunos afroamericanos se considera un defecto genético en Estados Unidos; pero en Africa, la misma característica genética es protectora contra el paludismo. En muchas comunidades, una muchacha que se casa antes de los veinte años se considera desviada. Clark, sin embargo, informó que en una comunidad de México-americanos era promovido el matrimonio temprano (entre los 16 y los 19 años).<sup>52</sup>

Por ello, las definiciones de salud y de comportamiento sano están influidas por la concordancia entre el individuo y el entorno particular en el que vive.

La concordancia persona-entorno es también dinámica. A medida que las personas interactúan con su entorno, aprenden nuevas ideas, valores, e información que aumentan sus recursos de defensa. De igual modo, los valores y los recursos personales se transmiten al entorno en tales interacciones modificando la demanda del entorno sobre los individuos. Esas interacciones promueven el cambio dinámico dentro de los individuos y el entorno. Tales procesos originan crecimiento y cambio y son esenciales para la supervivencia de los sistemas.<sup>53,54</sup>

## USO DE UNA PERSPECTIVA DE ENTORNO EN LA PRACTICA

Hasta ahora, hemos presentado una tipología para examinar los entornos y hemos discutido la interacción persona-entorno. ¿Cómo se puede usar esta perspectiva en la práctica de la enfermería?

### *Valoración*

Una perspectiva de entorno dirige la información que se recoge durante una valoración de enfermería. La valoración incluye no sólo al cliente (individuo, familia, grupo, o comunidad) sino también el entorno del cliente. La valoración incluye contestar las siguientes preguntas:

*¿Cuáles son los entornos que afectan al status de salud de este cliente?*

La identificación de los microsistemas, mesosistemas, exosistemas, y macrosistemas para el cliente produce información sobre los sistemas que afectan al cliente y la interacción entre los sistemas. Mientras que es normalmente fácil identificar los microsistemas del cliente (hogar, escuela, trabajo), lograr información sobre los sistemas más grandes del entorno puede ser más difícil. Sin embargo, como se ha señalado antes, esos otros sistemas ejercen un impacto directo o indirecto sobre la salud. Cuando se identifican los entornos, hay que considerar tanto las características animadas como las inanimadas.

*¿Qué elementos en cada entorno sirven de apoyo? ¿Cuáles no?* La pregunta de apoyo debe ser contestada en relación con su meta —esto es, “¿de apoyo para qué?” Si la enfermera tiene una cliente embarazada, por ejemplo, se valora la calidad del entorno en términos de elementos que sean de apoyo o no de apoyo del embarazo.

*¿Cuál es la naturaleza de la interacción entre el cliente y el entorno?*

De cara a examinar la interacción, hay que valorar la vulnerabilidad del cliente. ¿Cuáles son las necesidades de este cliente que pueden ser cubiertas por los recursos del entorno? ¿Qué tan abierto está el cliente a recibir recursos del entorno? ¿Qué demandas instala el entorno en el cliente? ¿Qué adecuados son los recursos del cliente para satisfacer esas demandas? ¿Qué congruentes son los entornos subjetivos y objetivos del cliente? Esas preguntas dirigen el concepto de la concordancia persona-entorno. Una pregunta útil en la valoración de la interacción padres-hijo es ¿están el padre y el niño bailando la misma melodía? La pregunta siguiente podría ser ¿el cliente y sus entornos están en sincronía?

**HERRAMIENTAS DE VALORACION** Las herramientas para ayudar en la valoración de los individuos y, en un grado menor, a las familias están más disponibles que las herramientas para valorar el entorno. Sin embargo, el inventario del hogar es un instrumento útil para valorar el entorno animado y el inanimado del hogar para lactantes y niños.<sup>55</sup> La Nursing Child Assessment Feeding Scale y la Nursing Child Assessment Teaching Scale son útiles para observar las interacciones padres-hijos.<sup>56,57</sup> Jennings ha publicado una guía para valorar el entorno del hogar del niño alérgico.<sup>58</sup> Holmes y Rahe y Sarason y sus colaboradores han desarrollado medidas de cambio de vida.<sup>59,60</sup> *The Family Appar* de Smilkstein y *Family, Work and Group Environment Scales* de Moos y sus colaboradoras son ejemplos de herramientas que proporcionan información acerca del microsistema del cliente.<sup>61,62</sup> Se han desarrollado muchos otros instrumentos para ayudar a la valoración de la asistencia social.<sup>63,64</sup>

### *Diagnóstico/análisis*

Los diagnósticos de enfermería que usan una perspectiva de entorno deberán centrarse en la concordancia cliente-entorno, el equilibrio de demandas y recursos entre el cliente y el entorno. La identificación de déficit y excedentes y su impacto sobre la habilidad del cliente para funcionar en la vida diaria y para desarrollarse en forma óptima constituye la base de los diagnósticos de enfermería. Todavía más, la valoración del entorno puede ayudar a identificar clientes con potencial para desarrollar problemas de salud relacionados con el cambio de vida, falta de asistencia social, y exposición a las toxinas del entorno.

### *Intervención*

La intervención puede ser dirigida hacia la modificación del cliente o la del entorno para mejorar la concordancia cliente-entorno. Puesto que la mayoría de las características del cliente han sido estudiadas, la manipulación del entorno es muchas veces la intervención más apropiada. Las intervenciones pueden tomar diversas formas. Las intervenciones psicoterapéuticas se centran a menudo sobre el aumento de la concordancia entre las percepciones del entorno del cliente y el entorno objetivo. La enfermera puede ayudar al cliente reduciendo las demandas del entorno. Por ejemplo, el entorno físico del hogar de un cliente anciano o inválido puede resultar menos exigente de cambios estructurales (*e.g.*, rampas, iluminación aumentada). Se sugirió que la salud se promueve reduciendo el cambio en el entorno. Los clientes que están sufriendo simultáneamente muchos cambios de vida deben ser animados a que minimicen el cambio adicional sobre el que tienen control. Por ejemplo, un individuo que recientemente ha sufrido la muerte de uno de sus padres, divorcio, y ha regresado a la escuela debe ser animado a que no se traslade inmediatamente a otro domicilio. En un estudio de Barnard se demostró cómo reduciendo el cambio en el entorno físico de un recién nacido prematuro al proporcionarle movimiento de balanceo y un sonido de latido cardíaco mejoraron el sueño y el crecimiento.<sup>65</sup>

La intervención puede ser dirigida también hacia el incremento de los recursos del entorno disponibles para el cliente. Como se vio antes, la movilización de la asistencia social se ha encontrado que mejora positivamente los resultados de salud en distintas situaciones.

Muchas intervenciones serán dirigidas hacia el entorno inmediato del cliente (microsistemas, mesosistemas). Las enfermedades también pue-

den participar en la modificación del exosistema y el macrosistema mediante la involucración activa en grupos con influencia en política social, legislación, y sistema político.

### *Evaluación*

Los efectos de las intervenciones puede ser evaluados observando los cambios en el entorno y el cliente. ¿Han aumentado la concordancia cliente-entorno? ¿Se ha convertido el entorno en más apoyador de la salud? ¿Los elementos del entorno que no apoyan han sido eliminados o minimizados?

## ESTUDIO DE CASO • UN EJEMPLO CLINICO

El siguiente estudio de caso ilustrará la aplicación de una perspectiva de entorno al cuidado de una muchacha con un problema de sobrepeso.

Sarah Horn, en noveno grado, se presentó en la oficina de la enfermera escolar quejándose de dolor de cabeza y pidiendo permiso para no acudir a su clase de gimnasia del mediodía. El registro de la salud escolar de Sarah indicaba que la muchacha tenía 13 años, medía 5 pies, y pesaba 135 libras. Había sido trasladada a esta escuela de distrito hacía 3 meses desde una ciudad cercana. El registro indicaba que no existían otros problemas de salud excepto de sobrepeso, pero la enfermera notó que Sarah tenía una historia de ausencias de la clase de gimnasia por varios males menores.

Después que la enfermera habló con Sarah, supo que Sarah se turbaba al asistir a la clase de gimnasia porque las demás muchachas le hacían bromas sobre su peso y apariencia. Sarah misma decía que se preocupaba por su peso pero que no veía cómo parar de comer. A toda su familia le gustaba comer, decía, y todos eran gordos. Cuando Sarah se puso a dieta, su madre se enojó con ella y dijo que, si no comía, se enfermaría.

Los datos que la enfermera recogió pueden ser organizados y analizados usando el marco descrito antes:

### Valoración

¿Cuáles son los entornos que afectan al problema de control de peso de esa muchacha? ¿Qué elementos son de apoyo en cada entorno? ¿Cuáles no son de apoyo? ¿De qué naturaleza es la interacción entre Sarah y sus entornos?

Todos los niveles del entorno (microsistema, mesosistema, exosistema, macrosistema) influyen en el problema de Sarah con el control de peso. Sarah se desenvuelve en dos ambientes primarios (microsistemas), su casa y la escuela. Su casa es adecuada para albergar a sus padres, tres hermanos mayores, y ella misma. Sus padres son de ascendencia alemana, y la comida ha formado parte siempre de cualquier reunión social o acontecimiento en su familia. La preparación y la comida del alimento simboliza también una forma de comunicación de afecto entre los miembros de la familia. El padre de Sarah trabaja en una fábrica y proporciona un ingreso familiar adecuado; su madre es una mujer de casa que está orgullosa de su modo de cocinar. La escuela secundaria básica de Sarah se localiza cerca de una línea de autobús a 10 cuadras de su casa. Pasó con calificaciones,

por encima del promedio en su escuela anterior y tenía un pequeño grupo de amigas íntimas, muchas de las cuales vivían en su barrio. Mientras que varias de sus compañeras actuales de clase viven cerca de Sarah, ella todavía no ha hecho amistad estrecha con ninguna de ellas. El lugar principal de actividad social en la escuela es el área de las máquinas vendedoras donde los estudiantes se reúnen entre clases y cuando termina la escuela. La escuela tiene diversas actividades extracurriculares, incluyendo una clase para estar en forma y un grupo de apoyo en nutrición. Sarah no se ha inscrito en ninguna de ellas.

Los miembros de esos dos microsistemas primarios de los que Sarah forma parte tienen poca interacción. Puesto que la familia es nueva en el área, la familia conoce a poca gente en el barrio o en la escuela de Sarah. Sarah no ha invitado a ninguna de sus amigas a su casa. Sarah está siendo influida por el exosistema y el macrosistema. Como jovencita, está siendo influida directamente por los medios masivos de comunicación y los anuncios. Los mensajes comunes relacionados con alimentos que recibe son los de los centros populares de actividad social de adolescentes alrededor de alimentos preparados, bebidas con gas, y dulces. Sarah vive en una sociedad que pone énfasis en la figura femenina delgada y atractiva. Sin embargo, la sociedad también promueve el comer como una actividad recreacional con mucho significado y valor social. El problema de sobrepeso está muy extendido en Estados Unidos.

#### Análisis

A partir de estos datos, la enfermera identificó fuerzas y vulnerabilidad en su cliente, Sarah, y estresores y recursos en el entorno de Sarah en interacción para promover sus problemas actuales con el control de peso. Las vulnerabilidades del cliente incluyen sobrepeso para la edad y altura; el período de transición metabólica y endocrina; autoestima baja y relacionada con el peso; prácticas nutricionales pobres; falta de ejercicio. Las fuerzas de Sarah incluyen inteligencia; preocupada por el problema de peso; sentido del humor; percepción de su problema; habilidades buenas de comunicación. Varios factores en el entorno de Sarah no apoyan sus esfuerzos para modificar su peso: acceso fácil a alimentos no nutritivos, con alto contenido calórico, en casa y en la escuela; la familia no percibe que el peso de Sarah sea un problema; falta de amigos que apoyen los cambios de nutrición y de ejercicio; el acceso fácil a la transportación en autobús hasta la escuela desalienta el ejercicio. El entorno de Sarah también contiene algunos recursos a la vista que pueden apoyar sus esfuerzos de modificación de peso: la casa está dentro de una distancia que puede ser recorrida a pie para ir a la escuela; disponibilidad en la escuela de una clase para estar en forma y de un grupo de apoyo en nutrición; la familia se preocupa por la salud de Sarah.

#### Intervención

La enfermera y Sarah eligieron tres estrategias para aprovechar los recursos en el entorno:

- 1 Una conversación entre la enfermera y la madre de Sarah en la que se discutió la preocupación de Sarah por su peso y en la que se proporcionó información sobre los problemas de salud asociados al exceso de peso durante la edad de 13 a 19 años
- 2 Inscripción en la clase para estar en forma y en el grupo de apoyo en nutrición en la escuela para proporcionar el mismo apoyo para los cambios de nutrición y ejercicio
- 3 Caminar diariamente de la casa a la escuela y de la escuela a la casa

#### Evaluación

Dos meses después, Sarah acudió con la enfermera para revisar su progreso sobre el control de peso. Había perdido 10 libras. Acudía a la clase de gimnasia regularmente,



y había comprobado que varias compañeras de clase se habían dado cuenta de su pérdida de peso y la felicitaban por ello. Le gustaban las clases para estar en forma y los grupos de apoyo en nutrición y había hecho varias amigas en las clases con las que comía a la hora del lunch y se ocupaba de actividad social. La madre de Sarah había acudido a una sesión de información para padres patrocinada por el grupo de apoyo en nutrición y estaba ahora intercambiando recetas de cocina con madres de las otras muchachas en el mismo grupo. Los demás miembros de la familia estaban también haciendo más ejercicio y bajando de peso. Sarah planeaba continuar trabajando con esos grupos y estaba a punto también de incorporarse al equipo de redacción del periódico de la escuela.

## REFERENCIAS

- 1 Florence Nightingale: *Notes on Nursing: What It Is and What It Is Not* (London: J.B. Lippincott, facsimile of 1859 edition, 1957).
- 2 Ruth Murray and Judith Zentner: *Nursing Concepts for Health Promotion* (Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice-Hall, 1979).
- 3 Nightingale, *op.cit.*, p.75.
- 4 *Ibid.*, p.6.
- 5 Gertrude Torres: "Flores Nightingale". In Nursing Theories Conference Group (eds.): *Nursing Theories: The Base for Professional Nursing Practice* (Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice-Hall, 1980).
- 6 Hildegard Peplau: *Interpersonal Relations in Nursing* (New York: G.P. Putnam's Sons, 1952).
- 7 Martha Rogers: *An Introduction to the Theoretical Basis for Nursing* (Philadelphia: F.A. Davis, 1970).
- 8 Joan Riehl and Callista Roy: *Conceptual Models for Nursing Practice* (New York: Appleton-Century-Crofts, 1980).
- 9 Urie Bronfenbrenner: "Toward an Experimental Ecology of Human Development". *American Psychologist*, 32:513-517, 1977.
- 10 Jay Belsky: "Child Maltreatment: An Ecological Integration". *American Psychologist*, 55:320-335, 1980.
- 11 Bronfenbrenner, *op.cit.*, p.514.
- 12 *Ibid.*, pp.513-531.
- 13 *Ibid.*
- 14 Belsky, *op.cit.*, pp.320-335.
- 15 Marion Rose and Marcia Killien: "Risk and Vulnerability: A Case for Differentiation". *Advances in Nursing Science*, 5, 4:60-73, 1983.
- 16 Heather F. Clark and Marie Driever: "Vulnerability: The Development of a Construct for Nursing". In Peggy Chinn (ed.): *Advances in Nursing Theory and Development* (Rockville, Maryland: Aspen Systems, 1983), pp.207-218.
- 17 Jon Aase: "Environmental Causes of Birth Defects". *Nursing Digest*, 4:12-14, 1976.
- 18 Janet Gelien and Pamela Heiple: "Aging". In Catherine Fogel and Nancy Woods (eds.): *Health Care of Women: A Nursing Perspective* (St. Louis: C.V. Mosby, 1981), pp.363-394.
- 19 Lydia Rapoport: "The State of Crisis: Some Theoretical Considerations". In Howard Parad (ed.): *Crisis Intervention: Selected Readings* (New York: Family Service Association of America, 1965), pp.22-31.
- 20 Rudolf Moos: "Conceptualizations of Human Environments". *American Psychologist*, 28:652-665, 1973.
- 21 Arnold Lieber and Carolyn Sherin: "Homicides and the Lunar Cycle: Toward a Theory of Lunar Influence on Human Emotional Disturbance". *American Journal of Psychiatry*, 129:69-74, 1972.

- 22 Moos, *op. cit.*, pp.652-665.
- 23 Belsky, *op. cit.*, pp.320-335.
- 24 *Ibid.*, pp.320-335.
- 25 John Cassel: "The Contribution of the Social Environment to Host Resistance". *American Journal of Epidemiology*, 101:107-123, 1976.
- 26 John W. Mason and Joseph V. Brady: "The Sensitivity of the Psychoendocrine Systems to Social and Physical Environment". In P. Herbert Liederman and David Shapiro (eds.): *Psychobiological Approaches to the Social Behavior* (Palo Alto, California, Stanford University Press, 1964), pp.4-23.
- 27 Joseph LaDou: "Health Effects of Shift Work". *Western Journal of Medicine*, 137, 12:525-530, 1982.
- 28 Sidney Cobb: "Social Support as a Moderator of Life Stress". *Psychosomatic Medicine*, 38:300-314, 1976.
- 29 Colleen Caulfield, Mildred Desbrow, and Maureen Smith: "Determining Indicators of Potential for Child Abuse and Neglect: Analytic Problems in Methodological Research". *Community Nursing Research*, 10:141-162, 1977.
- 30 Bertram Cohler, *et al.*: "Social Relations, Stress and Psychiatric Hospitalization Among Mothers of Young Children". *Social Psychiatry*, 9:7-12, 1974.
- 31 Elizabeth Hutchins: "Sociocultural and Other Factors Related to Premature Termination of Pregnancy". Unpublished doctoral dissertation (Seattle, Washington: University of Washington, 1978).
- 32 Berton Kaplan, John Cassel, and Susan Gore: "Social Support and Health". *Medical Care*, 15:47-58, 1977.
- 33 Thomas Holmes and Minoru Masuda: "Life Change and Illness Susceptibility". In John Paul Scott and Edward C. Senay (eds.): *Separation and Depression: Clinical and Research Aspects* (Washington, D.C.: American Association for the Advancement of Science, 1976), pp.161-186.
- 34 Cassel, *op. cit.*, pp.107-123.
- 35 Katherine Nuckolls, John Cassel, and Berton Kaplan: "Psychosocial Assets, Life Crisis and the Prognosis of Pregnancy", *American Journal of Epidemiology*, 25:431-441, 1972.
- 36 Moncrieff Cochran and Jane Brassard: "Child Development and Personal Social Networks". *Child Development*, 50:601-616, 1979.
- 37 Alfred Dean and Nan Lin: "The Stress-Buffering Role of Social Support". *Journal of Nervous and Mental Diseases*, 165:403-417, 1977.
- 38 Sarah Fuller and Sandra Larson: "Life Events, Emotional Support and Health of Older People". *Research in Nursing and Health*, 3:81-89, 1980.
- 39 Marc Pilisuk and Charles Froland: "Kinship, Social Networks, Social Support and Health". *Social Science and Medicine*, 12:273-280, 1978.
- 40 Robert Weiss: "The Provisions of Social Relationships". In Zick Rubin (ed.): *Doing Unto Others* (Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice-Hall, 1974), pp.17-26.
- 41 Scott Henderson, *et al.*: "The Patient's Primary Group". *British Journal of Psychiatry*, 132:74-86, 1976.
- 42 Kathryn Barnard and Sandra Eyres: *Child Health Assessment, Part II: The Results of the First Twelve Months of Life* (Seattle, Washington: University of Washington Press, 1977).
- 43 William Henneborn and Rosemary Cogan: "The Effects of Husband Participation on Reported Pain and Probability of Medication During Labor and Birth". *Journal of Psychosomatic Research*, 19:215-222, 1975.
- 44 Margaret Diamond: "Social Support and Adaptation to Chronic Illness: The Case of Maintenance Dialysis". *Research in Nursing and Health*, 2:101-108, 1979.
- 45 George E. Vaillant: *The Adaptation to Life* (Boston: Little, Brown, 1977).
- 46 E. James Anthony: "The Syndrome of the Psychologically Invulnerable Child". In

- E. James Anthony and Cyrille Koupernik (eds.): *The Child in His Family: Children at Psychiatric Risk* (New York: John Wiley & Sons, 1974), pp.3-10.
- 47 Sandra Eyres, Mary Hammond, and Kathryn Bernard: "Child and Environmental Correlates of Accidents in the First Three Years of Life". Paper Presented at WICHE Nursing Research Conference, Denver, Colorado, May, 1979.
- 48 Nuckolls, Cassel, and Kaplan, *op.cit.*, pp.431-441.
- 49 Stephen Jorgensen, Susan King, and Barbara Torrey: "Dyadic and Social Network Influence on Exposure to Pregnancy Risk". *Journal of Marriage and the Family*, 42:141-154, 1980.
- 50 John French, Willard Rodgers, and Sidney Cobb: "Adjustment as Person-Environment Fit". In George V. Coelho *et al.* (eds.): *Coping and Adaptation* (New York: Basic Books, 1974), pp.316-333.
- 51 T. Berry Brazelton: *Infants and Mothers* (New York: Delacourt Press, 1969).
- 52 Margaret Clark: *Health in the Mexican-American Culture* (Berkeley, California: University of California Press, 1970).
- 53 Richard Lerner: "Nature, Nurture and Dynamic Interactionism". *Human Development*, 21:1-20, 1978.
- 54 Klaus F. Riegel: "The Dialectics of Human Development". *American Psychologist*, 31:687-700, 1976.
- 55 Betty Caldwell and Robert Bradley: *Manual for the Home Observation for Measurement of the Environment* (Little Rock, Arkansas: University of Arkansas, 1978).
- 56 Kathryn Bernard: "Nursing Child Assessment Feeding Scales". *Nursing Child Assessment Satellite Training Project* (Seattle, Washington: University of Washington, 1978).
- 57 Kathryn Barnard: "Nursing Child Assessment Teaching Scales". *Nursing Child Assessment Satellite Training Project* (Seattle, Washington: University of Washington, 1978).
- 58 Charmaine Jennings: "Controlling the Home Environment and the Allergic Child". *Maternal Child Nursing*, 7, 11-12:376-381, 1982.
- 59 Thomas Holmes and Robert Rahe: "The Social Adjustment Rating Scale". *Journal of Psychosomatic Research*, 11:213-218, 1967.
- 60 Irwin Sarason, James Johnson, and Judith Siegel: "Assessing the Impact of Life Changes: Development of the Life Experiences Survey". *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 46:932-946, 1978.
- 61 Gabriel Smilkstein: "The Family APGAR: A Proposal for a Family Function Test and Its Use by Physicians". *Journal of Family Practice*, 6:1231-1239, 1978.
- 62 Rudolf Moos, Paul Insel, and Barrie Humphrey: *Family, Work and Group Environment Scales* (Palo Alto, California: Consulting Psychologist Press, 1974).
- 63 Patricia Brandt and Clarann Weinert: "The PRQ: A Social Support System". *Nursing Research*, 30:227-280, 1981.
- 64 Janet Norbeck, Ada Lindsay, and Virginia Carrieri: "The Development of an Instrument to Measure Social Support". *Nursing Research*, 30:264-269, 1981.
- 65 Kathryn Barnard: "The Effects of Stimulation on the Sleep Behavior of the Premature Infant". *Communicating Nursing Research*, 5:12-13, 1973.

## BIBLIOGRAFIA

- Abrahamson, Mark. *Urban Sociology*, ed.2. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice-Hall, 1980.
- Blakely, Edward J. *Community Development Research: Concepts, Issues and Strategies*. New York: Human Sciences Press, 1979.

- Booth, Alan and Cowell, John. "Crowding and Health". *Journal of Health and Social Behavior*, 17:204-220, 1976.
- Croog, Sydney; Lipson, Albert; and Levine, Sol. "Help Patterns in Severe Illness: The Roles of Kin Network, Non-Family Resources Institutions". *Journal of Marriage and the Family*, 34:32-41, 1972.
- Dever, G.E. Alan. *Community Health Analysis: A Holistic Approach*. Germantown, Maryland: Aspen Systems Corp., 1980.
- Gaines, Harold., ed. *Urban Society*, ed.2. Guilford, Connecticut: Dushkin Publishing Group, 1982.
- Golden, Hilda H. *Urbanization and Cities: Historical and Comparative Perspectives on Our Urbanizing World*. Lexington, Massachusetts: D.C. Heath and Co., 1981.
- Goldman, Rose H. and Peters, John M. "The Occupational Environmental Health History", *Journal of the American Medical Association*, 246:2831-2836, 1981.
- Hanchett, Effie. *Community Health Assessment: A Conceptual Tool Kit*. New York: John Wiley & Sons, 1979.
- Hawley, Amos H. *Urban Society: An Ecological Approach*, ed.2. New York: John Wiley & Sons, 1981.
- Lederman, Regina. "Relationships of Psychological Factors in Pregnancy to Progress in Labor". *Nursing Research*, 28:94-97, 1979.
- Michelson, William. *Man and His Urban Environment: A Sociological Approach*, ed.2. Reading, Massachusetts: Addison-Wesley, 1976.
- Palem, J. John. *The Urban World*, ed.2. New York: McGraw-Hill, 1981.
- Poplin, Dennis E. *Communities: A Survey of Theories and Methods of Research*, ed.2. New York: Macmillan, 1979.
- Taylor, Lee. *Urbanized Society*. Santa Monica, California: Goodyear Publishing Co., 1980.
- Walton, John and Carns, Donald E. *Cities in Change: Studies on the Urban Condition*, ed.2. Boston: Allyn and Bacon, 1977.
- Yarro, Marian. "Appraising Environment". In Richard Williams (ed.) *Processes of Aging: Social and Psychological Perspectives*, vol.I. New York: Atherton Press, 1963.

Se definen como esenciales para la práctica de la enfermería distributiva el concepto y los niveles de la prevención.

## CAPITULO DIECISEIS

# UN ENFOQUE PREVENTIVO PARA LA PRACTICA DE LA ENFERMERIA

CHARLENE C. OSSLER

Niego absoluta y rotundamente ser un alma,  
o un cuerpo, o una mente, o una inteligencia,  
o un cerebro, o un sistema nervioso,  
o un montón de glándulas,  
o cualquier otro trozo de mí.  
El todo es más grande que la parte.  
Y por eso, yo, que soy hombre vivo,  
soy más grande que mi alma,  
o espíritu, o cuerpo, o mente,  
o conciencia, o algo más  
que sólo es una parte de mí.  
Soy un hombre y estoy vivo.

D.H. Lawrence, *Women in Love*

La recuperación y la promoción de la salud es la meta de la práctica profesional de la enfermería. Desde los escritos de Nightingale hasta el Siglo XX, la enfermería se ha esforzado por alcanzar esa meta al considerar los *sistemas totales* de los individuos, familias, grupos, u organizaciones. Una implicación de este enfoque es que las enfermeras cuidan a

la gente donde quiera que ésta se encuentre en el *continuum* de salud-enfermedad. Las enfermeras usan estrategias de prevención para eliminar o reducir el riesgo del desarrollo de la enfermedad entre los que se sienten bien y para minimizar los efectos de la enfermedad entre los que se sienten mal. Este capítulo dirige el concepto de prevención, la necesidad de un cuidado preventivo de salud, y el rol de la enfermera en la prevención.

## DEFINICIONES DE SALUD

Las estrategias del cuidado preventivo de la salud se restringen o se expanden según las definiciones operacionalizadas de la practicante sobre salud y enfermedad. El empleo más antiguo de la palabra *salud* ocurrió hacia el año 1000 d.C., cuando transmitió el significado de sano, salvo, o íntegro. Durante siglos, el paradigma habitual era emplear la palabra para describir la salud o la integridad del cuerpo físico. Durante el Siglo XVI, la salud se amplió para incluir el bienestar espiritual o la salvación. A continuación, fue apareciendo la tradición de brindar a la salud de uno, y, en este sentido, la palabra *salud* representaba el bienestar total de un individuo. En los tiempos actuales, la salud se define habitualmente como un estado libre de enfermedad.<sup>1</sup>

Esta conceptualización de la salud describe a la salud y a la enfermedad como los dos extremos de un *continuum*. Cada extremo se define como la ausencia del otro. En este punto de vista, el cuidado de salud se centra en la patología o el estado de enfermedad, y un individuo es considerado sano una vez que se elimina o se controla su estado patológico. Esta definición de salud es fundamental para el modelo médico en el que el estado de salud se mide por los índices de mortalidad. Se ha pensado que las tasas variables de mortalidad reflejan cambios en todos los demás aspectos de la salud.

La Organización Mundial de la Salud añadió idealismo a la definición de salud en su Carta de las Naciones Unidas de 1947. El preámbulo de la constitución de la organización establece que la salud es “un estado de bienestar físico completo, mental, y social y no meramente ausencia de enfermedad o de padecimiento”.<sup>2</sup> Este punto de vista dio cualidades positivas al término de salud y amplió los factores que debían tenerse en cuenta al valorar la salud de alguien. Los criterios mensurables para determinar el estado de salud mediante esta definición no han sido desarrollados, sin embargo; y la definición, más que haber sido operacionalizada, se ha convertido en un ideal utópico.

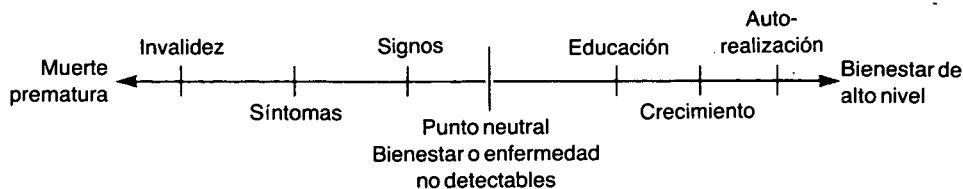


FIGURA 16-1

*Continuum de enfermedad/bienestar, usado con permiso. Copyright 1972, 1981 John W., Travis, M.D., Wellnes Associates, Box 5433, Mill Valley, CA 94942. De Regina S. Ryan y John W. Travis: Wellness Workbook, Berkeley, California: Ten Speed Press, 1981.*

Se han usado recientemente otras dos definiciones de salud. Dubos ve la salud como la habilidad del individuo para adaptarse al entorno.<sup>3</sup> La persona sana es capaz de acomodarse y ajustarse a los estresantes en el entorno. La persona no sana pierde este equilibrio al no poder adaptarse a los estímulos del entorno. La otra definición de salud usa una medida de función o capacidad para cumplir con los roles y las tareas sociales. La salud, así, es ese estado o condición que permite funcionar a los individuos en un nivel óptimo. Con esas dos definiciones, un individuo puede estar crónicamente enfermo y ser descrito, incluso, como sano. Ejemplo de esto sería un diabético, cuya diabetes está controlada mediante la dieta y la reposición de insulina, y que es capaz de adaptarse al estrés y desempeñar todas las actividades de la vida diaria.

Dunn acuñó en 1961 el término *bienestar de alto nivel*.<sup>4</sup> Redefinió la salud como un estadio en el que el individuo está vivo vitalmente en cuerpo, mente, y espíritu. El trabajo de Dunn ha constituido la base para ver la salud como la suma del bienestar en esas tres esferas interrelacionadas e interdependientes. La persona sana es aquella que optimiza la habilidad para funcionar y adaptarse en su entorno. Travis desarrolló un modelo (fig. 16-1) para explicar este concepto de salud como grados de calidad de estar bien.

El significado más ampliamente aceptado de salud es una síntesis de varias de esas definiciones. Los modelos conceptuales de enfermería usan función, adaptación, y calidad de bienestar biopsicosocial al definir la salud. Una definición más refinada se basa en la física moderna. Bohm propone que la salud es el resultado de la interacción armoniosa de las partes analizables que componen el sistema.<sup>5</sup> La salud se conceptualiza como un movimiento de flujo, dinámico y cinético. La persona sana es aquella cuyas partes interdependientes están en armonía. En consecuencia, salud y enfermedad no pueden describirse como estados estáticos de ser; uno fluye dentro del otro. Con esta definición de salud, la practicante

no debe centrarse en una entidad de enfermedad o una parte enferma. El cuidado de salud es dirigido a restaurar la unidad o la armonía de la persona total en interacción con su entorno, y va más allá del modelo médico tradicional.

## MODELO EPIDEMIOLOGICO DE ENFERMEDAD

La prevención puede ser vista como intentos para evitar o minimizar la pérdida de armonía y de dinamismo. El modelo actual epidemiológico propone que la salud es influida por la interacción del agente, el huésped, y el entorno (fig. 16-2). El agente, o el factor etiológico, puede ser exceso o deficiencia en nutrición, sustancias químicas, agentes físicos, o agentes infecciosos. El huésped, o el humano susceptible al agente, responde a los factores etiológicos. Esta respuesta está mediada por los factores del huésped tales como antecedentes genéticos, edad, sexo, etnicidad, estado fisiológico, comportamiento, y estado inmunológico. La respuesta del huésped también es afectada por el entorno (factores físicos, biológicos, y socioeconómicos).<sup>6</sup> La interacción de esos tres factores y sus características –la tríada epidemiológica– produce un estímulo que puede disminuir el nivel del individuo de la calidad de sentirse bien. El curso de la enfermedad sigue usualmente el patrón que se muestra en la figura 16-3.

Usando un agente infeccioso como ejemplo, se puede trazar el desa-

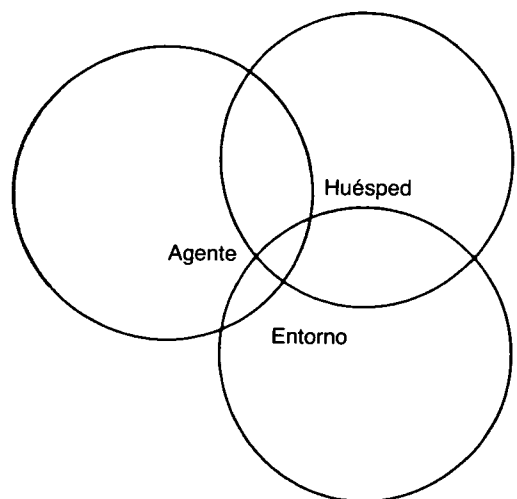


FIGURA 16-2  
*Tríada epidemiológica.*



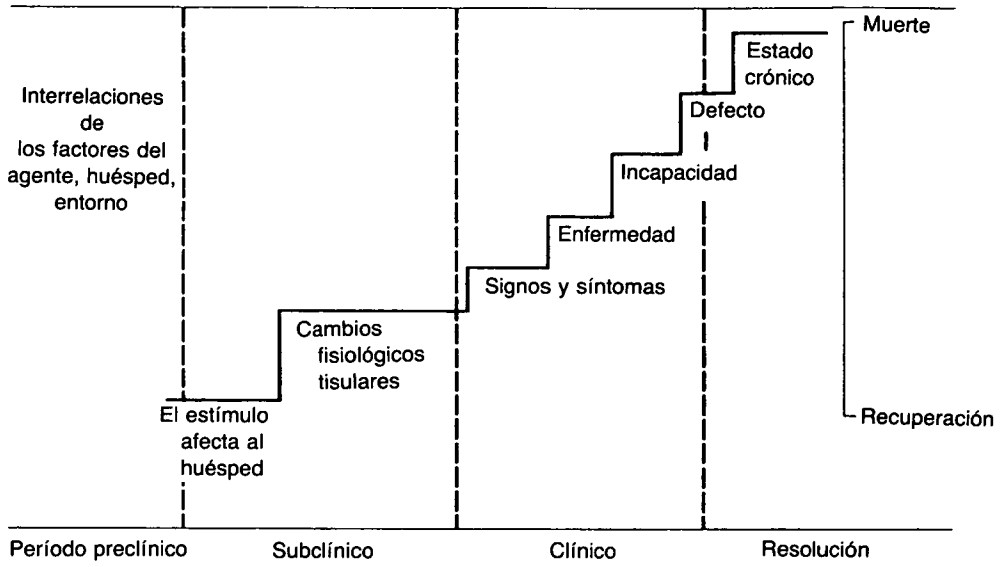


FIGURA 16-3

*Patrón de enfermedad.* (Modificado de Hugh Leavell y E. Gurnay Clark: *Preventive Medicine for the Doctor in His Community*. New York: McGraw-Hill, 1965. Con permiso.)

rollo de la infección estreptocócica en un estudiante universitario. La orofaringe humana es el reservorio de los estreptococos y se transmiten por el aire cuando la persona infectada tose, estornuda, o se suena la nariz. Entre las características importantes del agente se incluyen la virulencia, número de organismos, hidratación de los organismos, y capacidad de producir proteína M. Los factores del huésped son el estado general de salud fisiológica y mental del individuo, las prácticas personales de salud, y la susceptibilidad al organismo. Los factores importantes del entorno son el hacinamiento, la presencia de polvo, colchones y ropa de cama y vestuario contaminados, y la humedad. Preclínicamente, los estreptococos se desarrollan en un portador y son transmitidos por él. Subclínicamente, los organismos logran entrar en el huésped y estimulan la producción de anticuerpos. Se desarrolla un grado de infección de la enfermedad, que depende de la interacción entre agente, huésped, y entorno, y el estudiante tiene signos y síntomas de temperatura elevada y dolor de garganta. La resolución ocurre durante un intervalo variable de tiempo.

Este modelo epidemiológico puede usarse también para la enfermedad

CUADRO 16-1 NIVELES DE ACTIVIDAD PREVENTIVA SEGUN EL PATRON DE LA ENFERMEDAD

PERIODO PRECLINICO	PERIODO SUBCLINICO	PERIODO CLINICO	PERIODO DE RESOLUCION	
<i>Promoción de la salud</i>	<i>Protección específica</i>	<i>Diagnóstico temprano y tratamiento</i>	<i>Limitación de la incapacidad</i>	<i>Rehabilitación</i>
Educación de salud Nutrición Desarrollo y asistencia psicosocial Habitación adecuada, recreación, trabajo Relaciones interpersonales Consejo Educación sexual Genética Exámenes periódicos, selectivos	Inmunizaciones Hábitos personales de salud Sanidad del entorno Protección contra los riesgos Cinturones de seguridad Evitar los alérgenos	Búsqueda de casos Exámenes de cribaje Intervención en el momento más temprano de la enfermedad	Tratamiento adecuado para detener la enfermedad y prevenir secuelas y complicaciones ulteriores	Reentrenamiento Aparatos auxiliares Rehabilitación vocacional Terapia ocupacional
<i>Prevención primaria</i>	<i>Prevención secundaria</i>	<i>Prevención terciaria</i>		

Adaptado de Hugh Leavel y E. Gurnay Clark: *Preventive Medicine for the Doctor in His Community*. (New York: McGraw-Hill, 1965).

inducida por agentes no infecciosos. La aparición de enfermedad cardíaca coronaria está relacionada con varios factores etiológicos. La dieta, específicamente el alto consumo de colesterol, grasas saturadas, y las calorías, han sido implicados como factores principales. Los factores del huésped que tienen importancia incluyen edad, sexo, peso corporal, genética, presión sanguínea, historia de tabaquismo, nivel de actividad, y patrones de comportamiento. El entorno puede colaborar con los factores de contaminación, hacinamiento, tensión, y socioeconómicos. Preclínicamente, se desarrollan actitudes y normas acerca de la dieta así como también una educación en la nutrición y la disponibilidad de nutrientes. Subclínicamente, el huésped presenta cifras ligeramente elevadas de lípidos en suero y en ocasiones aumento en la lectura de la presión sanguínea. Aunque todavía no se presentan síntomas, las coronarias ya están imperceptiblemente estrechadas. Clínicamente, el individuo sufre los efectos evidentes de la enfermedad cardíaca coronaria: angina, desvanecimiento, insuficiencia respiratoria, y fatiga. La resolución ocurre con la muerte prematura o la adaptación a la enfermedad crónica.

## NIVELES DE PREVENCIÓN

Leavell y Clark propusieron un modelo de los niveles de actividad preventiva que pueden sobreponerse al patrón de enfermedad como se señala en el cuadro 16-1.<sup>7</sup> Las intervenciones pueden tener lugar en cualquier momento del desarrollo de la enfermedad. Las intervenciones más tempranas se clasifican como *prevención primaria*. Las estrategias a este nivel se centran en alterar los factores del agente, del huésped, o del entorno antes de la pérdida de la salud o el inicio de la enfermedad. En el cuadro 16-1 se relacionan nueve intervenciones de promoción de salud. En general, esos esfuerzos ponen énfasis en disminuir la potencia del agente, aumentar la resistencia del huésped, o cambiar los factores del entorno que favorezcan una interacción adversa agente-huésped. La mayoría de esas intervenciones han sido desarrolladas para conjuntos de población o comunidades enteras. Se puede proporcionar protección específica mediante inmunizaciones, sanidad ambiental, o el uso de equipos protectores personales en un lugar peligroso de trabajo. Las metas de la prevención primaria son aumentar el nivel de la calidad de estar bien y minimizar o eliminar el riesgo de la pérdida de la salud.

Si la prevención primaria falta o es ineficaz, algunos miembros de una población interactúan con estímulos productores de enfermedad. Esos individuos sufrirán cambios subclínicos que los conducirán a enfermedad aguda o crónica. El propósito de la *prevención secundaria* es identificar a esos individuos cuanto antes e intervenir eficazmente con el proceso de la enfermedad para minimizar los efectos adversos y controlar las complicaciones. Esta intervención pronta se asocia usualmente a una duración más corta de la enfermedad. La meta del que proporciona cuidado de salud es minimizar el número de días de invalidez y la necesidad de cuidado agudo o de internación.

El tercer nivel de prevención, la *prevención terciaria*, ocurre cuando el curso de la enfermedad se mueve hacia la resolución. La meta de la prevención terciaria es minimizar la pérdida de función y devolver individuos recuperados a la sociedad en un nivel óptimo de calidad de sentirse bien.

El sistema americano del cuidado de salud está de tal modo estructurado que las actividades de prevención primaria ocurren predominantemente en los escenarios comunitarios donde la gente sana vive, trabaja, y estudia. La prevención secundaria ocurre en escenarios de cuidado ambulatorio y cuidado agudo una vez que el individuo ha entrado al sistema del cuidado de salud. La prevención terciaria se encuentra en los hospitales, medios especializados de enfermería, establecimientos de

rehabilitación, instalaciones colectivas, tales como talleres cubiertos. Estados Unidos ha invertido una gran parte, 90%, de su presupuesto del cuidado de salud en la atención secundaria y terciaria. Esto tuvo resultados efectivos, si se miden a través de la morbilidad y la mortalidad, cuando las causas principales de enfermedad eran los agentes infecciosos y las condiciones socioeconómicas pobres. A lo largo de las dos décadas pasadas, sin embargo, el incremento dramático del 700% en el gasto en el cuidado de salud no ha producido una mejoría proporcional en el *status* de la salud de los norteamericanos.

## INVESTIGACION DE LOS FACTORES DE RIESGO

En 1967, Forbes sugirió que ni el aumento ni la disminución en los gastos sobre el cuidado de salud podrían alterar las expectativas de vida.<sup>8</sup> El Surgeon General's Report de 1979, *Healthy People*, afirma que las causas principales de invalidez y de muerte (enfermedad cardiovascular, cáncer, apoplejía, y accidentes) son multicausales, y la prevención primaria será la más efectiva en reducir la morbilidad y mortalidad prematuras de esos factores.<sup>9</sup> Esta afirmación se basa en la amplia investigación sobre los factores de riesgo asociados al desarrollo de la enfermedad. Belloc y Breolow ampliaron esta investigación al analizar la relación de numerosas variables con el estado físico de salud.<sup>10</sup> Las variables valoradas fueron hábitos seleccionados de salud: patrones de sueño; hábitos de comida, bebida, y tabaquismo; vida familiar, empleo, y actividades recreativas; y nutrición. Los datos fueron obtenidos de 6,928 residentes adultos de Alameda County, California, en 1965. Se asociaron significativamente con altos niveles de calidad de sentirse bien y mayor duración de vida siete hábitos de salud:

- 1 Tres comidas diarias a horarios regulares y nada de tacos o tortas
- 2 Desayuno diario
- 3 Ejercicio moderado dos a tres veces por semana (e.g., paseos largos, montar en bicicleta, natación, jardinería)
- 4 Siete a ocho horas de sueño durante la noche
- 5 No fumar
- 6 Peso moderado
- 7 Nada de alcohol o uso moderado de él

Un hombre de 45 años de edad que practique de uno a tres de esos hábitos tiene una esperanza de vida de 21.6 años; puede esperar morir

hasta los 67 años. Otro de edad similar que practica regularmente 6 ó 7 de esos hábitos puede contar con 33.1 años más, o una duración de vida de 78 años. Esta ganancia en la esperanza de vida es notable cuando se considera que el incremento en la esperanza de vida de los hombres blancos americanos aumentó sólo 3 años entre 1900 y 1960. El estado físico de salud de los que informaron que seguían cada una de las 7 prácticas de salud era muy parecido al de hombres 30 años más jóvenes que practicaban pocas o ninguna de esas prácticas.

Esos hallazgos han sido apoyados empíricamente con un experimento natural que compara las experiencias de salud de la gente que residía en los estados aledaños a Utah y Nevada. Fuchs hace notar que esas poblaciones, aunque tienen aproximadamente iguales condiciones socioeconómicas y los mismos niveles de cuidado médico, sin embargo sus niveles de salud difieren enormemente.<sup>11</sup> Los residentes de Utah se hallan entre los individuos más sanos de Estados Unidos, mientras que los que viven en Nevada se encuentran en el extremo opuesto del espectro. Fuchs concluye que la explicación a esas grandes diferencias radica en los diferentes estilos de vida de los ciudadanos de ambos estados. Utah es un gran centro mormón, y la mayoría de las creencias y prácticas de sus residentes están de acuerdo con un estilo de vida sana. En Nevada, sin embargo, el uso de cigarrillos y de alcohol, así como otros hábitos de

CUADRO 16-2 POTENCIAL DE PREVENCIÓN PARA LAS CINCO CAUSAS PRINCIPALES DE MUERTE. (Calculado al comparar las tasas de mortalidad de 1973 en Estados Unidos con las tasas cercanas a las más bajas (mín) y las más altas (máx) entre los países industrializados.)

CAUSAS	NUMERO DE MUERTES	PORCIENTO DE MORTALIDAD TOTAL	POTENCIAL DE PREVENCIÓN	
			Mín	Máx
Principales enfermedades cardiovasculares- renales	1,012,341	51%	39%	77%
Neoplasias malignas	351,055	18%	25%	77%
Accidentes-vehículos de motor y otros	115,821	6%	38%	39%
Enfermedades del aparato respiratorio	92,267	5%	17%	38%
Diabetes mellitus	38,208	2%	63%	74%

Adaptado de Gio B. Gori y Brian J. Richter: "Macroeconomics of Disease Prevention in the United States." *Science*, 200:1124-1130, 1978.

salud, son muy diferentes. Parecería, por ello, que el más grande potencial para mejorar la salud del pueblo americano hay que buscarlo en las actividades de la prevención primaria.

Gori y Richter aplicaron el modelo económico de largo plazo de Wharton para predecir el efecto de los cambios de población resultantes de la prevención de la enfermedad.<sup>12</sup> Confirmaron que las mejoras en la esperanza de vida se había estabilizado a partir de 1950, mientras que los gastos por enfermedades habían aumentado en 314% (valor del dólar en 1967). Las tasas más altas y más bajas de mortalidad debidas a las cinco causas principales fueron comparadas internacionalmente para calcular un potencial de prevención (cuadro 16-2). Gori y Richter predijeron que la esperanza de vida podría aumentarse de 5 a 12% si se eliminaba la mínima parte prevenible de esas cinco causas principales de muerte. Concluyeron que la calidad y la extensión de la vida podían ser ampliadas mediante la prevención, pero que el costo del cuidado de la enfermedad se elevaría a medida que la gente viviera más y se enfermara por otras enfermedades.

## ROLES DE LAS ENFERMERAS EN LA PREVENCIÓN

Las enfermeras están activamente comprometidas en cada uno de los tres niveles de la prevención. Sin embargo, la prevención primaria adquiere una importancia especial en la práctica de la enfermería distributiva en la cual el propósito principal es ayudar a los sistemas humanos a desarrollar modos de vida sana para prevenir la enfermedad y la invalidez. Muchas enfermeras que emplean la prevención primaria han confiado en el primer trabajo de Leavell y Clark sobre salud pública, y en el trabajo de Caplan sobre salud mental, aplicando los conceptos identificados por ellos a la práctica de la enfermería distributiva.<sup>13,14</sup>

Las estrategias de prevención pueden ser dirigidas sobre el sistema del individuo, de la familia, del grupo, de la organización, o de la comunidad. La educación de la salud es la herramienta principal usada al nivel de la prevención primaria como lo es el proceso de consulta.<sup>15,16</sup> Ayudar a los clientes a practicar modos de vida sana es una parte integral de la práctica de la enfermería distributiva (véase capítulo 18: *Un enfoque de estilo de vida para la práctica de la enfermería*). Además, las enfermeras están empezando a cooperar en la prevención primaria al influir en las decisiones de política social. Milio proporciona razones fundamentales y estrategias para tales acciones en su libro *Promoting Health Through Public Policy*.<sup>17</sup> Es importante igualmente en la práctica de la enfermería

poner énfasis en el descubrimiento temprano del caso y en la prevención de secuelas posteriores en todo cliente enfermo. En los capítulos siguientes se analizan estrategias específicas de prevención para poblaciones seleccionadas.

## REFERENCIAS

- 1 Michael L. Dolfman: "The Concept of Health: A Historic and Analytic Examination". *Journal of School Health*, 18:491-497, 1973.
- 2 World Health Organization: *Chronical of WHO*, 1:1-2, 1947.
- 3 Rene Dubos: *Man Adapting* (New Haven, Connecticut: Yale University Press, 1965).
- 4 Halbert L. Dunn: *High Level Wellness* (Arlington, Virginia.: R.W. Beatty, 1961).
- 5 David Bohm: *Wholeness and the Implicate Order* (London: Routledge and Kegan Paul, 1980).
- 6 Abraham Lilienfeld and David Lilienfeld: *Foundations of Epidemiology*, ed.2. (New York: Oxford University Press, 1980).
- 7 Hugh Leavell and E. Gurnay Clark: *Preventive Medicine For the Doctor in His Community* (New York: McGraw-Hill, 1965).
- 8 William H. Forbes: "Longevity and Medical Costs". *New England Journal of Medicine*, 277:71, 1967.
- 9 U.S. Department of Health, Education, and Welfare: *Healthy People* (Washington, D.C.: U.S. Government Printing Office, 1979).
- 10 Nedra B. Belloc and Lester Breslow: "Relationship of Physical Health Status and Health Practices". *Preventive Medicine*, 1:409-421, 1972.
- 11 Victor Fuchs: *Who Shall Live* (New York: Basic Books, 1974).
- 12 Gio B. Gori and Brian J. Richter: "Macroeconomics of Disease Prevention in the United States". *Science*, 200:1124-1130, 1978.
- 13 Leavell and Clark, *op.cit.*
- 14 Gerald Caplan: *Principles of Preventive Psychiatry* (New York: Basic Books, 1964).
- 15 Sally Rankin and Karen Duffy: *Patient Education: Issues, Principles, and Guidelines* (Philadelphia; J.B. Lippincott, 1983).
- 16 Helen M. Dylag: Chapter 38: The Consultation Matrix in Community Mental Health (in this text).
- 17 Nancy Milio: *Promoting Health Through Public Policy* (Philadelphia: F.A. Davis, 1981).

En este capítulo se presenta un modelo para la intervención de grupo usando métodos epidemiológicos y estadísticos como herramientas básicas.

## CAPITULO DIECISIETE

# UN ENFOQUE EPIDEMIOLOGICO PARA LA PRACTICA DE LA ENFERMERIA DISTRIBUTIVA

CAROL C. HOGUE

La enfermería distributiva es un ejemplo esclarecedor de las ventajas de la enfermería y de los servicios de salud en general. Hasta ahora, el foco de la enseñanza y la práctica en enfermería, y otro tanto en la medicina, ha sido el individuo. Las habilidades necesarias para el cuidado de grupo o de poblaciones han tenido poca atención, pero la práctica de la enfermería distributiva abarca todos los niveles del cuidado de salud para individuos y grupos en una gran variedad de escenarios. Mientras que varias disciplinas pueden hacer contribuciones importantes para el cuidado de la salud de grupos, mostraremos en este capítulo cómo la epidemiología se emplea para planificar, implementar, y evaluar el cuidado de salud para poblaciones identificadas.

## EPIDEMIOLOGIA: DEFINICION Y DESARROLLO

La epidemiología, literalmente el estudio (*logos*) de lo que se encuentra alrededor (*epi*) de la gente (*demos*), ha superado las barreras que le



habían impuesto la naturaleza de su práctica inicial. Actualmente, la epidemiología puede ser definida como el estudio de la ocurrencia, la distribución, los determinantes, y las consecuencias de los estados de salud y enfermedad en grupos de población. Puesto que los sistemas de cuidado de salud son factores ambientales que pueden afectar la salud, el estudio de los programas de cuidado de salud cae dentro de la incumbencia de los epidemiólogos. La epidemiología se refiere al conocimiento generado por los estudios epidemiológicos y también a las estrategias y tácticas usadas para desarrollar ese conocimiento.

Susser ha señalado que “las epidemias existían mucho antes de que se inventara la teoría de los gérmenes para explicarlas y lo mismo sucede con los epidemiólogos”.<sup>1</sup> Aunque el comienzo de la epidemiología puede ser rastreado hasta Hipócrates con su preocupación por el entorno y el comportamiento humano, la epidemiología moderna nació a finales del siglo XIX, cuando las enfermedades epidémicas e infecciosas eran generales. En las regiones desarrolladas, como Estados Unidos y Canadá, el éxito en el tratamiento de las enfermedades infecciosas fue seguido primero por la atención a los desórdenes nutricionales, como la pelagra, y después por la preocupación por las enfermedades crónicas y degenerativas, como el cáncer y las enfermedades cardiovasculares, y por condiciones tales como el alcoholismo y los accidentes. En años recientes, han surgido demandas por la promoción de la salud total, y los epidemiólogos han ampliado su foco para incluir los estados de salud así como la enfermedad.

En sus comienzos, la teoría de los gérmenes y el concepto de inmunidad se relacionaban con las dramáticas declinaciones en muchas enfermedades infecciosas. El concepto celular de la enfermedad, que ponía énfasis en los cambios intracelulares como aspectos principales de enfermedad, contribuyó mucho al progreso de la biología. Otro concepto temprano que continuó siendo popular hasta después de la Segunda Guerra Mundial era el punto de vista mecanicista del cuerpo como una máquina en la que la enfermedad se consideraba una parte defectuosa. El triángulo *epidemiológico tradicional*, que veía la enfermedad como una lucha entre las entidades en interacción –huésped, agente, y entorno–, surge de la comprensión de la teoría de los gérmenes, y no fue desafiada seriamente por el concepto celular o el punto de vista mecanicista del hombre.

Los practicantes de todas clases están limitados por el estado del conocimiento en el momento de su práctica. Recientemente ha surgido un reconocimiento cada vez mayor de que las teorías y los métodos del control de la enfermedad que habían tenido éxito en las primeras décadas

de este siglo no eran las adecuadas para lograr el cuidado de salud actual. La idea de que, en presencia de un factor *a* del huésped y un factor *b* del entorno, el agente *c* siempre causará una enfermedad *y*, fue útil durante los primeros tiempos de nuestra industrialización pero ahora se considera que es totalmente simplista. El sustituir simplemente los supuestos “agentes” de los modernos flagelos de la enfermedad cardíaca y del cáncer por los “agentes” de la enfermedad infecciosa de ayer, no nos ha ayudado a entender cómo prevenir o tratar los problemas actuales de la enfermedad. Los conceptos de sistemas y de causación múltiple han ayudado a los epidemiólogos contemporáneos a buscar teorías más amplias como bases para describir los estados de salud y para entender las circunstancias que contribuyen a determinados estados de salud.

Los últimos desarrollos en epidemiología han incluido un mayor reconocimiento de las correlaciones de comportamiento de los estados de salud. Se han propuesto modelos teóricos, que intentan explicar las relaciones entre los acontecimientos sociales en el entorno y los consiguientes estados de salud en grupos de individuos, y han surgido de las teorías algunas pruebas empíricas. Por ejemplo, algunos epidemiólogos han postulado que, en presencia de acontecimientos estresantes de la vida, las personas con un activo fuerte psicosocial son menos propensas a tener problemas de salud que aquellas sin tal apoyo. Nuckolls y sus colaboradoras, que estudiaron los resultados del embarazo en jóvenes primigrávidas después de medir los acontecimientos vitales estresantes y el activo psicosocial, encontraron que el 91% de las mujeres con un promedio elevado en el cambio de vida pero con bajo promedio activo tenían una o más complicaciones, mientras que sólo el 33% de las mujeres con igual promedio de cambio de vida pero con un promedio alto de activo tenía complicaciones.<sup>2</sup> En otro estudio, Hogue midió los recursos de defensa, los acontecimientos estresantes de la vida en la edad madura, y el *status* funcional de 416 hombres y mujeres en edad madura. Dos años después, se midió otra vez el *status* funcional. Entre la gente que refirió sucesos estresantes de la vida, 42% de los que tenían altos recursos de defensa habían mejorado el *status* funcional, 26% de los que tenían un término medio de recursos de defensa lo habían mejorado, y el 17% de los que tenían bajos recursos de defensa eran mejores en términos de *status* funcional.<sup>3</sup> Aunque tales estudios no *demuestran* que los apoyos psicosociales sean protectores en presencia de estrés, aumentan las pruebas acumuladas en esta área. Estos estudios son ejemplo de la dirección que están tomando los estudios epidemiológicos actuales, y que han sobrepasado las barreras de la primera epidemiología.

## METODOS EPIDEMIOLOGICOS PARA LA PRACTICA DE LA ENFERMERIA DISTRIBUTIVA

Los epidemiólogos esencialmente *describen* grupos de gente con respecto a su salud, o tratan de *explicar* patrones de salud o de enfermedad. Las fronteras entre esos dos tipos de actividades son flexibles; a veces los informes descriptivos proporcionan indicios para factores causales, y a menudo los estudios epidemiológicos analíticos facilitan información descriptiva de valor para los que proporcionan servicios de salud. En ocasiones se escucha la frase, “la epidemiología de \_\_\_\_\_”, donde “\_\_\_\_\_” puede ser una enfermedad, o cualquier otra cosa como una institución o un programa. En el primer caso, cuando se habla de la “epidemiología de la distrofia muscular”, casi siempre nos referimos, aunque no siempre, a los estudios clínicos que describen el curso de la distrofia muscular.\* En el segundo caso, la “epidemiología de la educación de la salud”, el tema podrían ser los factores asociados al éxito o fracaso en un programa dado de educación de salud. Mientras que cualquier clínico puede describir sus observaciones de pacientes con una enfermedad determinada, o puede informar de factores relacionados con los resultados de los programas, si esos estudios no se ajustan a los principios epidemiológicos establecidos, no podrán llamarse estudios epidemiológicos. Este capítulo se centrará en los *métodos básicos* de los epidemiólogos –*comparación* de los aspectos específicos de la salud de los grupos de personas. Esto se hará pensando en una aplicación especial –la enfermería distributiva.

Es necesario conocer a fondo algunos términos básicos antes de poner en práctica los métodos epidemiológicos en la enfermería distributiva. Las mediciones epidemiológicas se expresan como frecuencias, tasas, razones, incidencia, prevalencia, riesgo relativo, riesgo atribuible. El valor de estas mediciones depende de su comparación con las mediciones apropiadas de otros grupos. Los epidemiólogos, cuando se enfrentan a una tarea, es posible que pregunten, “¿comparada con qué?” Los métodos de comparación pueden describirse como transversales, de control de caso, o longitudinales. Aunque la mayoría de esos términos no son lenguaje exclusivo de los epidemiólogos, unos pocos tienen significado específico para los epidemiólogos, y todos se describen en los textos de epidemiología.<sup>4</sup>

\* Otra manera más apropiada para describir la “epidemiología de” una enfermedad dada es relacionar lo que se sabe acerca de la distribución diferencial de la enfermedad, información que se obtiene a partir del estudio sistemático de la gente en sus posiciones vitales naturales.

¿Cómo puede ser útil la epidemiología para la practicante de la enfermería distributiva? Pueden usarse las estrategias y las tácticas de la epidemiología para planificar, implementar, y evaluar el cuidado de salud de grupos. En lo que queda de capítulo se describen esos métodos.

En el prefacio de este libro se exponen los principios por los que las enfermeras deben proporcionar sus servicios a grupos, y no a individuos. En otro lugar se ha descrito igualmente este modo de práctica para las enfermeras. Anderson y Gottschalk, en su artículo “Community Nurse Practitioner: Evolving and Emerging”, escribían:

En vez de “proporcionar un servicio” en el sentido tradicional, la CNP involucra a la gente a determinar qué servicio podría ser el apropiado. Entonces puede estar involucrada en servicios de “cuidado”, pero su experiencia está en las áreas de trabajo con grupos comunitarios y el uso de habilidades estadísticas para valorar y evaluar las necesidades y programas de la comunidad.<sup>5</sup>

Lo que queda del capítulo adopta la noción de grupos como sistemas blanco y deberá ser leído pensando en una población identificada. La población identificada pueden ser residentes de un área geográfica particular o miembros de un grupo (cohorte) que tengan algo más en común, como edad (recién nacidos, niños, ancianos); roles sociales (padres, trabajadores), etcétera. Aun cuando puede haber varios caminos que la enfermera y los clientes recorran juntos, se supone cuando menos la existencia de un grupo con necesidades de cuidado de salud y una enfermera con competencia e interés para dirigir esas necesidades. Aunque independientes, la práctica complementaria profesional es preferible a una función independiente, aislada, ambas desde un punto de partida del profesional y del cliente; la disponibilidad limitada de profesionales competentes en algunas áreas geográficas puede exigir un compromiso más amplio. Pero ya sea que la red del cuidado de salud se extienda o en cambio sea reducida, el modelo de intervención de grupo que sigue considera que la enfermería es parte de ese sistema o red.

## EL MODELO DE INTERVENCION DE GRUPO

La estrategia del diagnóstico de la comunidad, iniciado por McGavran y desarrollado ampliamente por Kark, Cassel, y Freeman, es la base para la intervención de grupo.<sup>69</sup> El *diagnóstico de la comunidad* apunta a tratar la comunidad como el paciente. McGavran hizo un llamado vehemente para la aplicación de la ciencia a la práctica de la salud pública. Aunque no empleó el lenguaje de sistemas, empleó un enfoque de sistemas a la comunidad cuando dijo: “Nuestro paciente (la comunidad) es más que

un mero agregado de individuos, igual que el individuo es más que un agregado de células o segmentos.”<sup>5</sup> Otros, especialmente Cassel, se han basado en el enunciado de McGavran de maneras que son útiles a las practicantes comprometidas con el cuidado de salud de grupos. Puesto que la estrategia propuesta incluye algo más que diagnóstico, usaremos la adaptación del diagnóstico de la comunidad desarrollado por Cassel y Kark como un diseño o modelo para la intervención de grupo.

Cuatro son las preguntas que hay que contestar de cara a usar efectivamente el modelo de intervención de grupo:

- 1 ¿Cuál es la salud del grupo al que se sirve?
- 2 ¿Qué factores parecen estar asociados a ese estado de salud?
- 3 ¿Qué puede hacerse por él?
- 4 ¿Qué tan bien se está actuando?

Estas preguntas son sencillas de hacer, difíciles de contestar. El conocimiento generado por los estudios epidemiológicos y las tácticas epidemiológicas para describir a los grupos son esenciales para responder las preguntas. Puesto que las tácticas requeridas para generar respuestas exigen alguna elaboración, esas preguntas se analizan cada una por separado.

### *¿Cuál es la salud del grupo al que se sirve?*

Los viejos modos de medir la salud fueron en gran manera mediciones de muerte: tasas de mortalidad y variaciones, como tasas de mortalidad infantil, tasas de mortalidad ajustadas a la edad, razones de casos-mortalidad, etcétera. Estas mediciones son menos útiles en los países desarrollados ahora que la mortalidad ha descendido y cada vez se presta más atención a las lesiones y a la enfermedad, o a la morbilidad, y a la salud positiva o el bienestar. Desgraciadamente la medición de salud es muy compleja, y los científicos no han podido ponerse de acuerdo en cómo debe hacerse. Mientras continúan las discusiones y los debates acerca de los índices amplios del estado de salud, nos contentaremos con seleccionar *indicadores*, rastreadores, o marcadores de salud.<sup>11</sup> La elección de indicadores dependerá de las características sociodemográficas del grupo y de lo que puede hacerse. Por ello, el primer paso es describir ampliamente al grupo. Algunas de las variaciones más significativas (aspectos o características) son edad, sexo, raza o grupo étnico, religión, educación, ocupación, ingresos, estado civil, alojamiento, transportación, *status* del empleo, cambio de vida, y así por el estilo. El conocimiento de esas variables

sociodemográficas sugerirá cuáles son los indicadores apropiados de salud. Por ejemplo, si el grupo son los estudiantes de las escuelas secundarias en una ciudad determinada, las ausencias escolares, los promedios sobre encuestas de opinión de la salud de los adolescentes (de último año), las tasas de tabaquismo, de bebida, y de drogadicción pueden ser todas apropiadas. Por otro lado, si el grupo comprende recién nacidos y niños preescolares en un período dado de censo, ninguna de esas mediciones serán útiles.

Además de las ideas de la enfermera acerca de cuáles indicadores son los apropiados, debe incluirse el punto de vista de los clientes si el cuidado de salud va a ofrecerse de modos que sean culturalmente aceptables. Weidman y Egeland hablan acerca de un “pluriverso de culturas de salud”, y enfoques a “sistemas de cuidados de salud competitivos” al discutir la posibilidad de desajuste en los estilos de vida de los clientes y de los profesionales del cuidado de salud.<sup>12</sup> Cassel señala que la “importancia de obtener una perspectiva de comunidad aumenta con la desproporción en aumento entre la cultura del profesional y la de los miembros de la comunidad...”<sup>13</sup> Mientras se espera conocer las ideas de los miembros de la comunidad sobre problemas de salud, puede valer la pena preguntar “¿cuáles son, desde su punto de vista, los problemas más serios (para su familia, sus vecinos, la ciudad, la compañía, la escuela, etc.)?”, más que preguntar sobre los problemas más serios de *salud*, puesto que los marcos de referencia acerca de lo que es la salud pueden variar enormemente.

La lista siguiente sugiere algunos de los indicadores de la salud del grupo que podrían elegirse. No es una lista completa, ni las categorías se excluyen unas a otras; como decíamos antes, las mediciones elegidas dependerán de las características del grupo y de lo que se puede hacer.

- 1 *Nivel de funcionamiento social*, que incluirá factores tales como asistencia al trabajo, asistencia a la escuela, habilidad para el trabajo en casa, y la razón de dependencia. La razón de dependencia puede ser expresada como *población menor de 18 años más población mayor de 65 años*  
*población entre los 18 y los 65 años*
- 2 *Síntomas y padecimientos*, como los reportados a las dependencias de salud de la escuela o del trabajo, motivos para la ausencia escolar o laboral, tasas de accidentes
- 3 *Incapacidades e impedimentos*, incluyendo la proporción de niños con incapacidades de aprendizaje y los que necesitan sillas de ruedas u otra ayuda para caminar, el porcentaje con impedimento visual o auditivo, y los días de actividad restringida o incapacidad en cama

- 4 *Correlaciones biológicas de enfermedad, o factores de riesgo*, tales como presión sanguínea, colesterol, etcétera
- 5 *Categorías de enfermedad*, por ejemplo, número de casos de enfermedades agudas tales como tuberculosis, sífilis, gonorrea, y sarampión; enfermedad cardíaca, cáncer, y apoplejía; enfermedad mental; enfermedad periodontal
- 6 *Mortalidad*, por causas específicas como accidente cerebrovascular, ahogamiento, o por causas más generales como enfermedades agudas y crónicas; tasas de mortalidad materna, infantil, neonatal
- 7 *Mediciones del crecimiento de población y de la presión de población*, como tasas de nacimiento, de fertilidad, de defunción, esperanza de vida, tasas de abuso de drogas y de alcohol, tasas de delincuencia juvenil y de crimen por adultos, tasas de divorcio, proporción de los que viven en un nivel de pobreza, proporción de los que viven en hogares por debajo de los estándares, tasas de empleo
- 8 *Mediciones de crecimiento y del estado nutricional*, tales como talla y peso de niños y adultos, anemia por deficiencia de hierro
- 9 *Medidas de utilización del cuidado de salud*, como el cuidado prenatal, inmunización de recién nacidos y de niños, ingresos hospitalarios, etcétera

Lo que pueda hacerse para recabar información acerca de la salud del grupo será otro determinante de los indicadores seleccionados. Si no hay modo de realizar una encuesta para determinar las limitaciones de actividad regular, no habrá una buena medida que pueda seleccionarse. Las técnicas de encuestación (la recogida sistemática de información a partir de un grupo mediante entrevista o cuestionario) o incluso el examen directo de los parámetros clínicos requieren más espacio que el que permite la extensión de este capítulo, pero ambas cosas están ampliamente tratadas en otro trabajo.<sup>14</sup> La observación directa del comportamiento de individuos y grupos es otra manera de conocer la salud de los grupos. Sin embargo, la ventaja ganada a partir de impresiones holísticas es neutralizada por problemas de análisis de datos y sesgos del observador, de tal modo que este método no puede contar como el único método de recogida de datos para planificar el cuidado de salud. O bien la practicante recoge la información primaria (normalmente en colaboración con personas que se han formado en las técnicas necesarias y también que se han interesado en los resultados de la valoración), o, lo que es más habitual, usa la información ya registrada para otros propósitos. Un poco de ingenuidad puede llevar a la mina de oro de los datos locales útiles. Sigue a

continuación una lista parcial de las categorías más generales de las fuentes secundarias de información.\*

- 1 Estadísticas vitales. Los acontecimientos vitales federales, del estado, y del condado incluyen nacimientos y adopciones, defunciones (incluyendo las muertes fetales), casamientos, divorcios, separaciones legales, y anulaciones. A veces esos datos pueden servir como el grupo de comparación para la población en estudio. A veces la información sobre la población puede ser recogida de los registros vitales. Por ejemplo, la información acerca de anomalías congénitas o lesiones de nacimiento, el nivel educacional de los padres, el cuidado prenatal, y la historia obstétrica están disponibles a partir del certificado estándar de nacimiento de Estados Unidos. Deben examinarse los registros para ver de qué información se dispone.
- 2 National Health Survey. La utilidad primaria, y reconocidamente limitada, de esos datos a partir de muestras nacionales cuidadosamente sacadas es para comparación. Esperamos que pronto estén a disposición datos similares y probablemente más relevantes de los estados y regionales dentro de los estados. La National Health Survey incluye la Health Interview Survey, la Health Examination Survey, la Health and Nutrition Examination Survey, el National Family Growth Study, y la Ambulatory Medical Care Survey, todos los cuales son publicados por el National Center for Health Statistics. Pueden obtenerse copias sueltas libres de cargo. Se puede obtener el catálogo de las publicaciones del Center de la Health Resources Administration, Rockville, Maryland 20852. En Mausner y Bahn puede encontrarse una discusión de cada una de las encuestas.<sup>15</sup>
- 3 Registros de enfermedades y otros registros de las enfermedades que deben ser comunicadas. Mas de 40 enfermedades infecciosas deben ser comunicadas en todos los estados de Estados Unidos, y los departamentos estatales o locales de salud o los centros médicos llevan registros adicionales para enfermedades de principal importancia para la salud pública (cáncer, fiebre reumática, enfermedad mental, anomalías congénitas).

\* *The U.S. Factbook*, iniciado por Ben J. Wattenberg, que se publica cada año, tiene más de 1,000 páginas de datos, incluyendo el *Statistical Abstract of the United States*. Aunque pone énfasis sobre los datos nacionales, muchos de sus cuadros muestran datos para estados y regiones, y algunos cuadros están hechos para áreas metropolitanas y ciudades. El *Factbook* también ofrece una guía para los resúmenes estadísticos por estado; muchos de esos resúmenes presentan datos condado por condado.



- 4 Registros de instalaciones de cuidado de salud. Pueden ser de alguna ayuda, para describir la salud en un grupo, los hospitales, los programas de seguros de norma de grupo pagados con anticipación, los médicos privados, y las enfermeras practicantes. Una limitación importante de los datos de los hospitales es que usualmente muestran un cuadro sesgado de la enfermedad en una comunidad, con escasa representación de los padecimientos menores o crónicos que se tratan en otros lugares.
- 5 Registros de las agencias que no están al cuidado de la salud. Las escuelas y las industrias pueden proporcionar información de interés acerca de grupos específicos que podrían estar bien representados por esas agencias.

El *screening* (cribaje), o identificación presuntiva de una enfermedad no reconocida o de factores de riesgo, es un tópico de incumbencia apropiada al considerar la salud de los grupos. El *screening* es un método controvertible y, sin embargo, con ramificaciones teóricas importantes para tenerlo en cuenta además de otros asuntos técnicos. Varias fuentes son útiles en la toma de decisiones acerca de dirigir o usar los resultados de las investigaciones de *screening* como prueba del estado de salud de los grupos.<sup>16</sup>

Se puede caer en la trampa si se aceptan demasiado rápidamente los datos que acabamos de señalar. Hay que considerar la *confiabilidad* (reproductibilidad) y la *validez* (exactitud) de los datos, así como otras fuentes “no sistemáticas” de error o variación. Al desarrollar tasas, siempre hay que tener en cuenta si se usaron numeradores propios (personas con la enfermedad o la característica) y si el denominador (la población total de la que forma parte el numerador) fue el adecuado. Los textos normales de estándares epidemiológicos mencionados antes le familiarizarán con los asuntos que se relacionan con la variación de medición.<sup>17</sup>

Como se señalaba antes, la comparación es un método básico de epidemiología. Cuando el grupo en estudio varía en algún modo importante de su grupo de comparación (*e.g.*, en la distribución de edad, sexo, raza, o *status* socioeconómico) puede ser necesario el *ajuste o la estandarización* de las tasas. Una tasa ajustada o estandarizada es una tasa sumaria artificial construida para permitir la comparación clara entre grupos a pesar de su diferencia en alguna característica demográfica.

Para terminar, la evaluación del estado de salud de un grupo no es algo que sólo se haga una vez. La evaluación progresiva (la vigilancia continua epidemiológica) es esencial.

*¿Qué factores parecen estar asociados a ese estado de salud?*

Mientras que cada vez ha sido más claro en las últimas décadas de que casi no hay “causas” únicas absolutas de enfermedad o de salud, en especial en los países desarrollados, y de que poseemos relativamente poco conocimiento acerca de la etiología o el tratamiento de alguno de los más serios problemas de salud, todavía necesitamos aprovechar inteligentemente la mejor información de que disponemos. Y es aquí donde la investigación de los epidemiólogos, enfermeras e investigadores en otras disciplinas puede señalar el camino. Los hallazgos anteriores deberían sugerir qué factores o variables habrá que tener en cuenta, y la lectura crítica de la literatura de investigación, sin perder de vista las asociaciones entre una enfermedad específica o los estados de salud y demás variables, nos darán pistas tanto para valorar el grupo como para planificar la intervención preventiva o terapéutica.

Una mirada a los datos de que disponemos para el grupo en consideración nos ayudará a identificar los subgrupos o segmentos de mayor riesgo para un problema dado de salud y sugerirán algo que se pueda hacer para mejorar las salud de esos subgrupos.

Como se indicaba antes, las practicantes están siempre limitadas por el conocimiento de que se dispone en ese momento. Cuando, gracias a la investigación, se dispone de un tratamiento valioso o de la prevención de un problema de salud, hay problemas complejos que a veces pueden desmenuzarse en piezas manejables. El descubrimiento de la relación entre las altas concentraciones de oxígeno y la fibroplasia retrolental en recién nacidos prematuros durante la década de 1951-1960 es un ejemplo de cómo las observaciones clínicas condujeron a la investigación sistemática que llevó a un cambio dramático en el cuidado de rutina y los resultados de salud del recién nacido. Estar al tanto de los hallazgos de investigación ayudará a la enfermera a conocer qué observaciones hacer, qué asociaciones interpretar como importantes. Y, para cerrar el círculo, las observaciones podrán conducirnos hasta las avenidas de la investigación que son tan importantes potencialmente como el descubrimiento de la etiología de la fibroplasia retrolental. Cuanto más sistemáticas sean las observaciones, más probabilidades hay de que sean útiles.

Se usan ciertas “reglas de prueba” en epidemiología y en otras disciplinas comprometidas en la encuestación o la investigación observacional para evaluar las asociaciones.<sup>18</sup> Además de contestar las preguntas planteadas por las reglas de prueba, deben ser evitados los peligros y problemas habituales en la recogida de datos. Ya se han incluido en el análisis anterior de la pregunta 1 aspectos relacionados con la confiabilidad y la

validez y la necesidad en algunas situaciones para el ajuste o la estandarización de las tasas. La necesidad de tener denominadores apropiados, también mencionada allí, se aplica igualmente a esta fase del modelo de intervención de grupo.

Anticipándonos al próximo paso en la intervención de grupo, deberán examinarse los factores que parecen estar asociados a condiciones dadas de salud/enfermedad. ¿Cuáles de esos factores están sujetos a cambio? La distribución diferencial de edad, sexo, raza, y demás factores genéticos puede apuntar a los subgrupos de alto riesgo para una condición u otra; esperamos que habrá otros factores sujetos a cambios que sugerirán la intervención.

### *¿Qué puede hacerse por él?*

La información ganada al plantear las dos primeras preguntas proporcionará algunos indicadores de la salud del grupo blanco, conocimiento de los subgrupos que parecerían estar en riesgo más alto, y sugerencias acerca de qué acción se necesita poner en marcha para mejorar la salud del grupo.

El conocimiento de lo que ya se ha hecho es un prerrequisito para planificar la intervención. Deberán determinarse cuáles son los servicios de salud que ya existen y cuán accesibles son en términos de distancia, costo, tiempo y aceptación por parte de los miembros del grupo, como también deberán determinarse cuáles son los patrones reales de uso. Los medios para recabar estos datos son similares a los enfoques sugeridos anteriormente.

La determinación de prioridades es un paso importante convertido en necesario por los recursos limitados. Cómo se establezcan las prioridades puede depender de la naturaleza del sistema proveedor, de la totalidad de la comunidad, y de los clientes en un sistema blanco particular, y reflejarían los valores de todos los grupos. Wesson discute “necesidad frente a demanda”, y describe la necesidad como “los déficit demostrables en salud que son potencialmente objeto de mejoría”, y la demanda como “utilización real de los servicios de salud (u otra prueba clara de comportamiento de un deseo por recibir servicios)”.<sup>19</sup> Los datos de ambos tipos estarán disponibles para la toma de decisiones si se tienen en cuenta todos los grupos mencionados. El proceso nominal de grupo –una táctica no amenazante de retroalimentación que ha sido usada para elicitar la entrada de la gente en varios grupos diferentes a fin de planificar la salud– es una manera útil de señalar prioridades.<sup>20</sup> Los estudios epidemio-

lógicos y otros han puesto en claro que la mayoría de las intervenciones que actualmente se necesitan para prevenir o tratar la enfermedad o mantener la salud exigen esfuerzos de comportamiento de parte de los clientes; no puede ponerse énfasis de manera excesiva sobre la importancia de comprometer a los clientes en la puesta a punto o en las prioridades.

Los administradores de salud y quienes están interesados principalmente en la planificación del cuidado de salud han aplicado métodos sofisticados, incluyendo la simulación por computadora, el modelo matemático, y la investigación de operaciones, a los problemas de los servicios de salud. Todas esas tecnologías tienen capacidad de aumentar la velocidad, la precisión y el campo de la planificación para la salud de los grupos,

CUADRO 17-1 MEJORA DE LA SALUD A TRAVES DE LOS TRES NIVELES DE INTERVENCION

PROBLEMA DE SALUD	CUIDADO PERSONAL	MEDIDAS (EDUCACIONALES) DE GRUPO	MEDIDAS EN EL ENTORNO
Lesión por accidente automovilístico	Ejercicios físicos Tratamiento de la osteoporosis Primeros auxilios Sistemas y tratamiento de Respuesta de emergencia	Conducir con prudencia Reducir el uso del automóvil asociado con drogas, alcohol, cansancio Reducción del uso del automóvil social Reducción de la velocidad	Calles más seguras, autopistas, coches
Caries dental	Cuidado dental	Cepillado de dientes, uso del hilo dental Dieta prudente	Fluoridación del agua Reducción de la producción y la publicidad de carbohidratos refinados
Ansiedad, tensión en las escuelas de la primera infancia	Construcción de la autoestima mediante el asesoramiento hijos y padres	Reuniones escolares de orientación para padres, niños, maestros, ayudantes de maestros	Diseñar entornos físicos y humanos que promuevan el respeto por los individuos y el reforzamiento de las relaciones de apoyo

pero, a pesar de la sofisticación de esos métodos, todavía requieren como entrada la clase de información desarrollada por nuestras cuatro preguntas básicas de intervención.

Los niveles de intervención deberían planificarse y, dentro de lo posible, coordinarse. La intervención puede abarcar el cuidado de la salud *personal*, las medidas de *grupo* tendientes a influir en la salud, o las medidas del control del *entorno*. Para cualquier problema dado, pueden requerirse los tres niveles de intervención. El cuadro 17-1 delinea enfoques a los tres problemas de salud, sugiriendo ejemplos de intervención en los tres niveles para cada uno. El cuadro debe ser leído más por su presentación de los niveles de intervención que por las tácticas específicas para esos problemas. Igualmente, no todas las intervenciones apropiadas del cuidado de salud se dirigen a un problema. Por ejemplo, la investigación en animales y humanos ha sugerido que la desorganización social y otros procesos que conducen a la falta de apoyo social se asocian a muchas enfermedades. Hay un cuerpo creciente de pruebas de que el aumentar la calidad del apoyo social para la gente de todas las edades podría servir como medida general de elasticidad en salud o enfermedad. Hogue ha subrayado un modelo de salud basado en esta experiencia.<sup>21</sup> Los estudios controlados de la eficacia de la intervención de enfermería centrados en el apoyo social en presencia de acontecimientos estresantes de la vida se hallan en una etapa muy temprana, pero parecen promisorios.

Comentaremos brevemente aquí el desempeño actual de las intervenciones. Primero, es *apropiado* que la enfermera practique con una población identificada sin que tenga que proporcionarle necesariamente ningún servicio de salud personal. Algunas practicantes pueden elegir una combinación de niveles de intervención. Los métodos epidemiológicos son fundamentales para la intervención de grupo, y los hallazgos de los estudios epidemiológicos y otros son importantes para las practicantes con miras hacia los individuos tanto como hacia los grupos. Otras estrategias y tácticas más allá del campo de la epidemiología se necesitan con seguridad: cómo conseguir un cambio en los controles del entorno, cómo motivar a los clientes al cambio en el comportamiento, y cómo hacer valoraciones de salud mediante el examen físico, son unos cuantos ejemplos.

### *¿Qué tan bien se está actuando?*

Aunque parezca que las cuatro preguntas fundamentales en el modelo de intervención de grupo son fáciles de hacer y difíciles de contestar, esta pregunta nos hace pensar especialmente en el comienzo muchas

veces citado de un trabajo que discute la evaluación de los programas de salud mental: “Cualquier tonto puede hacer una pregunta; el arte es hacer una que pueda ser contestada”.\*

La pregunta “¿qué tan bien se está llevando la intervención de grupo?” deberían plantearla un economista con un conjunto de criterios en mente, un administrador de cuidado de salud con un conjunto algo diferente de criterios, y un epidemiólogo con todavía un tercer conjunto de criterios. Los epidemiólogos están interesados fundamentalmente en los resultados de salud. ¿Qué diferencia significa el servicio en la salud del grupo? Las expectativas de los economistas, administradores de salud, y demás deberán ser dirigidas, y pueden ser dirigidas, con enfoques similares al que más adelante se menciona, y que es un enfoque epidemiológico porque dirige la meta del resultado de salud más que las metas relacionadas con la economía o la eficiencia.

La discusión de la evaluación del cuidado de salud no es nueva, pero ha aumentado desde la publicación del artículo clásico de Donabedian en 1966.<sup>22</sup> Donabedian presentó una tipología de la valoración del cuidado médico que incluía estructura, proceso y resultado. La *estructura* describe los “escenarios en los que tiene lugar el cuidado médico y los medios de los que se origina”. Incluye personal, instalaciones, equipo, sistemas y registros de información, y financiamiento. El *proceso* se refiere a qué *hacen* los proveedores, y puede incluir cualquier cosa desde la valoración inicial hasta la intervención y la evaluación. El *resultado* se refiere a los efectos del cuidado de salud sobre los pacientes. Muchos escritores han sugerido unidades de resultado. Starfield recomienda describir el resultado en una o más de estas categorías: longevidad, actividad, confort, satisfacción, enfermedad, logro, y elasticidad.<sup>23</sup> Surgen problemas en el uso de cada uno de esos tipos de evaluación, incluso en las medidas del resultado, las que, como afirma Donabedian, “son las confirmaciones definitivas de la efectividad y la calidad del cuidado médico”.<sup>24</sup> Las limitaciones de cada tipo de medida se discuten tanto por Donabedian como por Starfield.

\* Paul V. Lemkau y B. Pasamanick: “Problemas in Evaluation of Mental Health Programs”. *American Journal of Orthopsychiatry*, 27:55, 1957.

R. John C. Pearson fue más allá que Lemkau y Pasamanick cuando escribió: “Cualquier tonto puede hacer una pregunta que puede ser contestada; el arte es hacer una que merezca la pena y cuya respuesta pueda ayudar a realizar alguna función social útil.” De “The Mechanics of Developing an Evaluation of a Health Care Program”. In David L. Sackett y Marjorie S. Baskin (eds.): *Methods of Health Care Evaluation* (Hamilton, Ontario: McMaster University, 1973).

La investigación sobre el proceso de cuidado de salud es muy necesaria para ayudar a entender las relaciones entre la estructura proveedora y el resultado de la función y del cliente, pero, mientras llegaran esos estudios, deben evaluarse los servicios con el conocimiento de que disponemos. Bloch ha propuesto un modelo de evaluación que incluye tanto al proceso como al resultado, y Cassel habla de resultado de salud, de los cambios requeridos para lograr ese resultado, y, siempre que sea posible, la averiguación de si el resultado de salud se relacionaba realmente con los cambios.<sup>25,26</sup>

Proponemos un diseño que usa todos los pasos del modelo de la intervención de grupo y que tiene en cuenta el resultado de salud, con pasos intermedios que pueden ser tanto estructurales como proceso. Usaremos como ejemplo algunas de las experiencias del Lubbock City Health Department.<sup>27</sup>

Revisemos qué es lo que el modelo de intervención de grupo nos ha dirigido a hacer hasta ahora:

- 1 Describir la salud del grupo.
- 2 Identificar las correlaciones de salud, tanto las que sugieren subgrupos de alto riesgo como las que señalan qué cambios podrían mejorar la salud.
- 3 Planear lo que se puede hacer, incluyendo el conjunto de prioridades.

Para el cuarto paso, tomaremos una meta de alta prioridad y nos moveremos a través del paso de la evaluación con esa meta. Para averiguar lo que se necesita para el cuarto paso, o para contestar nuestra cuarta pregunta, “¿qué tan bien se está actuando?”, son necesarios los siguientes planteamientos:

Meta final

Objetivos(s) medible(s)

Actividades necesarias

Resultados mínimos esperados para determinar el éxito o el fracaso

En Lubbock, Texas, después de la valoración apropiada de la población identificada y de la consideración de las correlaciones de algunos problemas de salud, el equipo proveedor, con entrada y apoyo por parte de los ciudadanos, decidió qué debía hacerse y estableció prioridades. Definió objetivos tanto de corto plazo (1 año) como de largo plazo (5 años), las actividades necesarias, y los resultados mínimos esperados para

cada período de tiempo. El siguiente plan general enlista parte de lo que hicieron:

- 1 Meta final: mejorar la salud de los residentes de seis barrios con bajo *status* socioeconómico mediante la “eliminación de la prevalencia excesiva de enfermedades y otros problemas de salud”.
- 2 Objetivos medibles (resultados) con los efectos mínimos esperados (sólo se señalan aquí dos):
  - a) Reducir la tasa de fertilidad del barrio tres de 166.8 (por 1,000 habitantes) a 103.
  - b) Reducir la tasa de sífilis en el barrio cuatro de 201.3 (por 100,000 habitantes) a 11.
- 3 Actividades necesarias:
  - a) Un impreso de Registro Casero de Acción para usarlo como documento.
  - b) Medios masivos de comunicación para informar e influir.
  - c) Medios de comunicación de grupo vecinal.
  - d) Comunicación de persona a persona.

Dos de los objetivos de corto plazo (proceso) que estableció el equipo de Lubbock fueron

- 1 Aumentar al 10% el número de mujeres que practicaran la planificación familiar.
- 2 Aumentar al 25% la proporción de personas que recibieran diagnóstico y tratamiento médico adecuado de la sífilis.

Waldrop y sus colaboradores detallan la intervención de grupo de Lubbock, incluyendo sus resultados a 3 años.<sup>28</sup>

Un aspecto importante del modelo de la intervención de grupo es un sistema de mantenimiento de registro lógico y válido. El sistema de registro debería formar parte de las actividades de rutina de la práctica. El sistema de recolección de datos debería provenir del reconocimiento de los asuntos principales que confrontan la práctica y los tipos de información necesarios para manejar esos asuntos. Sólo después de que esas consideraciones se hayan sopesado cuidadosamente se tomarán decisiones respecto de los datos específicos necesarios y los métodos requeridos que den confiabilidad y validez y que permitan su recuperación oportuna.<sup>29</sup>



## REFERENCIAS

- 1 Mervyn Susser: *Causal Thinking in the Health Sciences* (New York: Oxford University Press, 1973), pp.3-4.
- 2 Katherine B. Nuckolls, John C. Cassel, and Berton H. Kaplan: "Psychosocial Assets, Life Crises and the Prognoses of Pregnancy". *American Journal of Epidemiology*, 95:431-441, 1972.
- 3 Carol C. Hogue: "Coping Resources, Stress, and Health Changes in Middle Age". Unpublished doctoral dissertation. (Chapel Hill, North Carolina: University of North Carolina, 1974).
- 4 See Brian MacMahon and Thomas F. Pugh: *Epidemiology: Principles and Methods* (Boston: Little, Brown 1970). See also Judith S. Mauser and Anita K. Bahn: *Epidemiology: An Introductory Text* (Philadelphia: W.B. Saunders, 1974); and Gary D. Friedman: *Primer of Epidemiology* (New York: McGraw-Hill, 1974).
- 5 Elizabeth T. Anderson and Janet Gottschalk: "Community Nurse Practitioner: Envolving and Emerging". Paper presented at the American Public Health Association meeting, New Orleans, Louisiana, 1974.
- 6 Edward G. McGavran: "Scientific Diagnosis and Treatment of the Community as a Patient". *Journal of American Medical Association*, 162:723-727, 1956.
- 7 Sidney L. Kark: *Epidemiology and Community Medicine* (New York: Appleton-Century-Crofts, 1974).
- 8 John C. Cassel: "Community Diagnosis". In Abdel R. Omran (ed.): *Community Medicine in Developing Countries* (New York: Springer, 1974), pp.345-362.
- 9 Ruth B. Freeman: *Community Health Nursing Practice* (Philadelphia: W.B. Saunders, 1970).
- 10 McGavran, *op.cit.*, p.724.
- 11 Monroe Lerner: "Conceptualization of Health and Social Well-Being". *Health Services Research*, 8:6-12, 1973. Donald L. Patrick, James W. Bush, and Milton M. Chen: "Methods for Measuring Levels of Well-Being for a Health Status Index". *Health Science Research*, 8:228-245, 1973.
- 12 Hazel H. Weidman and Janice A. Egeland: "A Behavioral Science Perspective in the Comparative Approach to the Delivery of Health Care". *Social Science and Medicine*, 845-860, 1973.
- 13 Cassel, *op.cit.*, p.437.
- 14 J.H. Abramson: *Survey Methods in Community Medicine* (Edinburgh: Churchill Livingstone, 1974).
- 15 Mausner and Bahn, *op.cit.*, pp.176-179.
- 16 See Maureen Henderson and Roger Sherwin: "Screening-A Privilege Not a Right". *Preventive Medicine*, 3:160-164, 1972. See also A.L. Cochrane and W.W. Hollands: "Validation of Screening Procedures". *British Medical Bulletin*, 27:3-8, 1971; and David M. Kessner: "Screening High-risk Populations: A Challenge to Primary Medical Care". *Journal of Community Health*, 1:216-225, 1976.
- 17 MacMahon and Pugh, *op.cit.*, Mausner and Bahn, *op.cit.*, Friedman, *op.cit.*
- 18 Friedman, *op.cit.*, pp.150-167. Abel R. Omran (ed.): *Community Medicine in Developing Countries* (New York: Springer, 1974), pp.25-35.
- 19 A.F. Wesson: "On the Scope and Methodology of Research in Public Health Practice". *Social Science and Medicine*, 6:469-490, 1972.
- 20 Andrew H. Vande Ven and Andre Delbecq: "The Nominal Groups as a Research Instrument for Exploratory Health Studies". *American Journal of Public Health*, 62:337-342, 1972.
- 21 Carol C. Hogue: "Health Care Paradigm". Unpublished paper, 1974.
- 22 Avedis Donabedian: "Evaluating the Quality of Medical Care". *Milbank Memorial Fund Quarterly*, 44:170, 1966.

- 23 Barbara Starfiel: "Health Services Research: A Working Model". *The New England Journal of Medicine*, 289:132-135, 1973.
- 24 Donabedian, *op.cit.*, p.169.
- 25 Doris Bloch: "Evaluating of Nursing Care in Terms of Process and Outcome: Issues in Research and Quality Assurance". *Nursing Research*, 24:256-263, 1975.
- 26 Cassel, *op.cit.*, pp.351-352.
- 27 Revel H. Waldrop, Margaret Guy, and David M. Cogwill: "Health Priorities in Lubbock, Texas, According to Socioeconomic Groups". *Health Service Reports*, 89:134-144, 1974.
- 28 *Ibid.*
- 29 John C. Cassel: "Information for Epidemiologic and Health Service Research". *Medical Care* 2 (Supplement): 76-80, 1973.

## BIBLIOGRAFIA

- Abramson, J.H., *et al.* "The Contribution of a Health Survey to a Family Practice". *Scandinavian Journal of Social Medicine*, 1:33-38, 1973.
- Baker, Susan P. "Determinants of Injury and Opportunities for Intervention". *American Journal of Epidemiology*, 101:98-102, 1975.
- Breslow, L. "Research in a Strategy for Health Improvement". *International Journal of Health Service*, 3:7-16, 1973.
- Kirscht, John P. "Social and Psychological Problems of Surveys on Health and Illness". *Social Science and Medicine*, 5:519-526, 1971.
- Lemkau, Paul V. and Pasamamick, B. "Problems in Evaluation of Mental Health Programs". *American Journal of Orthopsychiatry*, 27:55-58, 1957.
- Miller, Alfred E. "The Expanding Definition of Disease and Health in Community Medicine", *Social Science and Medicine*, 6:573-581, 1972.
- Rossi, Peter H. and Freeman, Howard E. *Evaluation: A Systematic Approach*. Beverly Hills, California: Sage Publishing Co., 1982.
- Williams, Carolyn A. "Community Health Nursing: "What Is It?" *Nursing Outlook*, 25:250-254, 1977.

La conformación del estilo de vida como herramienta para la intervención de enfermería es difícil y arriesgada. Cuando se usa en la práctica de la enfermería profesional, la relación entre la enfermera y el cliente adquiere una nueva dimensión.

## CAPITULO DIECIOCHO

# **UN ENFOQUE DE ESTILO DE VIDA PARA LA PRACTICA DE LA ENFERMERIA**

BERNICE M. WILSON

La conformación del estilo de vida puede definirse en cómo elige cada uno dar forma a su vida. Todos nosotros lo hacemos diariamente, pero muchas veces el resultado es un proceso aceptado, inconsciente. El proceso de conformar el estilo de vida como herramienta para la enfermera pone énfasis en ayudar a la gente, incluida ella misma, a desarrollar mayor conciencia en hacer elecciones y, por ello, a participar más plenamente en su propia vida y salud.

Como nuestra cultura sigue reconociendo y valorando más claramente los modos de cambio de vida como una vía importante (quizás la más importante) hacia la salud y el bienestar personal y colectivo, las enfermeras deben buscar un enfoque de estilo de vida para la práctica de la enfermería que sea cada vez más una parte de su repertorio profesional. Sin embargo, como enfermeras, necesitamos entender que el viejo proverbio “predicar con el ejemplo” puede tener un nuevo significado para nosotras si nos ocupamos de los demás en la conformación del estilo de vida. Nuestros compromisos personales y profesionales con la salud y el

bienestar deben ser idénticos si queremos tener éxito al usar un enfoque de estilo de vida para la práctica de la enfermería.

El propósito de este capítulo es presentar a la lectora mi marco de referencia personal para la conformación del estilo de vida como una herramienta para las enfermeras profesionales. Primero, explicaré brevemente el punto de vista de salud y enfermedad en que se apoya mi práctica. Segundo, se presentarán cinco pasos de conformación de estilo de vida y sus respectivas influencias sobre la salud. Tercero, se examinarán los sistemas que influyen en el uso de la conformación del estilo de vida por las enfermeras. Cuarto, se mencionarán teorías, paradigmas, y soluciones relevantes que ampliarán el horizonte de la conformación del estilo de vida como un medio de promoción de salud; servirán de guía de a donde podemos llegar desde aquí.

## SALUD Y ENFERMEDAD

La salud se define muchas veces como un estado de ser, un sustantivo en nuestro lenguaje y cultura. Usada de esta manera, la palabra *salud* refleja y perpetúa la opinión de que es vista como una *cosa* en vez de como un *proceso*. Se concibe la enfermedad como algo que ocurre en algún momento en el tiempo cuando se interrumpe el estado de salud y la persona percibe algunos síntomas claros. Sin embargo, salud y enfermedad deben ser vistas ambas como procesos en un estado continuo de fluir. La enfermedad también puede ser vista como un proceso que ocurre a lo largo del tiempo y que a menudo existe en distintos niveles, aunque la persona todavía se defina a sí misma como sana. Cuando el proceso de la enfermedad produce síntomas que ya no pueden ser ignorados, la persona busca curación o salud.

Las palabras *curación* y *salud* implican ambas la restauración de la salud y el vigor.\* Quisiera llamar la atención sobre una diferencia sutil

\* En realidad, el texto inglés es el siguiente: “Las palabras *curar* y *sanar* implican ambas la restauración de la salud y el vigor. Quisiera llamar la atención sobre una diferencia sutil pero importante en esas dos palabras. *Curar* (*cure*) sugiere más específicamente que se ha eliminado una enfermedad. *Sanar* (*heal*) viene de la misma raíz anglo-sajona que se identifica como salud (*health*), robusto (*hale*), íntegro (*whole*), santo (*holy*) e hipogloso (*halibut*). El término implica restituir la integridad, cerrar una abertura. La abertura puede ser una herida en la piel, una herida en la psique, o, más globalmente, los vacíos dentro de los modos de vida de un individuo o de un sistema humano más extenso. No es casual que se incluyan en la lista las palabras santo (*holy*) e hipogloso (*halibut*) (el “sagrado pleuronecto” que se come en las festividades), porque cerrar la abertura entre la vida y el espíritu se ve como vital.”

pero importante en esas dos palabras. *Curación* sugiere más específicamente que se ha eliminado una enfermedad. *Salud* viene del latín *salus*, salud (buen estado físico), que a su vez procede de *salvus* (el que tiene buena salud) y éste del griego *holos* (entero, todo, completo, íntegro). El término *sano*, que a su vez procede del griego *saos* (con la misma significación de *holos*), y el de *salud* implican hacer o volverse un todo, cerrar una abertura. La abertura puede ser una herida en la piel, una herida en la psique o, más en términos generales, los vacíos dentro de los modos de vida de un individuo o de un sistema humano más extenso. Por ello, el sentido auténtico de salud, de salvo y de sano sobrepasa el de curación de una enfermedad. Como resultado del más alto conocimiento de esto, cada vez estamos pensando más en términos de calidad de sentirse bien y enfoques holísticos sobre salud y bienestar. Reconocemos también que como se elige dar estilo a la vida de uno es la influencia principal sobre el grado de la calidad de sentirse bien y el holismo que se alcanza.

## ETAPAS DE LA PROMOCION DE LA SALUD

Las etapas de promoción de la salud que aquí discutiremos son vistas como un *continuum*, pero difieren entre sí de acuerdo con qué concepto se tiene de salud y cómo se logra la salud. También difieren en la importancia que se da al cambio en los modos de vida y en el comportamiento que se considere apropiado para el cliente y la enfermera.

**ETAPA 1** La promoción de la salud se ve como la curación de la enfermedad que requiere de expertos para diagnosticar, para practicar las técnicas, para medicaciones, etcétera, en y para el paciente. Poco interés se pone en cambiar el estilo de vida excepto para comportamientos específicos que se sabe afectan al tratamiento de la enfermedad. Se espera que el cliente cumpla con el tratamiento, ejecute los procedimientos, alivie cualquier malestar originado por la enfermedad o el tratamiento, y que en general sea una “rescatadora” de la víctima de la enfermedad. Este es el punto de vista que mantienen muchos de los actuales sistemas que proporcionan cuidado de salud y muchas practicantes.

**ETAPA 2** La promoción de la salud se ve como detección pronta de enfermedad mediante procesos como los programas de *screening* (cribaje), o la prevención de la enfermedad mediante intervenciones del tipo de las inmunizaciones. El propósito de este nivel, por lo menos, es mini-

mizar la gravedad de la enfermedad y el nivel de intervención si se presenta la enfermedad a pesar de nuestros esfuerzos por prevenirla. Los cambios de estilo de vida también pueden prescribirse como una parte de esta etapa de promoción de salud. El profesional del cuidado de salud tiene el rol “de experto” y ve la causa de enfermedad desde factores específicos del modo de vida o grupos limitados de factores. Esta etapa representa la perspectiva habitual de la medicina preventiva.

**ETAPA 3** La promoción de la salud es vista como una prescripción total de estilo de vida, combinando varios o todos los comportamientos posibles o conocidos de modo de vida, los cuales, si se ponen en práctica, pueden prevenir la enfermedad. Los que defienden este punto de vista pueden igualmente empezar a hablar sobre la calidad de sentirse bien y los resultados positivos posibles además de la prevención de la enfermedad. El rol de la enfermera, del profesional de la salud, o de otro experto de modos de vida, como un instructor de aerobics, es el de guía, de educador, y de modelo del o de los comportamientos deseados. Este es el punto de vista de la mayoría de los expertos en la promoción de la calidad de sentirse bien y se basa en la noción de que un *continuum* de salud-enfermedad es un modelo lineal con comportamientos de modo de vida clasificados bajo etiquetas orientadas a no enfermedad, como estrés, nutrición, ejercicios para estar en forma, y salud ambiental.<sup>1,2</sup>

**ETAPA 4** La promoción de la salud se ve como la toma de control del individuo del proceso de totalidad de su propia vida y ser. El énfasis se pone sobre los principios personales que lo guían y el propósito de vida como un enfoque organizador de los comportamientos del modo de vida. Los conceptos más amplios y muchas veces más vagos del sistema humano como energía\* o fluir se mencionan a menudo en esta etapa. Ambos términos connotan la idea de abarcar los aspectos espirituales, psicológi-

\* La energía no es una entidad o una cosa; es un proceso. La energía se recibe a partir del entorno, es canalizada y transformada por el individuo, y transmitida para afectar al mundo que le rodea. La canalización efectiva de energía exige la integración de cuerpo, mente, y espíritu. La apreciación y la conciencia de lo que se hace, piensa, y siente tiene un impacto sobre el nivel total de energía de cada quien. Las fuentes de entrada de energía son el oxígeno, el alimento, la estimulación sensorial (luz, calor, sonido, tacto, radiación electromagnética, y estimulación emocional-espiritual [atención, cuidados, amor, entusiasmo, experiencia transpersonal]). La salida de energía incluye temperatura corporal, productos de desecho, trabajo físico, juego, comunicación (incluido el tacto), búsquedas intelectuales, creatividad, energía social y espiritual, y los fenómenos de tipo electromagnético posiblemente involucrados en la salud y la comunicación extrasensorial.

cos, físicos, y sociales del sistema humano. La autorresponsabilidad se pone de relieve de una manera positiva y no-inductora de culpa. Cada quien dicta su propio estilo de vida, y el profesional de la salud se convierte en un igual que también está trabajando en definir su propio estilo de vida. Se considera que la curación ocurre gracias a la energía transmitida simplemente al estar cerca de una persona más completa o por estar en presencia de una energía bien transmitida en un momento en que el cliente no está en condiciones de generar la energía que necesita. Este punto de vista es visto como mucho más holístico que adicional al conceptualizar las relaciones de las partes de un sistema humano.<sup>3,4</sup>

**ETAPA 5** La promoción de la salud se ve como una autorresponsabilidad de los individuos que forman parte de un todo más grande, orgánico, en el que la persona que es curada es también el sanador. Los individuos participan de un modo tal que provocan el ascenso del nivel de energía del todo y por eso promocionan la curación de ellos mismos y de los demás. Esa curación se considera directa e indirecta. El cambio del modo de vida se considera como algo no exclusivo del individuo ni prescriptivo para el grupo. Más bien, se logra un acuerdo de modos apropiados de vida, que abarcan todos los estilos posibles y respetan las diferencias tanto como se mantiene el nivel de energía. En esta etapa, hay un cambio de pensar a partir de puntos de vista lineales y polarizados hacia una estructura de segundo orden, que abarca tales puntos de vista sin limitarse a ellos. Los modos de vida se construyen sobre puntos de vista de más alcance, trascendentes de asuntos espirituales y sagrados, si bien no de dogmas religiosos, y hay una compasión por las imperfecciones que puedan quedar dentro del sí mismo o, más grandes, dentro del sistema orgánico. El cambio del estilo de vida surge de un conocimiento interno del equilibrio y la armonía de la ecología orgánica más amplia. La enfermera o la profesional de la salud son simplemente uno de los muchos transductores de energía que pueden ayudar a desbloquear los canales naturales de energía en el sistema. Es interesante señalar que tal perspectiva se sabe que está reflejada en las creencias de la mayoría de los pueblos primitivos y en la manera de entender el universo descrita durante siglos por los místicos religiosos. Actualmente tales ideas están siendo expresadas por un número creciente de los llamados físicos cuánticos de la nueva era.<sup>5-8</sup>

Existen dos peligros inherentes en la secuencia anterior de las etapas del modo de vida sana. Primero, el lector puede suponer que tal clasificación implica un juicio de cuál etapa es la mejor. Segundo, el lector puede confundirse cuando se mezclan las etapas, como sucede muchas

veces en la práctica real. Por ejemplo, las enfermeras hablan a menudo sobre autorresponsabilidad (etapa 4) cuando en realidad quieren decir o inferir consentimiento del cliente (etapas 1 y 2). Los estados de energía mencionados en las etapas 4 y 5 en realidad pueden trabajar de un modo sutil, que no puede ser captado en personas que se describen como enfermas. A veces las enfermeras desearían creer que están viviendo y trabajando en la etapa 5 cuando en realidad pueden estar más alineadas con las etapas 1 y 2. Los matices de diferencia son a veces muy difíciles de separar. Más aún, un individuo o un grupo muchas veces se desliza desde una etapa a otra con un movimiento pequeño e imperceptible.

## INFLUENCIAS SOCIETARIAS SOBRE LA CONFORMACION DEL ESTILO DE VIDA

Vivimos en una cultura que está comprometida con puntos de vista cambiantes de la salud y del estilo de vida, y estamos experimentando un movimiento en el paradigma de la manera de pensar sobre muchas cosas. Puesto que la ruptura inminente (o la fragmentación) de los sistemas existentes obliga a reevaluarlos, no podemos evitar el reconocer que los sistemas económicos, educacionales, y personales involucrados con la provisión del cuidado de salud se hallan en un fluir. Veamos cada una de esas áreas y su límite común con la salud, los estilos de vida, y la enfermería.

### *Economía*

Lo que queremos decir como un sistema económico es en realidad un sistema de valores. Incluso una visión somera del sistema económico del cuidado de salud revela qué es lo que nuestra cultura valora lo suficiente como para gastar dinero en ello con el fin de “estar bien”. Puesto que la mayoría de los servicios de salud son financiados por la seguridad privada y gubernamental, los comportamientos de mayor valor para esas fuentes son los servicios del cuidado de salud por los que quienes manejan los cordones de la bolsa económica están dispuestos a pagar. Básicamente, los comportamientos valorados se basan en las interacciones con el cliente en una manera tradicional de prevención o en intervenciones con el cliente cuando éste acude en busca de alivio o de curación de síntomas que ya no puede ignorar por más tiempo. Muy poco valor económico o ninguno se tiene en cuenta al aplicar los principios de conformación del



estilo de vida. Del mismo modo que un seguro de automóvil sólo paga cuando su coche resulta dañado, el seguro de salud sólo paga cuando su cuerpo o su mente dicen los médicos que están enfermos. Excepciones a lo último son los programas más nuevos de mantenimiento de salud, que proporcionan pago para la etapa 2 en la promoción de la salud.

Las enfermeras que quieren involucrarse en las etapas 3 a 5 de la promoción de la salud deben hacerlo en un sistema económico que no ponga un valor alto a tales actividades. Por lo tanto, la mayoría de enfermeras que valoran esas etapas necesitan contar con su propia experiencia de un paradigma de cambio de sus propios valores, como la que describe Ferguson.<sup>9</sup> Las enfermeras que perciben tal movimiento están dispuestas a arriesgar dar por perdidos los viejos roles de cara a encontrar significado y empleo, muchas veces autoempleo, en roles que provean lo necesario al nuevo paradigma de valor.

### *Educación*

El sistema de la educación de las enfermeras se basa en un sistema que abarca toda la educación y que refleja el valor permanente que la sociedad concede al pensamiento científico, lineal, causal. La ciencia clásica opera mediante análisis –desmenuzando el mundo en partes que puedan ser estudiadas objetivamente de acuerdo a reglas causales. Los puntos de vista más nuevos de ciencias difíciles como la física desafían a este punto de vista del universo como únicamente una validez aproximada.

Bohm dice que *cada cosa* en el universo, incluido el observador, afecta a todo lo demás en el universo porque cada cosa es parte del mismo todo indivisible, el “orden implicado (incluido)”. Lo que percibimos como cosas y sucesos aislados en el universo es el “orden explicado (no incluido)”, o aspectos del orden implicado deducidos mediante nuestra exploración de la realidad y nuestros modos de observación y de descripción. El orden implicado es una realidad multidimensional acerca de la cual sólo tenemos un conocimiento limitado. El método científico completo, tan reverenciado en nuestro sistema educacional, no puede revelar la realidad total del universo porque no puede trascender la naturaleza limitada y limitante de sus métodos de observación y descripción. Lo que hemos tomado como que son cosas y sucesos separados son, de hecho, una realidad única que parece estar desconectada y, por lo tanto, hasta cierto punto, ser inexplicable, sólo por nuestro modo limitado de aprehenderla. Este enfoque analítico se refleja en cosas tales como los rumbos

separados para los aspectos físicos y psicológicos de los seres humanos, y de otras muchas maneras.<sup>10</sup>

Debería señalarse que este punto de vista ha sido dominado históricamente por el “macho”. El modo “femenino” de entender intuitivamente los todos no tiene valor en los círculos académicos y ha ido decayendo en enfermería a medida que la profesión ha tratado de ser más académica. Lo que se necesita en el futuro es valorar ambas polaridades de pensamiento y una síntesis y trascendencia de ambos puntos de vista.

Como ya lo indica Bohm, en última instancia sería falso y, por ello, erróneo suponer que cada ser humano es una realidad independiente que interactúa con otros seres humanos y la naturaleza. Más bien, todo eso son proyecciones de una totalidad única. A medida que los seres humanos participan en el proceso de esta totalidad, son cambiados fundamentalmente en la auténtica actividad en la cual su propósito es cambiar esa realidad que es el contenido de su conciencia. Dejar de tener esto en cuenta conducirá inevitablemente a la grave confusión permanente en todo lo que se haga.<sup>11</sup>

### *Influencias personales*

Muchos de los mitos y fábulas que han llegado hasta nosotros hablan del joven explorador que recorre el mundo buscando la “verdad” o la “respuesta”. Después de muchas penalidades, el explorador regresa a casa para encontrar la respuesta en su propio traspatio, dentro de él mismo. Hemos sido programados culturalmente a fin de buscar expertos para las respuestas. Acudimos al libro, al médico, al curso, al mentor, para que nos digan qué hay que hacer. Sólo cuando logremos el autorrespeto y el autoconocimiento para mirar dentro de nuestra propia sabiduría interior, podremos hallar el camino que mejor se ajuste a nuestros propios talentos. Nos resistimos a tomar ese camino por dos razones. Primero, hemos perdido contacto con la profundidad real de nuestro conocimiento intuitivo y nos han enseñado a recurrir a los que “realmente” saben. Segundo, aceptar plenamente la autorresponsabilidad muchas veces significa correr riesgos.

Esto no quiere decir que no podamos usar el conocimiento de los expertos, pero debemos quedarnos con la decisión final de cómo obraremos en nuestras propias vidas. Recuerdo muchas experiencias en mi propia vida profesional cuando los “expertos” hacían algo tanto para clientes como para mí misma que yo sabía intuitivamente que era algo incorrecto. Muy pocas veces, quisiera decirlo, pero solía guardar dentro

de mí esas percepciones y no actuaba sobre ellas. Décadas después, el curso de la historia ha demostrado que mi intuición era correcta y que los llamados expertos se habían equivocado. Cómo he deseado haber sido más una parte del grupo pionero de enfermeras que, incluso entonces, participaban y actuaban sobre sus propias decisiones acerca de cómo obrarían en sus propias vidas. Ahora quiero unirme a ese grupo.

## NUEVOS PARADIGMAS Y EL SISTEMA PERSONAL

El reto de conocer y usar el sistema personal lo más efectivamente exige un *amor* profundo por sí misma y por los demás; *estar enterada* de la miríada de factores que operan dentro de una misma y de los demás; y *transformación* de una misma, de tal manera que pueda ser un canal claro para las elecciones lo más verdaderas posibles.

Nuestros modos de vida reflejan el tiempo y el espacio en los que vivimos. Repetidamente he oído decir que estamos viviendo en un tiempo de paréntesis, un tiempo entre eras humanas. En tales tiempos de cambio e incertidumbre, la humanidad es algo así como un crustáceo que muda su caparazón protector para poder crecer. Es un tiempo de peligro potencial, pero también un tiempo de crecimiento grande y trivial. Un aspecto de tales tiempos es un anhelo de asirse del pasado, de los viejos “caparazones” o de cualquier marco que ofrezca la estructura que se necesita. Otro aspecto de tal tiempo es el surgimiento de nuevos paradigmas, nuevos modos de estructurar nuestra forma de ver y modelar el mundo.

En una sociedad agrícola, los paradigmas se basan en la naturaleza, el recurso estratégico es la tierra, la orientación de tiempo es hacia el pasado. En una sociedad industrial, los paradigmas se basan en las máquinas, el recurso estratégico es el capital, la orientación de tiempo es el ahora. Hoy nos movemos hacia una sociedad de información. Los paradigmas están surgiendo. Ya en muchas sociedades occidentales más de la mitad de la fuerza de trabajo está involucrada en la creación y proceso de información mediante sistemas automáticos crecientes. A causa de esta transformación en nuestra sociedad, los patrones de trabajo pueden ser afectados y la gente puede encontrar que sus hogares son el lugar más apropiado para trabajar; se pueden desarrollar más industrias de tipo doméstico. El mundo de las finanzas se convertirá en un sistema de comunicación cada vez con menos papel. El sistema de provisión de educación cambiará dramáticamente, y lo que conocemos como salón de clases puede quedar en una reliquia del pasado. Sin duda alguna, la provisión del cuidado de salud dependerá cada vez más de las telecomu-

---

## VIEJOS Y NUEVOS PARADIGMAS EN LAS PRACTICA DE LA ENFERMERIA

---

### VIEJOS PARADIGMAS DE VALORES DE PROTECCION

**Seguridad.** Evitar el riesgo. Protección a través de restricciones y coacciones externas (reglas, alarmas contra ladrones, fronteras) para definir los lugares fuera de peligro, “nosotros” de “ellos”. Sobrevivir, una meta.

**Confort.** Evitar el dolor, la contradicción, las amenazas o las creencias del sistema.

**Imagen.** Alcanzar o sobrepasar las expectativas culturales. Ajustarse a las normas, adecuación de uno mismo a la “descripción del empleo”. Status y rol valorados.

**Autocontrol.** Habilidad para restringir las respuestas emocionales o control de la situación. Represión de la ira, miedo, sexualidad, sentimiento. O la autoindulgencia, que también es un anestésico contra el temor para algunas personas.

**Defensas del ego.** Protección de la autoimagen culpando a los demás o racionalizando las creencias y la conducta propia. Sentirse justo o actuando correctamente.

**Permanencia.** Compromisos amplios, preservación de las tradiciones, repetir y recordar los triunfos pasados, longevidad. Esfuerzo para congelar y memorializar el pasado.

**Información.** Tener respuestas, hechos, entrenamiento, experiencia, datos. Estar seguro.

**Ajuste.** Creencia en las limitaciones humanas, lo que justifica la falta de un gran esfuerzo. Los seres humanos son vistos como limitados en lo que pueden lograr. La guerra, el hambre y la pobreza son inevitables. El esfuerzos es inútil.

**Poder sobre los demás.** Ser jefe, juez, autoridad, vencedor; o ser desamparado, manipulador, lisonjero, coercitivo.

**Sentirse superior a los demás.** Protección contra los sentimientos de imperfección siendo especial: más atractivo que los demás, o más inteligente, tener más éxito, trabajar más duro.

**Liberarse de responsabilidad.** Lo que ocurriere será culpa de las demás personas, fuerzas sociales, el destino. Sentimiento de impotencia.

### PARADIGMAS EMERGENTES DE LOS VALORES DE CRECIMIENTO

**Espontaneidad.** Libertad, estar deseoso de riesgo, moverse dentro de lo desconocido. La supervivencia tomada como cosa hecha.

**Significado.** Disposición para confrontar la vida tal como es, incluyendo la contradicción y la paradoja que molestan. Tolerancia de la ambigüedad.

**Autenticidad.** Alcanzar o sobrepasar las propias expectativas, Flexibilidad. Disposición para alejarse de las normas culturales fuera de la curiosidad o la integridad. Aceptación de la inconformidad en otros.

**Autoconocimiento.** Conciencia de los propios sentimientos y su rol en la conducta; transformación del temor y la ira a través del autoconocimiento y la verdad; confianza interior que llega de haber dejado atrás ilusiones y haber superado temores.

**Vulnerabilidad.** El “sí mismo transparente” conoce sus debilidades y obtiene lo máximo de sus fuerzas. No se identifica con la necesidad del ego de ser perfecto.

**Potencial.** Reconocimiento del flujo y la dinámica de la vida, la imposibilidad de mantener el momento actual. Creencia de que el cambio representa posibilidad, un futuro cuya capacidad de sorpresa se disfruta y no se teme.

**Introspección.** Plantear las preguntas correctas, avidez de aprender. Aceptación de la incertidumbre.

**Aspiración.** Creencia en el potencial humano. Los seres humanos han construido grandes catedrales, vuelan a la luna. Cualquiera de nosotros puede realizar algo más allá de lo ordinario.

**Poder con los otros.** Cooperación, comunicación, apoyo mutuo, alineación.

**Sentirse conectado a los demás.** Identificación con todos los rasgos humanos. Aceptación de uno mismo y de los demás.

**Libertad con responsabilidad.** Reconocer que se ha elegido en el pasado, se elige ahora, y se puede elegir en el futuro. Sentimiento de poder personal.

nicaciones. La política pública y el gobierno sufrirán cambios significativos a medida que la ciudadanía logre mayor acceso a la participación directa a través de las telecomunicaciones. Incluso ya la llegada del cambio a la sociedad de información está resultando en “operación en red” a través varios sectores de nuestra sociedad de grupos nuevos y creativos. Pero por ahora, hasta que hayamos surgido plenamente a la sociedad de información, la orientación de tiempo es el futuro.<sup>12,13</sup>

Durante las 2 ó 3 décadas pasadas, la teoría de sistemas y la teoría cuántica han empezado a enfrentar el punto de vista mecanicista del mundo. Concedido, al paradigma le toma tiempo empapar la vida diaria, y mucha gente aplica los nuevos modos de ver el mundo de una manera desarticulada, remendada con sus viejos paradigmas, inculcados, mantenidos durante largo tiempo. Pero poco a poco, los paradigmas más amplios que están surgiendo se están volviendo cada vez más claros y útiles en la vida diaria.

En enfoque ecológico es un ejemplo de ello. Caminar más y montar en bicicleta se ha convertido no sólo en algo valioso de cara a disminuir la contaminación por los automóviles, sino también para mejorar el *status* aeróbico del individuo. El entorno y el individuo no son vistos como partes separadas, sino entrelazadas con un todo más grande. En la hipótesis de Gaia, la tierra es vista como un organismo –un sistema vivo, un ser planetario vivo. Este nuevo paradigma es la prolongación más amplia del sentir ecológico.<sup>14</sup>

Desde la perspectiva ecológica, los modos de vida del individuo y de los sistemas más grandes están tan entrelazados como los modos de vida de un órgano y de un cuerpo del que forma parte. Este sentido nos obliga a reestructurar los patrones del modo de vida de los grupos de trabajo, sociales, y globales, igual que los patrones del modo de vida de los individuos. No son fenómenos “o bien... o”. Están entrelazados.

Los fenómenos “o bien... o” se hallan relacionados con otro cambio de paradigma. El pensamiento lineal, o el pensamiento causal, implica con frecuencia la noción de “o bien... o”. El pensamiento acausal se remonta por encima del modelo lineal hacia una forma de pensar más holística. Cuando Watzlawick presentó su teoría del cambio, hacía referencia al cambio de segundo orden, el cambio a un “metanivel” que se remonta por sobre el fenómeno “o bien... o”.<sup>15</sup> El movimiento hacia un pensamiento acausal, de metanivel, es un cambio de segundo orden o movimiento de paradigma. En este nivel, los fenómenos “o bien... o” se convierten en opciones múltiples.

Todos los sistemas vivos son sistemas de opción múltiple. El Premio Nobel Ilya Prigogine llama a esos sistemas abiertos “estructuras disipati-

vas”. Prigogine hablaba de estructuras químicas disipativas, pero su teoría se está extendiendo a todos los sistemas vivos, incluidos los sistemas sociales. La esencia de la teoría no es difícil de entender, aunque las magníficas matemáticas y detalles están más allá del alcance de este trabajo. Los sistemas naturales son ordenados, pero, en el nivel más profundo de la naturaleza, nada está fijo. Los patrones de la naturaleza están en constante movimiento. Incluso un diamante es una danza de electrones. El agua se mueve dentro de un remolino y crea al mismo tiempo el remolino. De igual modo, la energía se mueve de un lado al otro de la estructura disipativa y crea la estructura al mismo tiempo. La estructura disipativa está altamente organizada, pero siempre en proceso —una especie de totalidad que fluye.<sup>16</sup>

Cuanto más compleja es la estructura disipativa, más energía necesita. Cuanta más energía necesita un sistema, más susceptible es la reordenación súbita. Si hay fluctuaciones pequeñas en el sistema de energía, no cambian al sistema. Pero a medida que aumentan las fluctuaciones, las partes del sistema pueden desorganizarse y luego reorganizarse en un sistema enteramente nuevo u orden superior, o ser destruidas. Estos movimientos súbitos no son lineales ni predecibles.

El punto de vista de Prigogine va más allá de las opciones de dualidad y de “o bien... o” tradicionales hasta admitir que las órdenes más altas de sistemas no están limitadas por leyes, sino que son capaces de innovación ilimitada y de realidades alternas. La teoría de las estructuras disipativas es una teoría científica que reconoce la transformación. Los sistemas que parecen estar averiados pueden, de hecho, colapsarse.<sup>17</sup>

¿A dónde nos está llevando este movimiento en el pensamiento? ¿Cómo va a afectar a los modos de vida de nuestra sociedad y nuestra profesión? Un ejemplo punzante pudiera ser la discusión actual en enfermería acerca de si las enfermeras deberán ser educadas en el futuro como técnicas de alta tecnología para la complejidad creciente del cuidado hospitalario o si deberían ser educadas cada vez más para el futuro en la práctica humanística distributiva. Este vaivén dentro de la enfermería es un ejemplo clásico de lo que el Trend Report of the Naisbitt Group en Washington, D.C., llama “alta tecnología/alto contacto”.<sup>18</sup>

América está siendo reestructurada en dos direcciones. Como la tecnología es magnificada muchas veces, la sociedad la alcanza de una manera creciente con una clase de respuesta compensatoria, o un equilibrador. En el cuidado de salud, tenemos la alta tecnología de la cirugía cardíaca, acompañada de un aumento significativo en los médicos familiares y clínicas de barrio. Como el equipo de alta tecnología abarca los

procesos de la muerte y el nacimiento, surge un nuevo interés por las necesidades humanas, que ha originado el nacimiento en casa y los movimientos en pro de los hospicios. Esos son ejemplos de opciones en el *continuum* “o bien... o”. Nuestras percepciones actuales lineales del universo del “cuidado” de salud están teniendo problemas al asimilar todas las opciones posibles o perturbaciones de energía dentro del sistema. ¿El sistema se estropeará o se colapsará?

En resumen, hay muchas más influencias que chocan con nuestra buena voluntad y habilidad para comprometernos personal y profesionalmente con la conformación del estilo de vida. Sin embargo, el sistema definitivo para cada una de nosotras para enfrentar los modos de vida cambiantes es nuestro propio sistema personal y las elecciones que hacemos para nuestras vidas personales y profesionales. La buena disposición para arriesgar, ser vulnerable, explorar, y conectarse con los demás de manera que se promueva el poder y la libertad personales son la esencia de la transformación de los sistemas y los paradigmas. La conformación del estilo de vida es una de esas transformaciones.

*¿Cuál es la salud del grupo al que se sirve?*

Los viejos modos de medir la salud fueron en gran manera mediciones de muerte: tasas de mortalidad y variaciones, como tasas de mortalidad infantil, tasas de mortalidad ajustadas a la edad, razones de casos-mortalidad, etcétera. Estas mediciones son menos útiles en los países desa-

## REFERENCIAS

- 1 Donald Ardel: *High-Level Wellness* (Emmaus, Pennsylvania: Rodale Press, 1977), pp.93-163.
- 2 John Travis: *Wellness Work Book for Health Professionals* (Mill Valley, California: Wellness Resource Center, 1979), pp.22-80.
- 3 John Travis and Regina Sara Ryan: *Wellness Work Book* (Berkeley, California: Ten Speed Press, 1981), pp.2-47.
- 4 Delores Krieger: *Foundations for Holistic Nursing Practices: The Renaissance Nurse* (Philadelphia: J.B. Lippincott, 1981).
- 5 Richard Moss: *The I That Is We* (Milbrae, California: Celestial Arts, 1981).
- 6 Martha Rogers: *An Introduction to the Theoretical Basis of Nursing* (Philadelphia: F.A. Davis, 1970).
- 7 Fritjof Capra: *The Turning Point: Science, Society, and the Rising Culture* (New York: Simon and Shuster, 1982), pp.262-271.
- 8 Krieger, *op.cit.*
- 9 Marilyn Ferguson. In Ken Dychtwald and Alberto Villaldo: *Millinium* (Los Angeles: J.P. Tarcher, 1981).

- 10 David Bohm: *Wholeness and the Implicate Order* (Boston: Routledge and Kegan Paul Ltd.), 1980.
- 11 *Ibid.*
- 12 Yoneti Masuda: *The Information Society as Post Industrial Society* (Bethesda, Maryland: The World Future Society, 1982).
- 13 Edward Cornish (ed.): *Communications Tomorrow: The Coming of the Information Society* (Bethesda, Maryland: The World Future Society, 1982).
- 14 Capra, *op. cit.*, p.285.
- 15 Paul Watzlawick, John Weakland, and Richard Fisch: *Change: Principles of Problem Formation and Problem Resolution* (New York: W.W. Norton, 1974), pp.9-11.
- 16 Ilya Prigogine: *From Being to Becoming* (San Francisco: W.H. Freeman, 1980).
- 17 *Ibid.*
- 18 John Naisbitt. From a lecture given at the American Humanistic Psychology Annual Meeting in Los Angeles, 1981.



Se presentan conceptos fundamentales para una valoración transcultural como una base para la intervención de enfermería con los sistemas humanos.

## CAPITULO DIECINUEVE

# UN ENFOQUE TRANSCULTURAL PARA LA PRACTICA DE LA ENFERMERIA

TERESA F. GRAEDON

Para ser capaces de comunicarse con sus clientes y procurarles cuidado “de manera aceptable culturalmente”,<sup>1</sup> las enfermeras deben ser capaces de entender la conducta, las creencias, y las expectativas –en una palabra, los antecedentes culturales– de cada cliente. En esta sociedad diversa, los proveedores del cuidado de salud trabajan con gente procedente de culturas muy diversas. No sólo los clientes sino otros miembros del equipo de cuidado de salud pueden representar un espectro de orientaciones culturales.

Ninguna enfermera puede esperar ser una especialista en cada grupo étnico que pueda encontrar, porque son demasiados. Con todo, las diferencias culturales pueden ser críticas en el cuidado de salud. Incluso las definiciones básicas de salud y enfermedad, para no mencionar la respuesta apropiada a la enfermedad, pueden variar de una cultura a otra.

Damos gracias a Joanne E. Hall, Marie Scott Brown, y John-Henry Pfifferling, que sugirieron algunos de los conceptos y ejemplos que se han usado en este capítulo.

Sin embargo, mediante un enfoque transcultural, la practicante de enfermería será capaz de manejar efectivamente una amplia variedad de situaciones interculturales.

## CULTURA Y SISTEMAS HUMANOS

Como “el modo total de vida que sigue un pueblo”,<sup>2</sup> la cultura transmite un conjunto aparentemente ilimitado de comportamientos y de creencias, desde la manera en que caminamos y hablamos hasta nuestras ideas sobre el significado de la vida y de la muerte. La cultura no es un sistema vivo por sí mismo, sino más bien una parte esencial de todos los sistemas humanos, desde los individuos y las familias hasta las comunidades y las sociedades. El comportamiento de esos sistemas es guiado en cada momento por sus antecedentes culturales.

Igual que la memoria de un organismo vivo, la cultura proporciona medios para que el pueblo entienda y organice su experiencia. Sin embargo, ésta es una analogía débil, porque la cultura trasciende el tiempo y el espacio. Se pasa de una generación a la siguiente, y se comparte entre los miembros de un grupo o comunidad aunque estén geográficamente diseminados. Dentro del grupo, la cultura proporciona estándares comunes para interpretar y juzgar las acciones, ya sean tan complejas como una sinfonía musical o tan sencillas como el saludo diario.

El condicionamiento cultural está tan profundamente fijado en nuestras vidas que la gente usualmente se olvida de él la mayoría del tiempo. La gente puede darse cuenta de hasta dónde da forma a sus acciones y expectativas sólo cuando otra persona reacciona de un modo totalmente imprevisto. Un incidente de este tipo ofrece a las enfermeras una oportunidad para examinar las creencias e interpretaciones que pueden encontrarse tras de sus propias reacciones igual que las suposiciones y las premisas lógicas que empujan al otro comportamiento inesperado de la persona.

Leininger, una brillante defensora de un enfoque transcultural en enfermería, describe un ejemplo de ese tipo en el caso del Señor Hara.<sup>3</sup> Este paciente japonés-americano fue hospitalizado después de un intento fracasado de suicidio, en el que se tiró desde el tercer piso de la fábrica donde trabajaba. Las enfermeras, ateniéndose a sus propias actitudes hacia el suicidio, suponían que el señor Hara debía estar deprimido, aun cuando su apetito era normal, se mostraba alerta, aunque no agitado, y no hablaba de alucinaciones o percepciones de falta de valor. En cambio, hablaba de que trataba de tener éxito en el colegio y permanecía despierto

durante la noche pensando en sus “planes”. Porque el personal creía que cualesquiera planes que él pudiera hacer implicarían otro intento de quitarse la vida, fueron incorporadas otras enfermeras adicionales, para que pudiera ser vigilado más estrechamente. Algunas enfermeras manifestaron protestas de que el paciente requiriera ese cuidado constante, puesto que no parecía estar muy enfermo.

El Señor Hara también trastornó la rutina de la sala del hospital al rehusar la ayuda del personal masculino, incluyendo su psiquiatra, aunque era completamente dócil con el personal femenino. Pidió que se permitiera a su esposa, madre, o hermana acudir al hospital para que lo cuidaran —una disposición inusual que no estaba permitida por la política del hospital. Su insistencia en la petición en varias ocasiones fue considerada una molestia.

Inútil es decirlo, el Señor Hara era considerado un paciente difícil, y muchas enfermeras descansaron cuando después de 10 días el Señor Hara fue dado de alta. (Una vez en casa, el Señor Hara se recuperó y fue admitido al colegio. Era un estudiante brillante cuando Leininger siguió su caso.)

Leininger explicaba que parte de la fricción entre este paciente y sus enfermeras se debía al conflicto entre sus diferentes sistemas de valor. El Señor Hara había crecido en una familia extremadamente conservadora y mantuvo el punto de vista tradicional de los japoneses del suicidio como una manera honorable de terminar con una situación deshonrosa. Su intento había sido precipitado por su fracaso al pasar el examen de ingreso para un programa universitario de ingeniería eléctrica que su padre le había animado a que tomara, de manera que asumió ante sí mismo un serio compromiso, con su esfuerzo para honrar a su familia mediante el logro académico.<sup>4</sup>

La mayoría del personal, por otro lado, parecía ver al suicidio como algo que sólo podía caber dentro de las intenciones de una persona peligrosamente deprimida. Su insistencia por que sólo le atendiera el personal femenino aparentemente fue interpretado, quizás inconscientemente, como una resistencia a las rutinas y reglamentos del hospital más que como un intento por crearse un entorno más de acuerdo con las normas japonesas de cuidado a un enfermo. Si alguna de las enfermeras, dándose cuenta de sus problemas al comunicarse con el Señor Hara, hubiera averiguado más acerca de su orientación cultural, sus valores, y sus propios puntos de vista sobre su situación, es muy posible que él se hubiera beneficiado de un cuidado de enfermería más apropiado. La frustración del personal de enfermería encargado del cuidado de este paciente “imposible” podría también, por otra parte, haberse reducido.

*Aspectos reales e ideales de la cultura*

A pesar de la fuerte influencia de la cultura sobre la manera en que la gente actúa, la observación sola no es suficiente para lograr un entendimiento adecuado de cualquier cultura. Igual que las enfermeras del Señor Hara no podían deducir las razones de su comportamiento sin conocer más acerca de los valores que lo motivaron, los antropólogos han creído durante mucho tiempo que los valores “proporcionan las únicas bases para la comprensión totalmente inteligible de la cultura”.<sup>5</sup>

Probablemente muy pocas enfermeras planean el cuidado para un paciente sin valorar sus ideales y valores, al menos implícitamente. Pero esto puede ser una fuente de trastorno si la enfermera no se da cuenta de que inferir cuáles son los valores del cliente a partir del comportamiento que exhibe podría llevar a conclusiones erróneas.

Una reacción similar a la experiencia del dolor, por ejemplo, puede enmascarar diferencias importantes en su significación para los pacientes de diferentes grupos étnicos, como lo encontró Zborowski en su estudio clásico.<sup>6</sup> Gran parte del personal en el hospital de la Veterans Administration donde él dirigía la investigación afirmó el “viejo valor americano” del estoicismo, que permite sólo la expresión limitada, no emocional, del dolor. Según ellos, los pacientes italianos y judíos reaccionan excesivamente al dolor con protestas vocales, que el personal encontraba desagradables. Pero Zborowski encontró que la mayoría de los pacientes italianos estaban orientados hacia el presente, centrados en la experiencia y pidiendo alivio inmediato para el dolor, mientras que los judíos parecían estar más preocupados por el sentido del dolor actual para el pronóstico, una orientación de futuro.

Los trabajadores del cuidado de salud, que solían confundir los aparentemente similares e inútiles gritos, lamentos, y quejas de tales pacientes, frecuentemente encontraban que era difícil ayudarlos. Zborowski describe a un paciente italiano que continuamente molestaba al personal pidiendo un narcótico para el alivio del dolor. A pesar del temor del personal, él le retiró la droga de inmediato sin que hubieran desaparecido los síntomas y tan pronto como la causa de su dolor fue tratada con éxito. En contraste, varios de los pacientes judíos rechazaban los narcóticos, aunque otros analgésicos no fueran eficaces, porque temían las posibles consecuencias futuras de la adicción.

Puesto que esas enfermeras sólo podían interpretar las acciones de los pacientes desde su propia perspectiva cultural, no se daban cuenta que los pacientes judíos e italianos tenían diferentes orientaciones de valor, que requerían medidas distintas de apoyo para el dolor. Los antro-

pólogos reconocen que los valores “están relacionados con la experiencia y el comportamiento de maneras complicadas, variables, e indirectas”.<sup>7</sup> La pura necesidad práctica puede a veces distorsionar la expresión de los valores culturales en la vida diaria de tal modo que se vuelvan irreconocibles. Como resultado, es importante decir si cualquier “hecho real” del comportamiento social observado es expresión de un ideal importante o una adaptación pragmática a un contexto social e histórico particulares sin otra información sobre la cultura.

Una enfermera de salud pública podría enfrentarse a este problema cuando se entera de que la mayoría de las familias de un barrio pobre de una ciudad interior están dirigidas por mujeres. Si tal enfermera fuera a consultar la bibliografía para aclarar eso, hallaría referencias acerca de un “matriarcado negro” o de la “cultura de la pobreza”. Ambos conceptos implican que las familias dirigidas por mujeres son la expresión visible de valores culturales persistentes.

En su sensible estudio de una comunidad negra urbana de receptores de beneficiencia de segunda generación, Stack demostró que en este grupo las familias dirigidas por mujeres son en cambio una adaptación a un sistema económico que proporciona beneficios de beneficiencia sólo a las familias sin hombres, mientras que al mismo tiempo a los hombres se les niega sistemáticamente un empleo fijo que pudiera permitirles mantener una familia.<sup>8</sup> Los programas de salud para esa población deberían diseñarse de un modo distinto si esas circunstancias económicas subyacentes fueran enderezadas más que suponer que la gente prefiere este tipo de ordenación doméstica bajo cualesquiera condiciones.

### *Aculturación*

Como elemento integral de los sistemas sociales humanos, la cultura no es inmune al cambio. Por lo contrario, los comportamientos modelados por una cultura deben ser flexibles si han de ser adaptativos en un entorno cambiante. Se trate de un individuo, de una familia, o incluso de un grupo de familias, un sistema rodeado por una sociedad con ideales y expectativas diferentes es posible que haga algunas modificaciones en su propio conjunto de actividades prescritas culturalmente y los estándares en respuesta.

Tales cambios tienden normalmente a minimizar las diferencias visibles entre las dos culturas y se les denomina *aculturación*. Los niños en particular tienden a asimilar los estándares de muchos tipos de comportamiento de su grupo de compañeros, de tal modo que aprenden rápida-

mente a hablar y a actuar como sus compañeros. A pesar de esto, conservan muchos valores que les han enseñado sus padres. La aculturación no es un proceso uniforme, y mientras algunos comportamientos, tales como la elección del vestido, pueden ajustarse rápidamente a las normas externas, otros son más lentos para registrar cualquier impacto.

Algunas actitudes y acciones pueden volverse simplemente menos relevantes en un nuevo escenario. Cuando estaba estudiando medicina comunitaria en una ciudad mexicana, varias madres que procedían de pueblos pequeños me dijeron que en la ciudad sus hijos no padecían del “mal de ojo”, una enfermedad causada mágicamente, como ocurría en su pueblo. Realmente, encontré pocos casos reportados del “síndrome del mal de ojo” entre los niños urbanos, mientras que los síntomas similares que yo había estudiado en niños rurales eran atribuidos frecuentemente a esta causa. Las madres no dejaron de creer que el mal de ojo podía enfermar a sus niños, pero con la aculturación urbana ellas percibían como más importantes otras causas de enfermedad.<sup>9</sup>

Tales creencias o prácticas no desaparecen automáticamente con el contacto cultural, desde luego. Las enfermedades folclóricas como el mal de ojo o el síndrome de espanto (*susto*) parecen funcionar como marcadores de fronteras étnicas entre los mexicano-americanos en el sur de Texas.<sup>10</sup> Puesto que tales síndromes (que también incluyen el *empacho*, un trastorno digestivo, y la fontanela hundida) están siendo utilizados para conservar la frontera entre el sistema de comunidad anglosajona y la mexicano-americana, se han convertido, si en algo, en más notorios que en muchas partes de México.

Los puntos de vista filosóficos acerca de la naturaleza del mundo, la conducta adecuada de las relaciones humanas, y lo que da significado o valor a la vida habitualmente parecen cambiar mucho más lentamente, quizás porque están conectados con tantas otras áreas de la cultura. Los conceptos cosmológicos o anatómicos pueden a veces conservarse a pesar de los cambios de comportamiento. McClain encontró que tanto las comadronas como las madres en una comunidad mexicana que estaba aculturándose conservaban ideas tradicionales acerca de la anatomía y el desarrollo fetal, aunque el nacimiento y las prácticas del parto estaban siendo alterados para ajustarse más estrechamente a la moderna obstetricia.<sup>11</sup>

Por otro lado, algunas prácticas persisten ocasionalmente, incluso después de que las creencias que les han dado coherencia lógica han sido olvidadas. La medicina tradicional popular americana está llena de dichos como “da de comer a un resfriado y mata de hambre a una fiebre” o “gasta tus chanclos para que no agarres un resfriado”, y prácticas tales

como la de frotar un linimento que hace sentir la piel muy caliente sobre una articulación artrítica. Esos ejemplos no parecen estar relacionados y a menudo se supone que son meros remanentes de la sabiduría empírica popular porque el sistema médico humoral que dio origen a todos ellos ha desaparecido. La mayoría de los americanos no saben que sus remedios caseros favoritos y prácticas preventivas se originaron como un intento por equilibrar lo caliente, lo frío, lo húmedo, y lo seco. Han permanecido a pesar de la adopción general de ideas más científicas de las causas de las enfermedades.

La naturaleza desigual de la aculturación complica la valoración y la intervención de la enfermería, especialmente puesto que el grado de aculturación varía de un cliente a otro. McGregor señala que la enfermera puede ser engañada por el dominio del idioma por parte del cliente, olvidando así investigar el grado de aculturación.<sup>12</sup> En un caso que ella describe, un paciente sueco hablaba inglés fluidamente, pero el personal estaba confundido porque no aceptaba sus ofrecimientos de agua, jugos de frutas, y masajes de espalda. Se desconcertaron mucho cuando su esposa se quejó que no estaba siendo bien atendido, hasta que descubrieron para su sorpresa que las buenas maneras de los suecos requerían un ofrecimiento que debía ser repetido y rechazado unas cuantas veces hasta que fuera aceptado en debida forma. El paciente debió de sentirse igualmente angustiado por la rudeza inexplicable de sus enfermeras en respuesta a su comportamiento educado.

Un sistema de cliente que consista de varios individuos puede guardar niveles ampliamente dispares de aculturación. Con toda probabilidad, hay muchas familias vietnamitas en este país cuyos niños en edad escolar hablan inglés, juegan *baseball*, y comen hamburguesas, mientras el abuelo anciano habla sólo vietnamita y observa las costumbres tradicionales. Tal diferencia de aculturación puede causar tensiones dentro de una familia, grupo, o comunidad, que pueden exacerbar el estrés inherente al cambio cultural por la pérdida de las maneras viejas, tradicionales. Adaptarse al cambio cultural puede ser difícil si el sistema es un individuo, una familia extendida, o incluso una organización, como la firma electrónica en California que está ahora empezando a manejarse “al estilo japonés” por su nueva dirección.

Aparte de crear estrés, que puede conducir a una miríada de consecuencias negativas de salud, la aculturación tiene muchas veces un impacto inmediato y directo sobre la salud. Considérese el ejemplo de algunos grupos en la India que antes creían que la viruela era causada por la diosa Mata y rechazaban la vacuna por miedo a su castigo.<sup>13</sup> La viruela, en otro tiempo importantísimo problema de salud pública, ha sido elimi-

nada con la aceptación universal de la vacuna. Pero al otro lado del horizonte hay asuntos tales como el mercado de fórmulas infantiles en muchas naciones en desarrollo. El abandono de la alimentación al pecho materno en favor del biberón representa la aculturación hacia estándares más “modernos” euroamericanos, que pueden tener resultados desastrosos para la salud infantil en las áreas más pobres.<sup>14</sup>

### *Disonancia cultural*

En la aculturación, los sistemas con diferentes culturas hacen una acomodación bastante gradual, que tiende a reducir o a reformular los conflictos entre ellas. Pero a menudo no hay tiempo suficiente para el lento proceso de la aculturación. Cuando los valores, creencias, y comportamientos dictados por una cultura están encontrados con los de otra, el sistema que tiene que satisfacer de algún modo a ambas puede crear un estrés agudo. Los escenarios del cuidado de salud con frecuencia hacen demandas, tanto explícitas como implícitas, que pueden plantear serios dilemas a los pacientes.

Por ejemplo, un niño de pocos días tuvo que ser hospitalizado. Como el niño había sido alimentado al pecho hasta entonces, el personal quería animar a la madre a que se extrajera su leche y la guardara para que el niño pudiera continuar recibiendo los beneficios de la leche de su madre. La enfermera explicó el procedimiento para guardar la leche a través de una intérprete, puesto que la madre era una mujer Hmong de las colinas de Laos y no hablaba inglés. A medida que la mujer entendía lo que se le pedía, sus ojos se dilataban por el horror. Desde sus días más tempranos sabía que una madre que está amamantando no debía extraer su leche en un vaso o en una taza destapada porque contaminarían la leche los espíritus que pondrían en peligro al niño. Aunque deseaba cooperar con la enfermera, estaba horrorizada con la idea de que su leche, con los espíritus en ella, pudiera empeorar al niño.

Afortunadamente, en este caso la intérprete fue capaz de realizar una intervención cultural activa, explicando a la madre que si la botella de almacenaje era tapada inmediatamente y colocada en el refrigerador, los espíritus no entrarían en ella. La madre aceptó la idea de que el refrigerador podría impedir la entrada de los espíritus, y el niño continuó recibiendo la alimentación del pecho de su madre.<sup>15</sup> Aunque no era enfermera, esta intérprete cumplió con una meta importante de la práctica de la enfermería transcultural: la negociación exitosa de dos realidades clínicas en conflicto hacia una resolución aceptable para ambas partes.<sup>16</sup>



Los proveedores no son inmunes a los problemas de la disonancia cultural. Pffiferling puntualiza que los estudiantes de medicina pasan por un proceso deliberado de socialización que a veces produce tensión grave.<sup>17</sup> El estudiante es lanzado dentro de una jerarquía compleja en el hospital, la que elabora reglas para la conducta de rol, y se espera que el estudiante sea un superlogrador. Muchas veces, pocas o ninguna concesiones se hacen a los estudiantes para que ajusten sus patrones de actividades y de interacción, porque el énfasis se pone sobre los hechos y las técnicas de aprendizaje. Aunque el choque es habitualmente menos grave, la escuela de enfermería puede plantear problemas similares de conflicto de valor para algunas estudiantes. Las metas idealísticas que persigue esa gente demasiado joven que se matriculan como cuidadoras de salud muchas veces son demasiado incongruentes con las conductas premiadas por el sistema de cuidado de salud, y el consiguiente *shock de la realidad* descrito por Kramer es hoy en día una forma de disonancia cultural que puede limitar con el *shock cultural*.<sup>18</sup>

### *Shock cultural*

El shock cultural es un síndrome que puede reconocerse y que ocurre como respuesta a una inmersión súbita en un entorno no familiar. Brink y Sannders, en una ilustradora discusión de las implicaciones del shock cultural para la enfermería, sugerían varios tipos de estresantes que pueden contribuir a la situación: cambios en el sistema de la comunicación, diferencias mecánicas en el entorno, aislamiento de los parientes y amigos, cambios en la conducta usual del rol, y diferencias en las actitudes y creencias.<sup>19</sup> El ajuste a todos esos estresantes a la vez desemboca en shock cultural de uno u otro grado.

Típicamente, el síndrome exhibe cuatro fases consecutivas, incluyendo una *luna de miel* inicial que puede ser relevante sólo para las personas que han elegido su nueva experiencia —viajeros, estudiantes visitadoras, antropólogos, etc. (Es muy importante que los refugiados, los pacientes urgentemente hospitalizados, u otros individuos sumergidos involuntariamente en un nuevo contexto no pasen por esta fase de luna de miel.)

Después del entusiasmo inicial llega la segunda fase del shock cultural. Consiste en un período de *desencanto*, cuando lo novedoso ha desaparecido, pero siguen siendo difíciles todavía la comunicación, la adaptación a las costumbres, y el ajustarse a las demandas técnicas de la vida diaria. Los Cuerpos de Paz piensan que este período de soledad, frustración, y

depresión puede ser tan predecible que han acuñado un término para él, la “crisis del compromiso”. Como en cualquier crisis, la salida de este período depende de las experiencias anteriores con el cambio, las estrategias de enfrentamiento, y los recursos de apoyo.

Una persona que puede aguantar este período de crisis en una cultura ajena encontrará poco a poco que las costumbres son menos molestas, el lenguaje local menos difícil, y que disminuye la nostalgia por su casa. Esta fase de *comienzo de resolución* facilita casi de modo imperceptible la fase de *funcionamiento eficaz*, en la cual las personas se sienten tan a sus anchas en la nueva situación como se encontraban una vez en su país. De hecho, las personas que alcanzan este nivel de ajuste pueden esperar realísticamente atravesar alguna forma de *shock cultural reverso* cuando regresen a su país.

Brink y Saunders aportan una contribución importante a la enfermería al señalar la existencia de un shock cultural “atenuado” en muchos clientes que son hospitalizados por primera vez, encarcelados, o reubicados en otro lugar del país.<sup>20</sup> En la enfermería distributiva, la practicante puede encontrarse con algunos o muchos de estos casos de shock cultural atenuado: el estudiante de cuello azul en su primer semestre en el colegio de la Ivy League, el nuevo paciente de enfermería domiciliaria, o la familia de los Apalaches buscando trabajo en una ciudad de las zonas soleadas de Estados Unidos pueden encontrar el ajuste tan difícil como algunos grupos de emigrantes que llegan del extranjero.

La clave radica en determinar las causas de estrés, ayudando luego al cliente a identificar y a movilizar estrategias apropiadas de enfrentamiento y los recursos disponibles de asistencia.

El conocimiento de los recursos específicos dentro del grupo cultural del cliente será valioso en ese momento. Debido a que pueden transcurrir varios meses antes de que empiece a solucionarse el shock cultural desarrollado, la enfermera debería tener cuidado en mantener la evaluación de avance del cliente durante toda la segunda fase.

El concepto de shock cultural reverso es útil, también, a fin de planificar cuidados para la gente que va a ser dada de baja de una institución donde ha estado el suficiente tiempo para funcionar en ella efectivamente. Los presos que son liberados, los pacientes mentales que han estado recluidos durante mucho tiempo y van a volver a sus casas, o la gente que ha estado bajo rehabilitación física durante mucho tiempo después de un accidente pueden pasar todos por el shock cultural reverso. Los misioneros o los proveedores de cuidado de salud que regresan a casa después de un largo servicio en el extranjero experimentan a menudo una forma grave de shock cultural reverso, el cual es el más devastador

porque es inesperado y, por ello, no se conoce. De hecho, es posible que el shock cultural reverso fuera un factor que complicó los problemas de ajuste que algunos veteranos de Vietnam padecieron hace una década.

### *Reversión cultural*

A partir de las dificultades que el shock cultural reverso puede ocasionar, puede al mismo tiempo proporcionar un claro beneficio en la enfermera o el antropólogo que lo experimentan. Cualquier tipo de situación de shock cultural tiende a ayudar a elevar la percepción cultural en el observador sensible. El shock cultural reverso, en especial, ofrece el raro beneficio de la objetividad. Muchos aspectos de nuestra propia cultura que normalmente podríamos no sentirlos pueden verse con los ojos de un extraño durante tal reversión cultural; algunas de nuestras suposiciones y nuestros juicios culturalmente compartidos pueden ser sometidos a esa clase de escrutinio escéptico normalmente reservado para las creencias y prácticas de otros grupos.

Esta reversión cultural permite reinterpretar acciones que nos son familiares en otros términos. En el hospital, por ejemplo, el usar los uniformes de limpieza fuera del área de quirófanos puede servir como aserción de *status*. De igual modo, el largo de la bata blanca significa la condición de médico cuando los estudiantes de medicina visten chaquetas cortas de laboratorio, los residentes las visten más largas, y los profesores clínicos llevan batas blancas muy largas. Incluso el proceder de las rondas puede ser visto en cierto modo como un ritual.

La habilidad para practicar la reversión cultural puede serle muy útil a la enfermera que está esperando entender y corregir algunas fallas de la interacción cultural. Por fortuna, una vez experimentada, la reversión cultural puede usarse sin necesidad de que la practicante esté en medio del shock cultural reverso. Sin embargo, es casi imposible usar con eficacia la reversión cultural si no se tiene una actitud de relativismo cultural.

### *Relativismo cultural*

Esta posición ideológica, que se encuentra en oposición directa al etnocentrismo, es un prerrequisito para un acceso transcultural a la práctica de la enfermería. El *etnocentrismo*, o la creencia de que los modos de vida de la familia y la comunidad a la que se pertenece son mejores que los de cualquiera otra, es perfectamente natural. Con toda probabilidad, casi

toda la gente de cualquier cultura siente así, y este compromiso emocional ayuda a que la cultura permanezca intacta. Pero tal tipo de actitud puede ser la única y más grande barrera para el entendimiento intercultural.

Las enfermeras que se ocupan de clientes con diferentes antecedentes culturales deben estar prontas a evitar los juicios casi automáticos que se basan en lo que ellas creen y en sus ideales y buscar la lógica interna que hay detrás de la conducta y las creencias aparentemente raras de los clientes. Es esencial tener respeto por los sistemas culturales que no nos son familiares.

Desde luego, esto no siempre es fácil. Alterar la dieta hospitalaria para que un paciente musulmán no coma carne de cerdo y abstenerse de incluir en la agenda las citas de la mañana del sábado con una familia judía para que puedan guardar el Sabbath, puede ser molesto, pero ello no se contrapone con ningún valor hondamente sentido. Y una enfermera cuya familia desapruere fuertemente el sexo fuera del matrimonio puede experimentar ella misma disonancia cultural al ocuparse de un hombre joven cuya enfermedad venérea o hepatitis fue causada por actividad homosexual, y cuya inquietud emocional más importante por la enfermedad fuera acerca de su posible efecto sobre él como compañero sexual.

Tales dilemas éticos deben ser conocidos de manera que puedan ser resueltos. No puede esperarse que todo el mundo mantenga a toda hora un total relativismo desapasionado, pero los juicios negativos que partieran de la enfermera podrían acarrear estrés adicional al cliente ya en una crisis de salud.

Difícil como pueda serlo, el relativismo cultural es digno de ser cultivado. Facilita la recogida de datos para una valoración acuciosa, ayuda a conseguir la confianza y la cooperación del cliente durante la intervención, y promueve una evaluación realística de todos los resultados.

### *Nivel de análisis*

Es importante tanto en una situación transcultural de enfermería como en cualquier otra intervenir en el nivel adecuado dentro de la jerarquía de los sistemas. Después de todo, lo que uno piense no puede compensar la frustración y la pérdida de tiempo que ambos, enfermera y cliente, experimentan cuando la intervención con buen significado se dirige al individuo si la raíz del problema se encuentra en el sistema familiar. Porque las interacciones interculturales de enfermería están llenas de trampas al tratar de seleccionar el nivel adecuado para el análisis.

Con toda probabilidad, el error más común de este tipo es dirigir la

atención hacia el sistema individual más que al más inclusivo. Las disfunciones obvias en un sistema organizacional se atribuyen frecuentemente a las personalidades particulares que lo ocupan, cuando, al analizarlos, los problemas pueden ser achacados a cierta deficiencia estructural, como centralización excesiva o mínima.

Un enfoque improductivo sobre el individuo puede ocurrir igualmente cuando cliente y proveedor proceden de ambientes ampliamente divergentes y ninguno sabe mucho del otro. Muchos pacientes negros de extracción humilde han sido hospitalizados por alucinaciones o paranoia cuando se quejaban de que habían sido embrujados. Aunque muchos de ellos probablemente necesitaban el tratamiento psiquiátrico que recibieron, algunos hubieran recibido mayor beneficio de la intervención al nivel de la familia o de la comunidad. La enfermera que sabe que la creencia de que los “médicos de los orígenes” puede conjurar maleficios se halla muy difundida entre la comunidad del paciente podría ser capaz de rastrear las tensiones familiares o comunitarias que llevan a la gente a creer que una persona ha sido embrujada. Al identificar el origen del problema de esta manera podría lograrse dirigir la atención sobre esas relaciones interpersonales forzadas como el punto más adecuado de la intervención.

La enfermera que utiliza un enfoque transcultural debe igualmente tener cuidado de no concentrarse en el grupo a expensas del individuo. Ningún médico pensaría en tratar a un paciente negro con anemia de células falciformes antes de que las pruebas de laboratorio confirmen la presencia de la enfermedad; pero demasiados proveedores de salud no se detienen a exigir parecida confirmación de las actitudes culturales y las conductas sociales antes de proceder sobre la base de las expectativas generalizadas para todo un grupo étnico. Cuando esas expectativas se derivan de estereotipos populares, los resultados pueden ser especialmente perjudiciales, pues incluso la información, que es científicamente precisa, no puede aplicarse a cada individuo.

Tal es el caso de una estudiante graduada de enfermería que, estimulada por el Análisis de Stack de las estrategias domésticas de los negros urbanos,<sup>21</sup> se alegró cuando una mujer negra de edad media fue admitida en la sala del hospital. ¡Era la oportunidad perfecta para aplicar todos sus nuevos conocimientos! Impaciente, comenzó a hablarle a la mujer, suponiendo implícitamente que la paciente estaba criando a los niños de su hija y participando en el tipo de red doméstica que acababa de estudiar en clase. Después de unos minutos, la cliente advirtió a la estudiante en términos claros que ella defendía un estilo de vida más de clase media, y que nunca empleó ni aprobó ninguna de las tácticas sugeridas. Con toda claridad, la desconcertada estudiante advirtió ante sus compañeras

de clase que esta manera de actuar no era la mejor para iniciar una relación productiva enfermera-cliente, y más tarde tuvo que trabajar duro para vencer las dificultades causadas por ese paso en falso.

Parte de este problema, en este caso, era una confusión entre los valores culturales y las adaptaciones de conducta a las circunstancias. La clase de redes de supervivencia basadas en el parentesco que Stack encontró entre los receptores de beneficiencia de segunda generación había aparecido en otros tiempos y en otras circunstancias en la historia de los negros americanos.<sup>22</sup> Tales redes se basan en los ideales culturales comunes a los negros acerca de la naturaleza del parentesco, ideales que incluso la cliente de la que antes se ha hablado puede haber compartido. Pero la gente operacionaliza esos valores de parentesco en redes concretas de ayuda mutua sólo bajo algunas condiciones de estrés socioeconómico. Para ser eficaz, la enfermera debe procurar continuamente distinguir entre conceptos adecuados a los distintos niveles del grupo cultural y la clase social, y aplicar tales ideas al cliente individual sólo después de una valoración cuidadosa.

## GUIA DE LA VALORACION TRANSCULTURAL

### *Autovaloración*

El primer paso en una eficaz valoración transcultural de enfermería es la conciencia de la propia orientación cultural de la enfermera. ¿Quiénes fueron mis padres y mis abuelos? ¿De dónde venían, y en qué creyeron? Estas son preguntas razonables para empezar esta reflexión; y aunque son importantes, las familias no constituyen la única fuente de socialización. ¿Cuáles de sus ideales sigo yo respetando? y ¿cómo he cambiado mis valores? son preguntas que pueden llevar la autoevaluación un paso adelante. La enfermera que tiene conciencia de sus propios valores puede evitar el sentirse amenazada y reaccionar emocionalmente en lugar de hacerlo en forma racional y sin prejuicios cuando se enfrenta a otros sistemas culturales. El pasar por este proceso de la autovaloración da también a la enfermera la comprensión necesaria ante las dificultades de analizar la propia cultura, de manera que no tendrá expectativas irreales de que un cliente haga esto rápida y fácilmente.

La enfermera que reconoce un área de problemas en su terreno de la práctica –al tratar a pacientes con dolor o al discutir la sexualidad– se beneficiará grandemente de un análisis más estrecho de los sentimientos que rodean a esos temas y las bases culturales de esas reacciones. De

igual modo, toda enfermera se beneficiaría del ejercicio sugerido por Spector: pensar sobre su propia definición de enfermedad y hacer un inventario de todas las prácticas que su familia ejecuta para tratar de curar o prevenir determinadas enfermedades.<sup>23</sup> ¿Considera la enfermera que la enfermedad es una debilidad, una estrategia, un enemigo, un alivio, o un reto?<sup>24</sup> ¿Cómo afecta este punto de vista a las interacciones con pacientes que dan significados distintos a sus enfermedades?

Esta valoración probablemente será lo bastante completa que no se necesite repetirla. Puede ocurrir a veces, sin embargo, que una introspección posterior sobre la propia cultura de la enfermera clarifique algún problema u obstáculo que surjan en las interacciones interculturales, sean con los clientes o con otros trabajadores del cuidado de salud.

### *Valoración del cliente*

Al iniciar la valoración orientada culturalmente de un cliente, la enfermera necesitará seguramente algunos datos generales sobre los antecedentes sociales y culturales del individuo. Pueden darnos indicios sobre su contexto social saber dónde creció, cómo fue su familia, su educación. De igual modo, saber dónde vive, cuánto tiempo lleva viviendo ahí, dónde trabaja, que clase de trabajo realiza, cuándo y cómo descansa, todo ello puede sugerir el grado de aculturación en su presente situación, algunos puntos posibles de estrés, y también las fuentes potenciales de asistencia. La enfermera hábil puede ser capaz de reunir esos datos sin necesitar un interrogatorio formal de palabra; en casi todas las subculturas americanas, muchas de estas preguntas pueden ser perfectamente naturales en una conversación amistosa.

La enfermera debe siempre guardarse de atribuir valores basándose en las apariencias de una conducta superficial, pero una valoración sensitiva puede arrojar alguna luz sobre la realidad clínica del cliente. Mucha de la información necesaria puede obtenerse averiguando qué es lo que la persona cree que tiene, por qué le ha sucedido esto últimamente, qué significa para él o para ella, qué consecuencias espera, etcétera.

La versión del paciente del diagnóstico, la etiología, y el pronóstico, puede ser dramáticamente distinta de la del médico, o sutiles las diferencias. No es el momento de intentar reconciliar las dos versiones, porque al actuar tan precipitadamente se podría limitar la cantidad de información que el cliente podría proporcionar voluntariamente y podría dificultar el que la enfermera entienda de manera cabal la experiencia de la enfermedad del cliente.

Podría ser útil averiguar si el cliente ha sufrido antes un mal similar y, si así fuera, qué ocurrió y cómo lo enfrentó. Esto puede decir algo acerca de los mecanismos de enfrentamiento del cliente, lo que puede ser útil a la hora de planear la intervención. ¿Alguién más en su familia tuvo alguna vez ese problema? Las respuestas a esas preguntas pueden proporcionar indicios para la categorización de la enfermedad del cliente y proporcionar la historia familiar. Una persona que crea que otro miembro de la familia aguantó “algo similar” con toda probabilidad basará sus miedos y sus expectativas sobre su propio problema en el resultado de la experiencia de su pariente, independientemente de si hay o no asociación demostrable científicamente entre los dos trastornos.

Pudiera ser igualmente útil preguntar si hay algo más que molesta al paciente; esté muy pendiente de las señales de disonancia cultural o estrés de aculturación. El Señor Hara, por ejemplo, estaba ansioso por hablar acerca de los factores que estaban contribuyendo a sus dificultades, pero sus enfermeras no habían aprendido a escuchar desde una perspectiva transcultural y pasaron por alto mucho de lo que le habían oído porque se trataba de un “paciente psiquiátrico”. Y si cuando se están explorando otros problemas no aparecen nuevas percepciones dentro de los aspectos culturales del trastorno del cliente, puede permitirle pedir cambios en asuntos más triviales –la dieta en el hospital o agencia de citas en una instalación de pacientes externos– que podrían reducir el número de estresores que están golpeándolo.

Cuando el cliente es un sistema mayor, como una familia, la valoración debería incluir datos de la mayoría de fuentes posibles dentro del sistema. Más que preguntar por miembros específicos del grupo (esposo, madre, niños), puede ser útil ayudar al cliente a que trate de definir sus propias fronteras con una orden como “traiga a toda la familia”. Pero esté preparada: ¡una estudiante de enfermería que hizo eso se encontró con más de 20 personas esperándola en la siguiente cita!

En un sistema organizacional, no es práctico ni necesario hablar con todos los miembros individuales, pero deberían reunirse opiniones representativas de cada persona en cada uno de los componentes relevantes. Por ejemplo, cualquier problema en una escuela de enfermería deberá ser examinado desde los puntos de vista de la facultad, los estudiantes, la administración, y, dependiendo del asunto, del personal clerical o incluso del de conserjería.

Claramente, con independencia de que el cliente sea un paciente individual o un sistema más grande, la conclusión de la valoración dependerá del escenario de la práctica y de las metas de la enfermería. Algunas situaciones de enfermería requerirán información más detallada sobre



los antecedentes culturales del cliente; la enfermera puede querer obtener alguna perspectiva sobre el grupo cultural leyendo o entrevistando a otras personas conocedoras además de preguntar al cliente más estrechamente. En muchos casos, sin embargo, será adecuado un resumen de la valoración transcultural de enfermería. En cualquier acontecimiento, las herramientas más importantes de la enfermera serán su habilidad para proyectar su interés sin prejuicios por el cliente y su atención cuidadosa por los signos culturales en las respuestas a sus preguntas. Usando sólo esas herramientas, será capaz de reunir los datos que necesita acerca del contexto del cliente, la conducta, y los valores en el detalle que sea apropiado.

### *Intervención y evaluación*

Al planear la intervención, la enfermera puede estar preocupada por saber si la acción que va a proponer es congruente con los factores culturales no descubiertos durante la valoración. Puesto que un cambio en una de las partes del sistema afecta a casi todas las demás, es esencial analizar el impacto de todos los cambios que puedan preverse. ¿Alguna de las conductas que se hayan pedido al cliente entrará en conflicto con su rutina diaria ineludible? ¿Alguna es incompatible con alguna de sus creencias? ¿Qué clase de asistencia necesitará el cliente de los demás en su red social, y concuerda con la realidad el esperar tal asistencia?

Es posible que la enfermera procure alcanzar dos objetivos: (1) mejorar o mantener la salud del cliente de maneras medibles biomédicamente, de acuerdo con la definición del sistema de cuidado de salud que la situación del cliente es una “enfermedad”, y (2) eliminar los aspectos molestos de la “enfermedad” del cliente como él la está experimentando. Ambos objetivos pueden ser alcanzados de una manera que evitará disonancia cultural excesiva o estrés de aculturación, los que podrían muy bien complicar involuntariamente el cuadro clínico.

En un recuento clásico de los modos en que los factores culturales pueden interferir con una intervención planeada de salud, Wellin describe los esfuerzos de un trabajador de salud comunitaria en una pequeña ciudad de Perú para conseguir que la gente hirviera el agua antes de beberla.<sup>25</sup> Aparte de un pequeño grupo de amas de cada, de las cuales algunas eran totalmente forasteras y habían recibido con beneplácito las visitas y la amistad del trabajador de salud, sus esfuerzos fallaron. La creencia ampliamente extendida en un sistema de equilibrar los factores *calientes* y *fríos* entraba en conflicto con la idea de que la gente sana

debía beber agua hervida (caliente); incluso los que estaban dispuestos a aceptar tan absurda idea entendían que el agua o los alimentos dejados al sereno “se dormían” y por lo tanto se iban a enfriar de manera peligrosa. En consecuencia, el hervirlos debería hacerse cada día en las horas de la mañana de las ocupadas amas de casa, y para muchos era imposible alterar la rutina para encontrar tiempo para ello.

Aunque es difícil hallar en ese país una comunidad para la que resulte un problema el hervir el agua, el fracaso del trabajador primario de salud señala las dificultades inherentes de intentar cambiar incluso una conducta aparentemente simple; demuestra igualmente la necesidad de evaluación continua.

Tal evaluación podría ser un arma de doble filo. Por un lado, deberían tomarse medidas que fueran relevantes para la definición del problema en el sistema de cuidado de salud a fin de determinar los cambios en el grado de la enfermedad que está presente. Pero, por el otro lado, las alteraciones en la percepción que el cliente tiene del problema (el malestar) también necesitan ser tenidos en cuenta. La evaluación continua o periódica permite que la enfermera sepa si la intervención ha alcanzado sus objetivos e identificar los factores responsables cuando no ha ocurrido así. De este modo, la intervención puede ser flexible y puede evitar la creación de la disonancia cultural innecesaria. Igualmente importante, la enfermera posee datos suficientes sobre las realidades clínicas tanto del médico como del paciente para ayudar a la hora de negociar las diferencias entre ambos para una solución exitosa.

Con experiencia, las practicantes de enfermería encontrarán que el enfoque transcultural para la práctica de la enfermería puede beneficiar a cualquier cliente, no sólo a los que proceden de lugares exóticos que llegan con antecedentes poco usuales. Tanto pacientes como proveedores, posiblemente sin saberlo, ven el mundo a través de filtros culturales, pero la enfermera que puede echar mano de las técnicas de la valoración cultural de una manera libre de prejuicios posee una ventaja clara al planear intervenciones apropiadas culturalmente.

Tal enfermera no esperará que todos los clientes de una nacionalidad dada o de una identidad étnica reaccionen de la misma manera. Se presentan variaciones en las orientaciones de valor dentro de cada grupo, y la aculturación puede magnificar tales diferencias. Una perspectiva transcultural en la enfermería puede sensibilizar a las enfermeras para esas distinciones y ayudarlas a seleccionar el sistema adecuado para la valoración y la intervención. También podrán adquirir cabal conciencia del estrés que puede acompañar al cambio cultural, la angustia asociada a la disonancia cultural, y el shock cultural que se presenta cuando se

espera que la gente se ajuste al aislamiento social, así como a cambios en el entorno físico, la comunicación, la conducta de rol, y los valores y las actitudes. Con una orientación a los factores culturales, las enfermeras pueden ayudar a los clientes a solucionar ese tipo de problemas del contacto intercultural y a surgir como individuos más sanos.

## REFERENCIAS

- 1 Joanne E. Hall: "Distributive Health Care and Practice". In Joanne E. Hall and Barbara R. Weaver (eds.): *Distributive Nursing Practice: A Systems Approach to Community Health* (Philadelphia: J.B. Lippincott, 1977), p.4.
- 2 Charles A. Valentine: *Culture and Poverty: Critique and Counter-Proposals* (Chicago: University of Chicago Press, 1968), p.3.
- 3 Madeleine Leininger: *Transcultural Nursing: Concepts, Theories, and Practices* (New York: John Wiley & Sons, 1978), pp.336-348.
- 4 *Ibid.*
- 5 A.L. Kroeber and Clyde Kluckhohn: "Significance and Values". In Charles C. Hughes (ed.): *Custom-Made*, ed.2. (Chicago: Rand McNally, 1976), pp.233-235.
- 6 Mark Zborowski: *People in Pain* (San Francisco: Jossey-Bass, 1979).
- 7 Valentine, *op.cit.*, p.7.
- 8 Carol B. Stack: *All Our Kin: Strategies for Survival in a Black Community* (New York: Harper & Row, 1974).
- 9 Teresa F. Graedon: *Health and Nutritional Status in an Urban Community in Southern Mexico* (Ann Arbor: University Microfilms, 1976).
- 10 Arthur J. Rubel: *Across the Tracks* (Austin, Texas: University of Texas, 1966).
- 11 Carol McClain: "Ethno-obstetrics in Ajijic". *Anthropological Quarterly*, 48, 1:38-56, 1975.
- 12 Frances C. MacGregor: "Uncooperative Patients: Some Cultural Interpretations". *American Journal of Nursing*, 67:88-91, 1967.
- 13 McKim Marriott: "Western Medicine in a Village of Northern India". In Benjamin D. Paul (ed.): *Health, Culture, & Community* (New York: Russell Sage Foundation, 1955), p.253.
- 14 Nicholas Wade: "Bottle-Feeding: Adverse Effects of a Western Technology". *Science*, 184:45-48, 1974. See also Derrick B. Jelliffe and E.F. Patrice Jelliffe: "The Infant-Food Industry". *The Lancet*, 2:263-1978.
- 15 Elizabeth LaDu: "*Birthing Practice of Hmong Women*". Master's thesis (Portland, Oregon: Oregon Health Sciences University, 1982).
- 16 A. Kleinman, L. Eisenberg, and B. Good: "Culture, Illness and Care: Clinical Lessons from Anthropological and Cross-Cultural Research". *Annals of Internal Medicine*, 88:251-258, 1978.
- 17 John-Henry Pfifferling: "A Cultural Prescription for Medicocentrism". In L. Eisenberg and A. Kleinman (eds.): *The Relevance of Social for Medicine* (Boston: D. Reidel, 1980).
- 18 Marlene Kramer: *Reality Shock: Why Nurses Leave Nursing* (St. Louis: C.V. Mosby, 1974).
- 19 Pamela J. Brink and Judith M. Saunders: "Cultural Shock: Theoretical and Applied". In Pamela J. Brink (ed.): *Transcultural Nursing: A Book of Readings* (Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice-Hall, 1976), pp.126-138.
- 20 *Ibid.*, p.133.

- 21 Stack, *op.cit.*
- 22 Carol B. Stack: Personal Communication, 1977.
- 23 Rachel E. Spector: *Cultural Diversity in Health and Illness* (New York: Appleton-Century-Crofts, 1979), pp.15-54.
- 24 Pfifferling, *op.cit.*, p.215.
- 25 Edward Wellin: "Water Boiling in a Peruvian Town". In Paul, *op.cit.*, pp.71-103.

Se discute un enfoque de comunidad para la práctica de la enfermería, tomando en cuenta el proceso y las estrategias de la intervención.

## CAPITULO VEINTE

# **UN ENFOQUE DE COMUNIDAD PARA LA PRACTICA DE LA ENFERMERIA**

CAROLINE McCOY WHITE

A lo largo de la historia, la sociedad ha tenido diversas imágenes de la enfermera. Una imagen muestra a la enfermera auxiliando a un individuo gravemente enfermo en un hospital tecnológicamente sofisticado. Otra imagen presenta a la enfermera en las casas pobres, enseñando la salud infantil y dispensando cuidado directo a enfermos. En otra imagen, la enfermera se ve en una clínica de pacientes externos o en una agencia de cuidado comunitario de salud, donde los clientes reciben cuidado preventivo de salud para disminuir el riesgo de su enfermedad en desarrollo u otros efectos adversos de vivir en un entorno hostil. El cuadro de la enfermera actuando domiciliariamente y en instalaciones de pacientes externos ha sido largamente asociado con un enfoque comunitario para el cuidado de salud, principalmente debido a que el escenario implica practicar la enfermería en individuos y familias en la comunidad en donde viven y trabajan.

Actualmente, algunos todavía insisten en que la práctica de la enferme-

ría tiene que ver principalmente con los individuos y las familias fuera del hospital como si usaran de un enfoque comunitario. Sin embargo, tal como lo hemos concebido, un enfoque de comunidad para la práctica de la enfermería va, más allá de esto, hacia la consideración de la matriz social en la que la gente lleva su vida y a través de la cual experimenta fenómenos que pueden ser promotores de salud o productores de enfermedad. En un enfoque de comunidad, las acciones de enfermería están dirigidas al análisis de los datos descriptivos de agregados y grupos más que a clientes individuales. El enfoque de comunidad se ocupa del diseño y la implementación de programas y cursos de acción para cubrir las necesidades de salud de poblaciones identificadas.<sup>1</sup> De este modo, las acciones de enfermería pueden estar guiadas por el concepto del cuidado primario de salud de la Organización Mundial de la Salud, en el cual existe un interés común entre la comunidad y los proveedores de salud para la identificación de problemas de salud y el desarrollo de soluciones aceptables, como las describe Brown en el capítulo 27. Un enfoque de comunidad pone énfasis en el trabajo con la comunidad para desarrollar su habilidad por la autodeterminación y la autoconfianza en asuntos de salud.<sup>2</sup> Esto supone frecuentemente acción política para influir en la promulgación de leyes y en la formulación de reglamentos para dar forma a un entorno que ayude a la salud.<sup>3</sup> En un enfoque de comunidad, la comunidad es el cliente y las intervenciones se dirigen a un sistema social o a una población identificada más que a un individuo o a una familia específicos.

En este capítulo, usaremos el concepto de la enfermería enfocada al nivel de la comunidad. Los conceptos derivados de la teoría general de sistemas presentan una base racional para un enfoque de comunidad, y la comunidad se define en función de los propósitos de un enfoque de comunidad. El proceso de enfermería aplicado al nivel comunitario se describe en el sentido de que incluye la identificación de problemas, el análisis de problemas, las estrategias de intervención (desarrollo comunitario, planificación social, y acción social), y la evaluación del resultado. Finalmente, se hace hincapié en la investigación y el desarrollo de la teoría.

## LA PERSPECTIVA DE SISTEMAS COMO FUENTE DE DIRECCION PARA LA PRACTICA

La perspectiva de sistemas del mundo conduce por sí misma a un enfoque de comunidad para la práctica de la enfermería. Tal punto de vista sostiene

que todas las entidades son al mismo tiempo partes de entidades mayores (suprasistemas) y que están compuestas de entidades más pequeñas (subsistemas). Para ilustrarlo, el individuo puede concebirse como un ser compuesto de varios sistemas corporales, o subsistemas, como el sistema circulatorio, el sistema respiratorio, el sistema nervioso, etcétera. Al mismo tiempo, el individuo forma parte de sistemas más grandes, como la familia, el grupo de trabajo o escolar, la comunidad, y la sociedad. Dada la interrelación que se supone entre todos esos sistemas, cualquier cambio en uno de los sistemas puede afectar a los demás. Precisamente este aspecto de una perspectiva de sistemas es lo que proporciona el fundamento racional a las enfermeras para considerar a la comunidad como un campo para la práctica.

El enfoque de sistemas permite a la enfermera centrarse sobre un sistema particular, el cliente, y examinar entonces otros sistemas interrelacionados. Esos otros sistemas pueden ser los que con ellos interactúa directamente o por los que es influido indirectamente. Esos sistemas con los que tropieza pueden tener influencia benéfica o perjudicial sobre él. Las intervenciones para reforzar los beneficios o disminuir los efectos nocivos de los sistemas incidentes ayudan a sustentar la salud del cliente. Por eso, los distintos sistemas que interactúan con el cliente pueden ser fuentes de soluciones así como de problemas relacionados con la salud.

Tradicionalmente, las enfermeras se han centrado sobre el cliente como el origen de las soluciones para los problemas de salud al aceptar la noción del cambio cognoscitivo como una vía para el cambio de la conducta. Por ejemplo, se ha confiado en que el desarrollo de la introspección en psicoterapia y la adquisición de información a través de la enseñanza de salud podrían cambiar la conducta del cliente. Con mucha frecuencia esto no sucede. Demasiadas veces, las enfermeras han despreciado el contexto, o lo han aceptado como dado, en el que se da la conducta relacionada con la salud. Las limitaciones del cliente como origen de los problemas y soluciones de salud han ido evidenciándose a medida que las intervenciones dirigidas hacia los individuos fracasan debido a que los entornos no son sostenedores de la salud. Cada vez más se está reconociendo la contribución de la comunidad como mediador de riesgo de salud y oportunidad para la salud. Por ello, el objetivo del enfoque de comunidad es alterar el entorno del cliente de manera que disminuyan los riesgos de salud y se incrementen las oportunidades para una vida sana.

## DEFINICION DE COMUNIDAD EN UN ENFOQUE DE COMUNIDAD

El marco de sistemas que proporcionó la base racional para el enfoque de comunidad es útil para identificar los sistemas que pueden considerarse comunidades. El concepto que asignamos a la comunidad como un área con límites geográficos y como algo determinado por otros atributos fue discutido por Weaver en el capítulo 14. Las más de las veces, cuando las enfermeras hablan de los enfoques de comunidad, se están refiriendo a sistemas asociados directamente con el entorno de individuos y familias. Eso es adecuado, pero el marco de sistemas también permite otros puntos de vista de la comunidad que los que se relacionan con el cliente.

Las situaciones de enfermería incluyen los sistemas y el entorno de la enfermera así como al cliente. Las organizaciones en las que las enfermeras practican son poderosamente facilitadoras y represoras de soluciones para los problemas de salud del cliente y, por ello, son importantes para las enfermeras igual que para los clientes. Sin embargo, la raíz de algunos problemas de la práctica pueden no hallarse en la organización particular de cuidado de salud, sino más bien en el entorno de la organización o en la interacción entre varias organizaciones dentro del contexto del escenario de la práctica. Los sistemas dentro de la organización de cuidado de salud en los que la enfermera practica pueden considerarse una comunidad. Esta comunidad es el contexto tanto para la enfermera como para el cliente en tanto que interactúa alrededor de los problemas de salud del cliente. Por ello, la comunidad se refiere no sólo a donde vive el cliente, sino también al entorno en el que la enfermera y el cliente interactúan en una situación de enfermería.

Ejemplo de problemas que influyen tanto en la enfermera como en el cliente son la disponibilidad y la accesibilidad de los servicios de salud dentro de la comunidad. Los mecanismos de reembolso determinados por las compañías de seguros pueden limitar a las enfermeras en cuanto a los servicios que pueden ofrecer a los clientes en un sistema de cuidado de salud. Un caso a propósito es que frecuentemente se espera que las familias se presenten ellas mismas para la terapia familiar en una clínica de salud mental, cuando una valoración y una intervención más efectivas podrían tener lugar en la propia casa, como lo señala Smoyak en el capítulo 30. Sin embargo, si la cobertura del seguro familiar paga por la terapia familiar en la clínica y no en el domicilio, la terapia se restringe al entorno clínico, y las ventajas de la terapia en un escenario natural no están a disposición de la familia. Por ello, desde la perspectiva tanto del cliente como de la enfermera, los sistemas que se encuentran en el entorno inciden sobre la situación de enfermería, y las decisiones de



enfermería están determinadas por las fuentes de los recursos más que por el juicio profesional.

## PROCESO DE LA PRACTICA DE ENFERMERIA CON UN ENFOQUE DE COMUNIDAD

El proceso de enfermería se aplica al nivel de la comunidad como al nivel individual de la práctica de enfermería. Aunque los términos que describen las fases del proceso pueden modificarse, el proceso de ejercer un juicio profesional es similar independientemente del sistema del cliente.

El proceso de la práctica de la enfermería con un enfoque de comunidad se inicia con la identificación del problema que afecta a un número significativo de individuos. Luego sigue una fase de análisis, en la que la enfermera busca los aspectos del problema que están fuera de la habilidad del cliente para controlarlos y los cambios que podrían alterar favorablemente la situación de las personas afectadas. Se desarrollan intervenciones para lograr los cambios deseados y una de ellas se elige para la implementación. Por último, se evalúa la eficacia de la intervención y se repite el proceso hasta que se halla una solución aceptable.

El proceso total, desde la identificación del problema hasta la evaluación de las intervenciones, está incrustado en un contexto social.<sup>4</sup> Uno de los aspectos centrales del contexto son los valores culturales que predominan y determinan en gran medida lo que ha sido definido como problema.

### *Identificación de problemas*

La definición de un fenómeno como un problema es una expresión de valores. De igual modo, la creación de una solución para un problema de salud es una expresión de valores. Eso es cierto en todos los niveles del sistema. Es especialmente relevante en el nivel de la comunidad, donde múltiples factores crean la oportunidad para que valores conflictivos comiencen a operar en la definición y la solución de los problemas de salud.

La identificación de problemas puede presentarse mediante el análisis de datos epidemiológicos que describen los patrones de salud y enfermedad en la comunidad y su entorno físico y social. A partir de la comparación de la experiencia de salud y enfermedad de varias poblaciones

(jóvenes/viejos, blancos/no blancos, pobres/ricos), pueden identificarse grupos vulnerables en riesgo proporcionalmente mayor para problemas de salud. Esto lo discutió Hogue en el capítulo 17.

Otra táctica en la identificación de problemas es formular la pregunta, ¿qué impide que sea alcanzado el estado deseado de salud? El modelo de campo de fuerza de Lewin, descrito por Menke en el capítulo 5, es la base de este análisis. El truco para lograr un análisis de campo de fuerza consiste en ser cuidadoso en la investigación de los factores que bloquean el resultado deseado. Es especialmente importante ver más allá del sistema inmediato y su entorno para las fuerzas restrictoras. Esta investigación conduce a factores fuera de la habilidad del individuo para controlarlos. Muchos de esos factores están también más allá de la habilidad de la enfermera para controlarlos, pero el trabajo en colaboración con los que están afectados por el problema puede originar un cambio que sirva de apoyo para la salud.

### *Análisis de problemas como indicación para soluciones*

Una etapa crítica en el proceso de solución de problemas es el análisis de la situación. Este análisis puede llevarnos a descubrir las alteraciones potenciales que puedan servir como soluciones. El análisis de situaciones puede estar muy influido por los marcos desde los que se ven las situaciones. Un marco general de sistemas ha puesto ya énfasis en la naturaleza interrelacionada de los fenómenos. Los marcos adicionales que pueden ser útiles en el análisis de problemas al nivel de comunidad son la teoría de intercambio y los factores que influyen en la toma de decisiones.

**TEORIA DE INTERCAMBIO** La teoría de intercambio ha sido presentada por White como un marco para examinar la conducta organizacional, esto es, la conducta de las personas dentro de las organizaciones. En este marco, los individuos en las situaciones son vistos como persiguiendo sus intereses individuales. Participan en la organización porque la organización controla los recursos a los que quieren tener acceso.<sup>5</sup> Tales recursos incluyen dinero en forma de salario, prestigio, y clientes, entre otras cosas. La conducta de los individuos dentro de las organizaciones implica tomar decisiones respecto de la asignación de los recursos que controlan. Todas las personas controlan su tiempo y la disposición de sus destrezas; algunos individuos en las organizaciones controlan muchos más recursos y por eso se les considera gente poderosa.

Para entender una situación desde el marco de referencia de la teoría

de intercambio, es importante valorar cuatro elementos principales relativos a los recursos. Las preguntas que deben contestarse son

- 1 ¿Cuáles son los recursos implicados en la situación?
- 2 ¿Cuál es la naturaleza de los recursos?
- 3 ¿Quién controla los recursos?
- 4 ¿Con qué criterios se llevan a cabo las decisiones de asignación?

Las respuestas a estas cuatro preguntas ayudan en el análisis de problemas y sugieren reformas en la situación que pueden funcionar como soluciones a los problemas.

Este marco de recursos es un modo útil para abordar los asuntos de poder dentro de las organizaciones porque permite la operacionalización del concepto. El poder está asociado al control de recursos, en especial los recursos de dinero, destreza, espacio, equipo, y, lo más importante, el derecho de tomar decisiones. Una persona poderosa es aquella que controla los criterios mediante los cuales se toman las decisiones y decide si las asignaciones de los recursos se harán o no de acuerdo a esos criterios. El contestar las preguntas pertinentes acerca de los recursos ayuda a identificar las fuentes de poder en la situación y ofrece una explicación potencial de la conducta humana en el nivel organizacional. El analizar los sistemas dentro de la comunidad en función de flujos de recursos (entradas y salidas de varios sistemas de la comunidad) y su control puede ayudar a entender la situación —¿de dónde pueden emanar problemas potenciales?, ¿en dónde están localizados los puntos posibles para la intervención?, ¿quiénes son los actores principales en la situación?, y ¿qué acción de control sobre la asignación de recursos puede contribuir a cambiar la situación?

**FACTORES QUE INFLUYEN EN LA TOMA DE DECISIONES** Hasta aquí, la prosecución de recursos se ha presentado como uno de los determinantes principales de la conducta humana en el nivel organizacional. En el análisis de las situaciones, es de igual importancia la identificación de los factores que influyen en la toma de decisiones sobre la asignación de recursos. Tal marco fue diseñado originalmente para ayudar en el análisis de decisiones en el que se encontraba un dilema ético. También es útil en todas las situaciones de toma de decisiones porque identifica influencias significativas en quienes toman las decisiones.

Entre los factores que influyen en los individuos en las situaciones de toma de decisiones se incluyen actos, lealtades, valores, y normas. Cada persona involucrada en una situación se relaciona con una combinación

particular de esos cuatro factores. En algunas situaciones, algunos o todos los actores pueden poseer una combinación idéntica o casi idéntica de actos, lealtades, valores, y normas. Sin embargo, en muchas situaciones ninguno de esos elementos puede ser idéntico para la distinta gente involucrada. El análisis de esos cuatro factores para cada persona en la situación permite identificar el marco de referencia de la persona respecto de una decisión particular. Por ello, esta información, como la información sobre el control de recursos, puede ayudar a definir el problema o señalar modos de solucionarlo. Cuanta mayor información tenga una persona acerca de cómo esos factores se relacionan a cada actor en una situación, más capaz será de predecir cómo un individuo particular reaccionará y más idóneas serán las estrategias de planificación y de intervención de la persona cuando tenga que trabajar con grupos de la comunidad acerca de asuntos de la toma de decisiones.

## INTERVENCION EN COMUNIDADES: ESTRATEGIAS DE ORGANIZACION DE LA COMUNIDAD

Aunque las enfermeras han trabajado durante muchos años con grupos comunitarios y organizacionales para lograr un impacto en la salud, no han hecho explícitos sus modelos para la intervención en el nivel de comunidad. Los practicantes de trabajo social también trabajan en sistemas comunitarios para realizar cambio, y la literatura sobre trabajo social es rica en estudios de caso y propuestas para la práctica. Por ello, el contenido de esta sección sobre la intervención en la comunidad gira frecuentemente sobre la literatura del trabajo social, en especial sobre el pensamiento de Rothman, quien propone tres modelos de práctica de organización de la comunidad.<sup>6</sup>

Los modelos de Rothman son el desarrollo de la localidad, la planificación social, y la acción social (cuadro 20-1). Las ilustraciones de los elementos clave del marco de Rothman se fundamentan en la obra de Milio 9226 *Kercheval: The Storefront that Did Not Burn*. Mientras trabajaba como enfermera de salud comunitaria en Detroit durante la década de 1961-1970, Milio observó que los problemas del cuidado de salud de las mujeres de los barrios negros no iban a resolverse con tentativas de intervención en ellos como individuos, sino más bien que el mecanismo a través del cual se proveía el cuidado de salud tenía que ser modificado. Esta es la clase de acción que da origen a la enfermería con un enfoque comunitario. Milio incorporó los tres modelos estratégicos de Rothman a su trabajo con la comunidad, permitiendo con ello que las madres de

**CUADRO 20-1 TRES MODELOS DE PRACTICA DE ORGANIZACION DE LA COMUNIDAD DE ACUERDO CON VARIABLES SELECCIONADAS DE PRACTICA**

	MODELO A DESARROLLO DE LOCALIDAD	MODELO B PLANIFICACION SOCIAL	MODELO C ACCION SOCIAL
1 CATEGORIAS DE METAS DE ACCION COMUNITARIA	Autoayuda; capacidad e integración comunitarias (metas de proceso)	Solución de problemas de cara a los problemas importantes de la comunidad (metas de tareas)	Separación de las relaciones y recursos de poder; cambio institucional básico (metas de proceso o de tareas)
2 PRESUNCIONES ACERCA DE LA ESTRUCTURA DE LA COMUNIDAD Y LAS CONDICIONES DEL PROBLEMA	Comunidad eclipsada; anomia; falta de relaciones y capacidades de solución democrática de problemas; comunidad tradicional estática	Problemas sociales importantes; salud mental y física, habitación, recreación	Poblaciones marginadas, injusticia social, privaciones, desigualdad
3 ESTRATEGIA BASICA DE CAMBIO	Sector amplio de gente implicada en determinar y solucionar sus propios problemas	Recogida de hechos acerca de problemas y decisiones sobre el curso más racional de acción	Cristalización de los asuntos y organización de la gente para actuar contra los blancos enemigos
4 TACTICAS Y TECNICAS CARACTERISTICAS DE CAMBIO	Consenso: comunicación entre los grupos y los intereses de la comunidad; discusión de grupo	Consenso o conflicto	Conflicto o enfrentamiento; confrontación, acción directa, negociación
5 ROLES SOBRESALIENTES DE LA PRACTICANTE	Posibilitadora-catalizadora, coordinadora; maestra de capacidades de solución de problemas y de valores éticos	Recogedora y analista de hechos, implementadora de programas, facilitadora	Defensora de actividades, agitadora, corredora, negociadora, partidaria
6 INSTRUMENTO DEL CAMBIO	Manejo de los grupos pequeños orientados a tareas	Manejo de las organizaciones formales y de los datos	Manejo de las organizaciones de masas y de los procesos políticos
7 ORIENTACION HACIA LA(S) ESTRUCTURA(S) DE PODER	Los miembros de la estructura de poder como colaboradores en una empresa común	La estructura de poder como empleadores o patrocinadores	La estructura de poder como blanco externo de acción: los opresores deben ser frenados o derrotados
8 DEFINICION DE LAS FRONTERAS DEL SISTEMA DEL CLIENTE DE LA COMUNIDAD O DEL DISTRITO ELECTORAL	Comunidad geográfica total	Comunidad total o un segmento de la comunidad (incluyendo la comunidad "funcional")	Segmento de la comunidad
9 PRESUNCIONES ACERCA DE LOS INTERESES O LAS SUBPARTES DE LA COMUNIDAD	Intereses comunes o diferencias reconciliables	Intereses reconciliables o intereses en conflicto	Intereses en conflicto que no son fácilmente reconciliables: recursos escasos
10 COMPRESION DEL INTERES PUBLICO	Racionalista-unitario	Idealista-unitario	Realista-individualista
11 COMPRESION DE LA POBLACION CLIENTE O DEL DISTRITO ELECTORAL	Ciudadanos	Consumidores	Víctimas
12 COMPRESION DEL ROL DEL CLIENTE	Participantes en el proceso interaccional de la solución de problemas	Consumidores o receptores	Empleadores, electores, miembros

Adaptado de Jack Rothman: "Three Models of Community Organization Practice". En Fred M. Cox, *et al* (eds.): *Strategies of Community Organizations: A Book of Readings* (Itasca, Illinois: F.E. Peacock, 1974), pp. 24-25.

la vecindad asumieran la responsabilidad por su propia salud y la de sus hijos.<sup>7</sup>

Para los propósitos de este capítulo, los tres modelos de Rothman de la intervención comunitaria serán presentados en cuanto se relacionan con el desarrollo de la comunidad (desarrollo de la localidad), diseño estructural (planificación social), y distribución de poder (acción social). Los procesos y consecuencias asociadas con la enfermería a nivel comunitario son tales que hay implicaciones para los tres modelos independientemente de cuál sea la estrategia principal de intervención. Sin embargo, es útil para propósitos de presentación considerarlos por separado, mientras tenemos en cuenta que en muchas situaciones pueden ser empleados conjuntamente los tres modelos.

**DESARROLLO DE LA COMUNIDAD** El desarrollo de la comunidad se refiere al trabajo con grupos pequeños orientados a tareas para aumentar su capacidad de solución democrática de problemas en asuntos de la comunidad. La intención es enriquecer las destrezas de los miembros de la comunidad y la estructura social dentro de una comunidad. Esto se logra apoyándose en la cultura de la gente de una manera colaborativa hacia metas que la comunidad identifica como significativas y usando los medios que la comunidad identifica como adecuados. La colaboración, la negociación, y la enseñanza, como han sido descritas por Hall en el capítulo 9, son los procesos más convenientes para este modelo. Mientras que el ímpetu para las actividades del desarrollo comunitario puede llegar de fuera, el trabajo debe realizarse con los miembros de la comunidad. En algunas ocasiones, las enfermeras pueden necesitar alinearse ellas mismas con los grupos de la comunidad interactuando para resolver problemas de salud. En otras ocasiones, las enfermeras necesitarán reunir a la gente en grupos de tareas para facilitar el desarrollo de la comunidad. El trabajo de Milio con mujeres de los barrios negros contenía muchos elementos del enfoque del desarrollo comunitario e implicaba trabajar con grupos que ya existían y crear otros nuevos.

Goeppinger y otras están enseñando a graduadas de enfermería para la intervención con grupos en la comunidad usando una estrategia de desarrollo para crear los componentes de cuidado primario como fueron delineados por la Organización Mundial de la Salud.<sup>8</sup> Esto implica el uso de medidas simples y eficaces en función de costo, técnica, y organización, que son fácilmente accesibles para la gente de la comunidad. La intención es aliviar el dolor y el sufrimiento y mejorar las condiciones de la vida de los individuos, familiar, y comunidades.<sup>9</sup>

El desarrollo de la comunidad está relacionado con la idea de Cottrell

de la competencia de la comunidad. Puede ser que la competencia de la comunidad describe los resultados deseados del desarrollo de la comunidad y el cuidado primario de la salud en que

Una comunidad competente se concibe aquí como aquella en la que las distintas partes que componen la comunidad: (1) son capaces de colaborar efectivamente en la identificación de los problemas y las necesidades de la comunidad; (2) puede lograr unanimidad de trabajo sobre metas y prioridades; (3) puede ponerse de acuerdo sobre las maneras y los medios para implementar las metas acordadas; y (4) puede colaborar eficazmente en las acciones requeridas. Se propone aquí que una comunidad que proporciona las condiciones y genera las capacidades requeridas para alcanzar las pruebas anteriores de desempeño será competente para enfrentar los problemas de su vida colectiva.<sup>10</sup>

**DISEÑO ESTRUCTURAL** El diseño estructural se corresponde con el modelo de Rothman de la planificación social y se refiere a disponer los elementos en una forma intencionada. Este enfoque nace del hecho de que la manera en que los sistemas *están* organizados no necesariamente es la manera en que *deben estar* organizados. El cambio en las organizaciones puede ser útil para satisfacer las necesidades individuales o colectivas. La planificación, el proceso lo más asociado al diseño estructural, se concibe como un enfoque racional en el que hay decisiones explícitas acerca de las metas que deben alcanzarse; la información necesaria para lograr un diseño de acción, como los recursos disponibles; y la manera en que pueden obtenerse los recursos, organizarse, y manejarse.

Se pensó alguna vez que la planificación social era terreno de los expertos. Actualmente personas que diseñan sistemas sociales incluyen a quienes serán afectados durante el proceso de planificación. La planificación, como una de las estrategias para el cambio de la comunidad, fue puesta de relieve durante las décadas de 1961 a 1979. La legislación federal estableció los programas de Ciudades Modelo, los centros de salud mental comunitaria, y las agencias de los sistemas de salud, para señalar algunos ejemplos. Estos proyectos requerían la participación del consumidor en el proceso del diseño mediante membresía en los cuerpos de planificación, los comités consultativos, y las juntas directivas. Este mandato de la participación del consumidor levantó muchas preguntas. ¿Quién puede ser definido como consumidor? ¿El cliente real de un centro de salud, un cliente potencial, un miembro de la comunidad que represente a los consumidores en general? ¿Quién representaría al consumidor? ¿El mismo, un grupo organizado, un distrito electoral reconocido? ¿Cómo sería seleccionado el consumidor? ¿Por elección o por decreto; por quién; voluntariamente? ¿Qué necesita saber el consumidor para participar eficazmente en el proceso de planificación? ¿Las técnicas aso-

ciadas al proceso de la planificación, habilidades del proceso de grupo, conocimiento de la comunidad, conocimiento de lo que se está planificando y para qué?

Además de las preguntas acerca de quién deberá ser un consumidor y cómo serán seleccionadas esas personas, están los problemas de proporcionar asistencia a los miembros consumidores. Las personas para las que parte de su trabajo es participar en actividades de planificación seguramente poseen algún conocimiento y habilidades para la tarea y tienen acceso a servicios de oficinas o dinero para apoyar su trabajo para el grupo. Sin embargo, los consumidores pueden no tener esos recursos y están por ello en desventaja personalmente y ser menos capaces para desempeñar un rol activo de cooperación. La pregunta de nuevo: ¿Cómo puede el consumidor lograr una posición más equitativa respecto de los recursos necesarios para cumplir con la tarea del grupo?

Las enfermeras pueden ser una parte importante en el proceso de diseño al participar en los grupos de planificación del cuidado de salud, al actuar como intérpretes y agentes entre los proveedores y los consumidores del cuidado de salud, y al asistir a los consumidores a que adquieran las habilidades que ellos necesitan para ser miembros colaboradores de los grupos de planificación. Por ello, cuando se trabaja con consumidores del cuidado de salud, el desarrollo comunitario y el diseño estructural pueden estar estrechamente relacionados y coexistir como estrategias de intervención de la comunidad.

**DISTRIBUCION DEL PODER** Aunque las dos estrategias anteriores de desarrollo y diseño estructural de la comunidad pueden originar cambios en la distribución de poder dentro de la comunidad, el enfoque sobre el poder es lo más explícito con la estrategia que Rothman llama *acción social*. Esta estrategia implica el uso escalado y progresivo de la fuerza o de la amenaza de fuerza para efectuar el cambio. Un enfoque de acción social va asociado a confrontación, exigiendo, y amenazando rompimiento, y creando rompimiento si no se realizan los cambios deseados. Hall ha analizado en el capítulo 9 el empleo de la confrontación y el cabildeo como estrategias de cambio.

El trabajo de Alinsky con las organizaciones comunitarias es ejemplo de la acción social que intenta una redistribución de poder mediante la actividad política. Delinea tres cursos de acción posibles cuando te enfrentas a la necesidad de cambiar una situación. Uno, encuentra un muro de lamentaciones y compadécete de ti misma. Dos, empieza a actuar extravagantemente. Y tres, organiza y construye una plataforma de poder para efectuar el cambio en la política pública.<sup>11</sup>



Las consecuencias de salud de la política pública son cada vez más claras, como lo señaló Milio en su libro *Promoting Health Through Public Policy*.<sup>12</sup> Cada vez más, las enfermeras están percibiendo que la acción política es un cambio para cambiar situaciones para sí mismas y los clientes. Un caso a propósito es el estudio que llevaron a cabo Curry y Howe, cuyo objetivo era determinar si los recortes de fondos de 1982 para los servicios de salud materna e infantil tuvieron un efecto medible en el acceso al cuidado perinatal o en la incidencia de morbilidad perinatal en el estado de Oregon. Los datos del estudio estuvieron disponibles para los legisladores y los programadores de salud a través de informes de investigación y testimonio público por parte del investigador jefe para influir en la conveniencia legislativa y la política del cuidado de salud.<sup>13</sup> En cualquier sociedad, las leyes, las regulaciones administrativas, y los precedentes judiciales (jurisprudencia) son expresiones de poder. La acción para crear, enfrentar, o cambiar la política gubernamental se convierte en un ejercicio de manipulación de poder en que deben hacerse alianzas; poder desarrollado mediante coaliciones, dinero, votos, información, y acceso a la comunicación pública; y posiciones negociadas para conseguir una redistribución de poder que logre el cambio social.

### *Evaluación de los resultados*

Las estrategias de la comunidad pueden generar cambio tanto de primer orden como de segundo orden. El cambio de primer orden incluye aquellas alteraciones en la situación que mantienen el *status quo* y que no cambian importantemente el sistema. El cambio de segundo orden resulta en alteraciones importantes de los elementos del sistema, como roles, recursos, modos de operación, o relaciones, con el resultado de que cambia el propio sistema.<sup>14</sup> En el ejemplo del trabajo de Milio con madres en un centro de salud comunitaria, la intervención con madres individuales y niños resultó en un cambio de primer orden; esto es, básicamente su situación de salud no fue diferente por la intervención de enfermería. Cuantas más cosas cambiaban, tantas seguían igual. Cuando se cambió el método de la provisión de cuidado y se alteró el sistema de la provisión del cuidado de salud, surgió un cambio de segundo orden, que facilitó la salud materna e infantil. La evaluación del resultado de la intervención comunitaria debe estar dirigida tanto a los cambios de primer orden como a los de segundo orden que hayan ocurrido en la situación.

La evaluación en la comunidad a menudo ocurre en función de un producto, como un nuevo programa, un plan, una nueva política o pro-

cedimiento. Debido a su visibilidad, la evaluación del producto es la que más se emplea. Sin embargo, los demás aspectos de la situación son igualmente importantes. La evaluación de los procesos del desarrollo de la comunidad, la asignación de recursos, y la distribución de poder para determinar su eficiencia es esencial para guiar futuras intervenciones de la comunidad. La evaluación de cómo las intervenciones hayan alterado el contexto en el que interactúa la enfermera y el cliente se juzga que también es importante. Las entradas necesarias para asegurar el éxito futuro con un enfoque comunitario exigen consideración y luego exigen evaluación. Con una necesidad para la evaluación del contexto, las entradas requeridas, las estrategias apropiadas de proceso, y los productos de la intervención, el modelo CIPP (como lo describe Hall en el capítulo 44) se convierten en medios eficaces para organizar los datos necesarios a fin de evaluar los resultados de la intervención de enfermería.

## LA NECESIDAD DE INVESTIGACION Y EL DESARROLLO DE LA TEORIA

La enfermería definida aquí con enfoque comunitario no está fundamentada ni en la teoría formal de enfermería para guiar la práctica ni en la investigación de enfermería que señala qué modos de intervención son los más eficaces y en qué circunstancias. Existen marcos para considerar las interacciones paciente-enfermera que presentan el concepto de entorno. En el capítulo 15, Killien ha discutido las acciones para influir en los entornos individuales. Como las enfermeras están generalmente socializadas dentro de sus roles, no se pone énfasis en la comunidad como área de desarrollo de problemas y mejoría de problemas. Sin embargo, se han presentado asuntos sociales que tienen importancia para la salud en los *curricula* de enfermería, y se ha animado a las enfermeras a que sean activas con los grupos que trabajan en esos asuntos. Mientras que las organizaciones sociales ven con buenos ojos la acción social, no sucede así con la intervención a nivel comunitario en las teorías y la investigación que recoge la literatura de enfermería. Esperamos que el enfoque que se ha presentado en este capítulo proporcionará un marco mediante el cual puedan desarrollarse la teoría y la investigación para permitir un enfoque comunitario a un lugar más central en la conceptualización de la enfermería y la socialización de las practicantes profesionales.

## REFERENCIAS

- 1 Carolyn A. Williams: "Community Health Nursing: What Is It? *Nursing Outlook*, 25:250-254, 1977.
- 2 Janet Gottschalk: "Nursing and Community Development". In Beverly C. Flynn and Michael D. Miller (eds.): *Current Issues in Nursing*, vol.2. (St. Louis: C.V. Mosby, 1980), pp.51-56.
- 3 Sara H. Archer and Patricia A. Goehner: *Nurses: A Political Force* (Belmont, California: Wadsworth, 1982).
- 4 Henrik L. Blum: *Planning for Health* (New York: Human Sciences Press, 1974), p.20.
- 5 Paul E. White: "Resources as Determinants of Organizational Behavior". *Administrative Sciences Quarterly*, 19:355-379, 1977.
- 6 Jack Rothman: "Three Models of Community Organization Practice, Their Mixing and Phasing". In Fred M. Cox. *et al*, (eds.): *Strategies of Community Organization: A Book of Readings* (Itasca, Illinois: F.E. Peacock, 1974), pp.25-45.
- 7 Nancy Milio: *9226 Kercheval: The Storefront That Did Not Burn* (Ann Arbor: University of Michigan Press, 1971).
- 8 Jean Goepfinger: "Community Health Nursing". In Flynn and Miller, *op.cit.*, pp.57-63.
- 9 *Ibid.*, p.61.
- 10 Leonard S. Cottrell, Jr.: "The Competent Community", In Berton H. Kaplan, Robert N. Wilson, and Alexander H. Leighton (eds.): *Further Explorations in Social Psychiatry* (New York: Basic Books, 1976), pp.195-209.
- 11 Saul D. Alinsky: *Rules for Radicals* (New York: Random House, 1972), p.xxiii.
- 12 Nancy Milio: *Promoting Health Through Public Policy* (Philadelphia: F.A. Davis, 1981).
- 13 Mary and Curry and Carol L. Howe: *A Survey of the Access to Perinatal Care and the Incidence of Perinatal Morbidity in the State of Oregon* (Portland, Oregon: The Oregon Health Sciences University, 1983).
- 14 Paul Watzlawick, John Weakland, and Richard Fisch: *Change: Principles of Problem Formation and Problem Resolution* (New York: W.W. Norton, 1974).

Este capítulo describe un enfoque evaluativo para la práctica de la enfermería. El modelo que se propone es el fundamento para un “mapa de ruta” o guía sistemática para planificar, implementar, y evaluar las actividades de la práctica de enfermería.

## CAPITULO VEINTIUNO

# UN ENFOQUE EVALUATIVO PARA LA PRACTICA DE LA ENFERMERIA

PATRICIA M. SCHWIRIAN

## INVESTIGACION DE LA EVALUACION

En la década de 1961-1970 y de la de 1971-1980, tanto las agencias federales como las privadas estaban gastando pródigamente cantidades sin precedentes de fondos en los programas de servicios humanos. En educación, hubo nuevos experimentos nacionales de *curriculum* en ciencias, matemáticas, e idiomas. Se habían creado e implementado programas sociales nuevos como Headstart, Model Cities, y VISTA. Como consecuencia, había que demostrar en alguna manera responsable que los resultados de esos programas justificaban o no los desembolsos tan enormes que exigían.

Al principio, tales programas se habían evaluado con los relativamente tradicionales modelos cuasiexperimentales que tenían su fundamento en las ciencias físicas y de la conducta. Sin embargo, esos modelos habían demostrado ser inapropiados para la evaluación eficaz de los servicios humanos. Existían demasiadas variables que no podían ser controladas.

Los modelos clásicos no permitían la flexibilidad que se requería en un sistema como un programa de servicios humanos. En consecuencia, apareció la investigación de la evaluación. Los investigadores empezaron a desarrollar modelos y estrategias que se adaptaran mejor a la evaluación del suministro de servicios humanos.

Al fin de considerar la aplicación de un modelo de evaluación como una estrategia adecuada para desarrollar un enfoque organizado en la práctica de la enfermería, se debe entender claramente cuál es el propósito *real* de la evaluación. El entendimiento típico de la evaluación es que, cuando se acaba un trabajo o una tarea, es evaluado según su éxito o su fracaso. Sin embargo, si ése sólo fuera el uso que se le da a la evaluación, ésta no sería una herramienta útil para encuadrar la práctica de la enfermería. Necesitamos una estrategia que tenga en cuenta el proceso y el producto. Por tanto, el entendimiento más amplio de la evaluación es que se dirige al servicio de la toma de decisiones. Esto es, la evaluación es la reunión, el análisis, y la comunicación de la información que se necesita para tomar las mejores decisiones a lo largo de la planificación y la implementación de los programas de servicios humanos. En el caso de la enfermería, ese servicio humano es un buen cuidado de enfermería de los clientes. El modelo que vamos a discutir en este capítulo es una adaptación de uno que desarrolló Alkin.<sup>1</sup> Este modelo tiene las ventajas de la simplicidad y la flexibilidad, lo que lo hace muy útil para las enfermeras cuando “proyectamos” nuestro enfoque para la intervención de enfermería. El mapa de ruta tiene como finalidad el ayudarnos a identificar claramente nuestra meta blanco, a desarrollar estrategias alternativas para realizar avances hacia la meta y los medios con los cuales pueda valorarse el progreso a lo largo del camino, y a fijar los criterios mediante

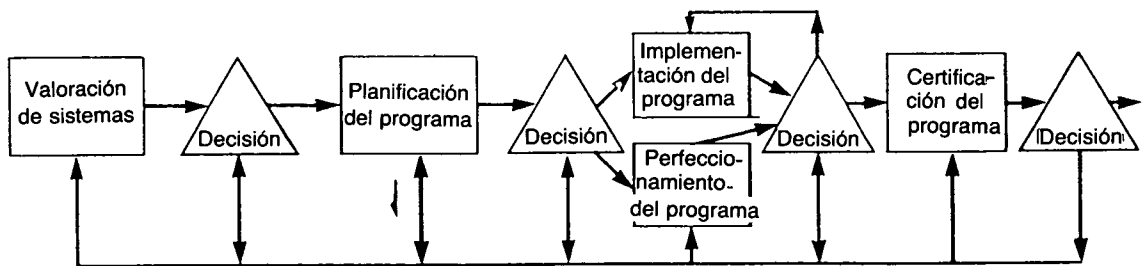


FIGURA 21-1

Modelo de evaluación de cuatro fases. (De Marvin Alkin: "Evaluation Theory Development". In Carol Weiss (ed.): Readings in social Action. Boston: Allyn and Bacon, 1972.)

los cuales sabemos que hemos llegado a la meta blanco. La figura 21-1 ilustra el modelo de una manera gráfica.

A fin de “leer” correctamente el modelo, tengan en cuenta los siguientes convencionalismos, usados normalmente, en modelos de ese tipo. Primero, la secuencia del tiempo se lee de izquierda a derecha. Por ello, debemos suponer que las actividades que están asociadas al recuadro de *valoración de sistemas* se realizan antes que las actividades asociadas al recuadro de *planificación del programa*. Segundo, los rectángulos indican actividades asociadas con la reunión, el proceso, y la comunicación de los datos (información), y los triángulos representan los momentos en que se toman las decisiones con base en la información proporcionada. (Aunque no se muestra en el modelo, se supone que la acción se toma basándose en esas decisiones.) El último convencionalismo es la inclusión de *circuitos de retroalimentación*, las flechas que entran y salen de todos los puntos a lo largo del modelo e indican que la información puede fluir hacia atrás o hacia adelante en cualquier punto a lo largo del camino con objeto de realizar ajustes o correcciones en el proceso.

## EL ENFOQUE EVALUATIVO EN ACCION

Varios principios básicos hacen de los modelos de evaluación herramientas útiles en la planificación y el suministro de un buen cuidado de enfermería. Primero, la evaluación entra al proceso en el mero principio del encuentro entre la enfermera y el cliente. No es una reflexión tardía que tenga que añadirse cuando todo el vocerío ha cesado y todos los problemas se han solucionado como se había esperado. El segundo principio importante es que mayor información es siempre mejor que menos, con tal de que sea la clase correcta. Un breve corolario a este principio es que hay información útil e información que no sirve. El uso eficaz de un enfoque evaluativo incluye definir lo que constituye la información útil y desechar la que no lo sea.

El tercer principio es que distintas decisiones requieren distintas clases de datos o información. Este principio es muy simple y se aplica normalmente en una base implícita, pero es importante que se haga explícita y se aplique con regularidad.

El cuarto principio es que un enfoque evaluativo no exige genio matemático o magia estadística. Exige lógica, seguimiento continuo, y habilidad para ver al cliente como un *holón* (sistema), el cual, por definición, es más que la suma de sus partes. Aún más, se debe admitir que un asunto subyacente de un enfoque evaluativo para la práctica de la enfer-

mería es la relación entre el manejo de la información, la toma de decisiones y la implementación existente. Las enfermeras no han sido consideradas comúnmente como manejadoras de información y tomadoras de decisiones ni por ellas mismas ni por los demás. Sin embargo, si se emplea sistemáticamente un enfoque evaluativo para la práctica de la enfermería, el *acto*, o la implementación del cuidado, es solamente una tercera parte de la responsabilidad de la enfermería. Además, la implementación no puede ser ni con mucho mejor que el manejo de la información y la toma de decisiones sobre la que se basa.

## APLICACION DEL MODELO DE EVALUACION

### *Fase 1: Valoración de sistemas*

La primera fase evaluativa consiste en la *valoración de sistemas*, y está representada en el modelo por el primer rectángulo. Recuérdese que los rectángulos en el modelo representan los momentos del proceso de un programa o actividad en los cuales se reúne la información, se analiza, y se presenta de alguna manera. En el caso de la enfermería, tal actividad es un programa de cuidado eficaz de enfermería para los sistemas del cliente. Durante la fase de valoración de sistemas la tarea primaria es poner en concordancia todos los datos relevantes para cada uno de los sistemas que deben tenerse en cuenta en el programa de cuidado de enfermería. Claro está, esto no es distinto de la primera fase de cualquier enfoque responsable para la práctica de la enfermería. Sin embargo, desde el principio el enfoque evaluativo no se centra sólo en el presente sino también en el futuro; esto es, deben tenerse en cuenta no sólo cómo *son* las cosas para el cliente, sino también cómo *deberían ser*. Con esto en mente, la pregunta inicial que se hará en la fase de valoración de sistemas es ¿qué sistemas deberán incluirse en la valoración? Obviamente, el lugar para empezar es el sistema del cliente.

Si el cliente es un individuo, se debería esperar valorarlo desde muchas perspectivas, incluyendo cosas como el estado y el funcionamiento fisiológico, y los sistemas psicosocial, espiritual, familiar, y otros de asistencia. Si el cliente es un grupo, como una familia, un grupo de trabajo, una población en riesgo, u otro sistema social, deberá entrar en juego valoración adicional. La valoración cuidadosa, completa, de sistemas proporciona datos para tres elementos principales del mapa de ruta. Primero, proporciona la base para tomar una determinación acerca del estado actual del sistema, lo que secundariamente permite identificar la natura-

leza y la magnitud de las diferencias entre lo que *es* y lo *que debería ser*. Reducir la magnitud de tales diferencias o eliminarlas es la *raison d'être* de la intervención de enfermería. Por ello, la identificación de esas diferencias es crucial para el proceso de la toma de decisiones, de la fijación de metas, y el establecimiento de prioridades frente al sistema del cliente y los otros pertinentes. Tercero, los datos de la valoración son esenciales para la fase de planificación del programa.

### *Fase 2: planificación del programa*

Los datos que se han recogido e interpretado en la fase de *planificación del programa* son los que nos ayudan a determinar qué recursos podrán emplearse para ayudar al cliente a salvar la brecha entre lo que es y lo que debería ser. En otras palabras, ¿en qué debemos trabajar conjuntamente a fin de encontrar las metas que serían el resultado de la fase de valoración de sistemas? En función de nuestra analogía del original mapa de ruta, en la fase de valoración de sistemas nuestra pregunta principal era ¿a dónde vamos? y en la fase de planificación del programa la pregunta es ¿cuáles son las rutas a las que tenemos acceso y pueden llevarnos ahí?

Alkin distingue entre dos categorías principales de fuentes de datos que proporcionan información para las decisiones de la planificación del programa. Una fuente de datos es interna al sistema en el que el programa se llevará a cabo; la otra fuente de datos es externa a ese sistema.<sup>2</sup>

Las *fuentes internas* de datos nacen desde los mismos sistemas de cuidado de salud, las destrezas de los demás sistemas profesionales del cuidado de salud en esos sistemas; tú misma, el cliente, los sistemas de asistencia del cliente, y la comunidad del cliente. Es evidente que, si el cliente es un grupo o una población, las fuentes internas de datos serán mayores necesariamente en cantidad y complejidad.

Las *fuentes externas* de datos surgen de los recursos fuera del perímetro de las fuentes citadas arriba. Sin duda una de las fuentes principales de datos externos son la enfermería clínica y las revistas de investigación. A través de ellas nos podemos beneficiar de las experiencias compartidas de otras enfermeras que han cuidado a clientes similares y enfrentado problemas clínicos similares, y tal vez descubrir alguna nueva alternativa de solución de problemas que pueda mejorar nuestras propias estrategias de cuidado.

Las dos primeras fases del mapa evaluativo de ruta para el cuidado eficaz de enfermería están, en este momento, cumplidas. En el transcurso de la valoración de sistemas, se recogieron y analizaron los datos a fin



de establecer metas apropiadas del estado de salud para el cliente así como las áreas de necesidad sobre las cuales debe enfocarse el cuidado de enfermería. Los datos internos y externos que se manejaron en la fase de planificación del programa, proporcionaron la información necesaria para tomar las mejores decisiones sobre qué recursos se usarían para el logro de esas metas. La fase siguiente del enfoque evaluativo para el cuidado de enfermería es la implementación existente de cuidado, empleando las herramientas y las estrategias decididas al principio.

### *Fase 3: implementación del programa y mejoramiento del programa*

Durante el transcurso de la implementación de un programa, Alkin recomienda hacer dos tipos de evaluación.<sup>3</sup> En función del hecho existente, los datos que se recogen para ambos tipos de evaluación se traslapan considerablemente. Por ello, es importante en este momento tener en cuenta los propósitos de los dos tipos de evaluación, y poder así identificar los datos más útiles, y hacer el mejor uso de los datos que se tengan a mano.

El primer propósito de la evaluación de la *implementación del programa* es cerciorarse de la extensión y el grado a los que el programa está teniendo éxito en realidad. Los datos pueden indicar que ocurrieron varias cosas distintas, pero cualquier resultado del programa, o la extensión a la que se ha implementado en la realidad el plan propuesto de cuidado, debe ser documentado. Los datos recogidos para esta fase de la evaluación incluirán el plan de enfermería de cuidado, información acerca del consentimiento del cliente, y las actividades de otros proveedores de cuidado y sistemas de asistencia en tanto que han compartido límites comunes con la implementación de la intervención de enfermería.

El segundo propósito de un enfoque evaluativo para el cuidado de enfermería durante la fase de implementación es la recolección e interpretación de los datos para el *mejoramiento del programa*. Este aspecto de la evaluación es importante en cualquier escenario, pero puede ser de particular importancia para el cuidado de enfermería de clientes tales como los que se encuentran en un ambiente de comunidad, en donde el contacto puede extenderse a lo largo de semanas o incluso meses en contraste con los períodos relativamente breves de contacto típicamente observados en escenarios de cuidado agudo.

Hasta este punto, se han descrito y discutido las fases en el enfoque evaluativo para la práctica de la enfermería como si marcharan de una manera clara, independiente, secuencial –primero, valoración de sistemas, luego planificación del programa, seguido de la implementación del pro-

grama y el mejoramiento del programa. Sin embargo, tal secuencia clara y sencilla no es en realidad el caso. Si se consulta de nuevo el modelo (fig. 21-1), se verá que en cualquier punto de la valoración o la decisión es posible salir a un circuito de retroalimentación, introducir nuevos datos o revisados al proceso, y por lo tanto permitir hacer ajustes que conduzcan a decisiones mejoradas en cualquier parte del proceso. Es importante recordar que las bases de información para la retroalimentación y las decisiones deben ser lo más explícitas posibles y estar claramente documentadas. Es igualmente importante observar con cuidado los resultados y describirlos, porque esa información puede ser necesaria para la retroalimentación en algún punto a lo largo del camino hacia la meta blanco.

#### *Fase 4: certificación del programa*

*Certificación del programa* es el término que emplea Alkin para referirse a la última fase principal en este modelo de evaluación.<sup>4</sup> El propósito de la recolección y las interpretaciones de los datos es certificar la eficiencia del programa del cuidado de enfermería. En función de nuestra analogía del mapa de ruta, la pregunta es ¿pudiste llegar a tu destino –la meta de un estado mejorado de salud para tu cliente?

Los mejores medios que tienes para contestar esa pregunta es valorar, una vez más, el estado del cliente y compararlo con los estándares que hayas establecido como resultado de la valoración de sistemas, realizado en la fase inicial de la intervención de enfermería con el cliente. Esta valoración final deberá enderezar cada una de las metas del cliente establecidas antes, y el nivel de logro alcanzado para cada meta. Si se han alcanzado todas las metas del cliente, ello proporciona los datos sobre los cuales basar la decisión de finalizar tu intervención de enfermería con ese sistema particular de cliente. Si se continúa sin alcanzar las metas, el circuito de retroalimentación a partir de la fase de certificación del programa para la valoración de sistemas retrocede hasta el principio, en donde una vez más valoras el estado del cliente y defines nuevas metas que sean coherentes con la condición actual del sistema.

Un segundo elemento que Alkin ha definido como formando parte de la fase de certificación del programa se refiere a la “capacidad de generalización” del programa planificado e implementado antes.<sup>5</sup> Esto es, si tu plan de cuidado demostró ser un gran éxito al ayudar al cliente a alcanzar la capacidad máxima funcional y el bienestar, ¿hasta dónde podría usarse efectivamente para otros clientes? ¿Bajo qué condiciones y circunstancias elegirías usarlo de nuevo o recomendarlo a tus colegas

de enfermería? Si piensas que la estrategia de intervención es buena, y se podría aplicar con eficacia a otros clientes, tu responsabilidad profesional es compartir esa información mediante informes, seminarios, debates, e incluso publicaciones. Recuerda que puedes contribuir estupendamente con información valiosa para los datos externos de la planificación del programa de tus colegas de enfermería.

## REFERENCIAS

- 1 Marvin Alkin: "Evaluation Theory Development". In Carol Weiss (ed.): *Readings in Social Action* (Boston: Allyn and Bacon, 1972), pp.114-115.
- 2 *Ibid.*, p.111.
- 3 *Ibid.*, pp.111-112.
- 4 *Ibid.*, p.112.
- 5 *Ibid.*

Este capítulo propone un enfoque para ayudar al cliente a que sea su propio abogado en el sistema de cuidado de salud.

## CAPITULO VEINTIDOS

# UN ENFOQUE DE ABOGACIA PARA LA PRACTICA DE LA ENFERMERIA

LORETTA NOWAKOWSKI

Se ha hablado mucho de la abogacía del cliente en la enfermería actual, pero ¿qué significa eso en realidad? Todo apunta con demasiada frecuencia a que los que se erigen como abogados del cliente propugnan que lo que *ellos* creen ser lo mejor para el cliente es más importante que lo que el *cliente* cree que es lo mejor o lo que él desea defender. En este capítulo, voy a presentar un enfoque de abogacía del cliente que he desarrollado a través de mi participación activa con pacientes en un escenario de cuidado agudo, tanto en calidad de practicante de la enfermería profesional como en calidad de miembro de la facultad de una escuela colegiada de enfermería. Mi trabajo se halla muy influido por mi orientación hacia un enfoque general de sistemas para la práctica de la enfermería y por el trabajo de Bowen. Bowen afirma que el individuo maduro actúa con responsabilidad en cualquier relación, dirige su conducta hacia una meta, y mantiene su conducta dirigida a metas en situaciones de gran ansiedad. Es más, Bowen insiste y pone énfasis en la salud del individuo, no en su enfermedad.<sup>1</sup> Dado que los sistemas están dirigidos a metas y que las

energías y los recursos de los sistemas están dirigidos hacia el logro de metas, deseo poner énfasis en el activo del individuo, no en su pasivo, desde el momento en que decido actuar como abogado del cliente.

Gambrell y Wilson comprobaron que, al trabajar con un grupo de niños que tenían dificultades para la lectura, su progreso en general era más lento cuando estos niños recibían enseñanza para superar sus incapacidades específicas que cuando la ayuda la recibían para reforzar las áreas en las que tenían mejor dominio o capacidad.<sup>2</sup> De igual forma, Meyer y Meyer estudiaron el desempeño en un escenario industrial y observaron que la evaluación del desempeño del obrero con los mejores resultados se lograba cuando ésta se centraba en el progreso que tenían para alcanzar metas determinadas que ellos mismos se fijaban y no cuando se centraba en las fallas que tenían para alcanzarlas.<sup>3</sup> Si comparamos en forma paralela estos estudios con el sistema actual de prestación de cuidado de salud, resulta evidente que el poner énfasis en nuestras incapacidades no cambia el sistema de manera positiva. En verdad constituye una disfunción importante la que existe en la preeminencia del modelo médico y en su enfoque de la enfermedad. No voy a negar la necesidad de que haya personal médico entrenado en el arte de curar la enfermedad, pero sí deseo oponerme al especial énfasis que se le ha concedido a esta faceta por tanto tiempo en el pasado y ahora en el cuidado de salud. Sin embargo, una gran parte de la educación en las ciencias de la salud se centra en la enfermedad y, en efecto, muy bien puede decirse que muchos practicantes en el campo de la salud, especialmente los médicos, manifiestan una “incapacidad entrenada” para ver la salud.

Cuando mi hijo tenía 11 años, lo llevé al médico para su revisión anual. Como preparación para la visita, platiqué con mi hijo acerca del propósito del examen y de algunas cosas que podía él hacer si lo deseaba. Una de ellas consistía en preguntarle al médico “¿qué es lo que tengo sano?” Le dije a mi hijo que así podría el médico explicarle algunas cosas acerca de su organismo de modo que ello le ayudaría a conocerse mejor como un ser biológico. Cuando mi hijo hubo salido del consultorio me dijo: “Le pregunté al médico qué es lo que tengo sano, mamá. ¡Y me dijo que no tengo ninguna hernia!” Si bien esta anécdota se refiere a un médico, tampoco las enfermeras son inmunes al asunto. Una antigua alumna mía me contó que en una ocasión hizo una visita similar al consultorio de un médico y, al mismo tiempo que él realizaba su rutina de examen, ella le preguntó: “¿Qué tal si me dice primero, por ejemplo, un par de cosas que estén sanas?” El médico la observó en silencio y luego, de repente, la enfermera ayudante soltó una risita nerviosa y dijo: “Oiga, ¿cómo puede preguntar eso?” Desde luego que podemos hacer

tal pregunta y debemos hacerla, si queremos adentrarnos de manera más significativa en el cuidado de salud. Todos nosotros por igual, profesionales del cuidado de salud y profanos, debemos tratar de saber qué es la salud y aceptar nuestra responsabilidad individual por lograrla y por conservarla.

Al buscar un concepto de responsabilidad por la salud, la referencia más útil que encontré fue el libro *On Being Responsible*, en donde se definía la responsabilidad como “una relación entre el individuo y los demás o una relación que el individuo tiene con determinadas situaciones”.<sup>4</sup> Los principales elementos de la responsabilidad son (1) el uso del sí mismo como agente, como hacedor, (2) conocimiento cabal e interpretación, y (3) responder moralmente por algo.<sup>5</sup> No es difícil identificar tales elementos en la relación profesional de la salud con el cliente, y lo mismo en la relación del cliente consigo mismo. A menudo el cliente da la impresión de ser un participante pasivo del cuidado de su salud y de no conocer adecuadamente o ser capaz de interpretar la información sobre su propio sistema, subsistemas, y suprasistemas con el fin de actuar de modo que ayude a conservar la salud o a recuperarla. Por lo que toca a responder moralmente por la propia salud de uno, finalmente cada uno de nosotros tiene obligación de responder, pero históricamente parece que hemos abdicado de este elemento de responsabilidad en favor de los prestadores de cuidado para obligarlos así a ellos a que respondan de los tratamientos acertados o de los fracasos. Recientemente, sin embargo, han surgido mucho más cuestiones y se ha puesto énfasis en el derecho y la obligación del individuo de aceptar responsabilidad moral y legal por su propio bienestar. No debe concederse una excesiva preeminencia a la responsabilidad de uno mismo por el cuidado de salud, como tampoco a la responsabilidad de los profesionales de la salud por procurar al individuo la información necesaria y la ayuda que lo capaciten para tomar decisiones sobre su propia vida y sobre lo que debe hacer para mantenerse en un estado saludable necesario para cumplir con sus metas en la vida.

Sin embargo, cuando tendía la vista hacia el mundo real de servicio a los clientes en un escenario de cuidado agudo, como lo era en el que yo misma estaba trabajando con estudiantes y con mis propios clientes, no pude encontrar a ninguna enfermera u otro profesional del cuidado de salud que procurara a los pacientes tal información y apoyo en cantidad suficiente. En cambio, pude comprobar que cuando el paciente ingresa al hospital se le pone en una situación de impotencia, en la que los demás saben qué es lo mejor basándose en una determinada disfunción. Todo el sistema de cuidado de salud está engranado por completo para buscar y, si es posible, curar una disfunción en el paciente. Sus fuerzas y activo

personales con demasiada frecuencia se desaprovechan como poderosos recursos que podrían mejorar su paso por la experiencia de la enfermedad e incluso más allá de ella. Es aquí donde descansa lo que, a mi modo de ver, constituye uno de los aspectos más desafiantes y estimulantes de la práctica profesional de la enfermería –la movilización del propio potencial y derechos y responsabilidades del cliente para usarlos en beneficio de su propio sistema, subsistemas, y suprasistemas.

## EL PASO DE LA PASIVIDAD A LA ACCION (DESECHAR EL ROL DE ENFERMO POR EL DE SANO)

Mi propio enfoque particular de abogacía del cliente está encaminado a ayudar al cliente a un cambio de la pasividad a la acción en su propio interés –ayudándole a hacerse activamente responsable de su propia salud y de las decisiones relacionadas con ella. La forma de operacionalizar mi trabajo con clientes se halla influida por las teorías de Bowen sobre terapia familiar, y que yo veo que puede aplicarse a otros sistemas además del de la familia. En primer lugar, el concepto central de Bowen es el de “la masa indiferenciada del ego familiar”, por el que se refiere a una cualidad de “fijación-simultaneidad” o fusión, que es “...una unicidad conglomerada emocional que existe en todos los niveles de intensidad”.<sup>6</sup> Otro de los conceptos de Bowen que tiene una relevancia especial para mí es la *triangulación*.<sup>7</sup> El triángulo se considera la pieza básica de construcción de un sistema emocional en el que hay tres personas o más, ya se trate del sistema de familia, social, o de trabajo. El triángulo entra en juego cuando la relación entre dos personas en un sistema se vuelve incómoda. Una de esas dos personas va a “triangular en” una tercera persona, que va a aliviar la tensión entre las dos anteriores; pero tales relaciones no son estables y existe un cambio y retriangulación constantes. Por último, Bowen pone énfasis en la distinción entre personas que reaccionan y personas que contestan a los otros en su familia determinada o sistema social. Un individuo *reacciona* cuando otro controla su comportamiento de manera que no hace lo que él quiere en realidad, sino lo que quiere la otra persona que haga. Por otra parte, una persona *contesta* cuando reconoce la posición del otro, pero no le deja que él controle su propio comportamiento. Es la diferencia entre ser manipulado y ser libre. Finalmente, el resultado de la terapia familiar consiste en ayudar a los miembros individuales de la familia a moverse hacia un nivel más alto de diferenciación de sí mismo, ayudando a la persona a contestar al

sistema –no solamente a reaccionar ante él– y a llegar a ser alguien dirigido por su propio interior y que establezca sus propias metas y asuma plena responsabilidad por su vida.<sup>8</sup>

En mi opinión, comparo al paciente en el hospital con el miembro familiar en la masa indiferenciada del ego familiar y veo que puede utilizar las teorías de Bowen como una base para entender el comportamiento del paciente en respuesta a su situación. De igual modo, en virtud de mi posición por la que proporciono un espacio de relación al paciente, puedo ayudarlo a pasar de la pasividad a la acción y a contestar más que a reaccionar ante la situación. Hago esto manteniendo una posición clara acerca de mí misma y mis responsabilidades en la situación. Sé muy bien que con frecuencia es la enfermera quien debe diferenciar y destriangular, porque la enfermera es triangulada con mucha frecuencia por el paciente o por el médico hacia una posición de interpretar al paciente para el médico o viceversa.

Mi concepto de mis responsabilidades, así como de las responsabilidades del paciente, me ha llevado a establecer un contrato de relación entre el paciente y yo. Cuando me encuentro por primera vez con mis pacientes en el hospital, les doy la mano, me presento, y les digo que mi enfoque de enfermería está en las decisiones que ellos deben tomar acerca del cuidado de su salud y en las cosas que deben hacer por sí mismos con el fin de desarrollar y mantener un estado de salud tal que les permita conseguir sus metas en la vida. Si ellos exponen tener dificultades ante estas cosas y que quisieran hacer algo por remediarlas y que les gustaría que les ayude, establecemos entonces un contrato que define qué es lo que cada uno de nosotros va a hacer para llegar a cualesquiera metas que determinemos. Los pacientes que establecen un contrato conmigo se convierten en *clientes de enfermería* y reciben cuidado profesional de enfermería. Si los pacientes no manifiestan su necesidad de ayuda de la clase que les he ofrecido, les digo que estoy a su disposición si algo se ofrece y que estaré encantada de hablar con ellos de nuevo. Entretanto, desde luego, ellos continúan recibiendo el cuidado de enfermería que el hospital proporciona con el fin de satisfacer las necesidades cotidianas.

Siempre que me he acercado a los pacientes de esta manera, tenían un mejor semblante al despedirme después de haber hablado con ellos que el que tenían en el momento de mi llegada, ya fuera que aceptaran mi oferta de servicios o no. Estoy convencida de que ello se debe a que les hago saber que no solamente creo que ellos tienen la responsabilidad de actuar en su propio beneficio sino que así lo harán ellos si se les da la ayuda adecuada. Además, creo que el nivel de responsabilidad que



ellos aceptan determina la forma en la que ellos van a vivir su vida. Esta clase de enfoque de enfermería está a una gran distancia del que los pacientes conocen por lo general, en el que la primera ocupación de la enfermera parece ser la de cumplir cabalmente las órdenes del médico.

Aquellos pacientes de quienes creo tienen necesidad de una enfermería centrada en lo que deben hacer por sí mismos y no simplemente lo que el médico quiere que hagan, pero que inicialmente han rechazado ese cuidado de enfermería, los denomino *clientes potenciales de enfermería*. Procuró darles información sobre enfermería y las responsabilidades de autocuidado de que pueden disponer al tiempo que les presto los servicios tradicionales de enfermería. En cuanto a los *clientes de no-enfermería* son aquellos que pueden cumplir con sus responsabilidades de cuidado de salud sin ayuda de la enfermería profesional.

Un ejemplo de cliente de no-enfermería es el de una mujer de unos setenta años de edad que acababa de someterse a una bunionectomía bilateral. Cuando me presenté ante ella se encontraba sentada en una silla con los pies levantados frente a ella. Me dijo sin ambages que de la enfermería quería tres cosas: que le dejaran las bandejas de la comida y el teléfono al alcance de su mano, alguien que le acercara el agua para el baño, y alguien que estuviera a su lado la primera vez que se pusiera de pie. Su salud general era buena. Ella entendía muy bien su cirugía y las consecuencias, y había seguido una excelente evolución. La enfermería profesional podría servir mejor a gente como esta mujer mediante el establecimiento de pautas para el cuidado de enfermería en cualquier nivel necesario y monitorizando su progreso dentro del sistema desde la entrada hasta la salida.

## LA PUESTA EN PRACTICA DE LAS IDEAS

Mi contacto inicial con un cliente potencial consiste en una entrevista que yo he designado como entrada de enfermería a una relación profesional enfermera-cliente. El siguiente es un ejemplo de cómo está estructurada la entrevista.

“Buenas tardes (días, noches), Señorita Adams. Soy Loretta Nowakowski, enfermera practicante y miembro de la facultad aquí en la universidad. Estoy trabajando con las Señorita Evans, estudiante *senior* de enfermería que va a pasar al puesto de practicante en este semestre. Nos gustaría trabajar juntas con Usted.”

En esta presentación, estrecho la mano de la paciente, etcétera, y la estudiante y yo acercamos las sillas al lado de la paciente y nos sentamos. Le hago saber que nos gustaría explicar a la paciente qué servicios estoy ofreciendo. Continúo diciendo: “Deseo hablar con Usted acerca de las decisiones de salud que Usted debe tomar en su estado de salud. Me gustaría también platicar sobre qué debe Usted hacer por sí misma en su presente condición física y en otros asuntos de salud de manera que pueda Usted obtener lo que desea de la vida tanto ahora como más adelante.” Al llegar aquí, muchos pacientes plantean preguntas como “¿qué es lo que tengo que hacer?” Casi siempre contesto: “Si desea que le ayudemos a definir qué debe Usted saber para tomar decisiones de salud que le atañen o a poner en claro sus decisiones y a establecer prioridades para Usted y para su familia, tendré mucho gusto en ayudarla de modo que Usted crea que va a servirle. Podemos también hablar sobre qué debe Usted hacer por sí misma de forma que mejore y se mantenga sana.”

Luego que la entrevista de admisión ha concluido, resumo para el paciente qué es lo que he escuchado y me centro en lo que creo es la principal área de interés. Por ejemplo, puedo decirle al paciente: “Creo que la mayor dificultad que Usted tiene para tomar la decisión consiste en su inseguridad acerca de sus opciones. ¿Es esto lo que realmente le preocupa?” O puedo intentar objetivar una situación de salud en la que parece haber mucha emotividad. Por ejemplo: “Por lo que entiendo, su idea de su salud difiere de lo que los médicos dicen. Hay modo de resolver esta diferencia.” Por último, trato siempre de incluir alguna expresión que dé ánimo a las acciones que el paciente ha elegido para alcanzar sus metas y de apoyar sus habilidades que sean convenientes para él. Termino la entrevista comentando con el paciente sobre el centro de nuestras interacciones potenciales y le pregunto si desea que yo trabaje con él en adelante. Si lo desea y establecemos un contrato, él es considerado entonces un cliente de enfermería profesional. En todo esto, es importante recordar, sin embargo, que llegue el paciente a ser un cliente o no, él continúa recibiendo todo el cuidado de enfermería tradicional que necesite de las estudiantes o de mí. Los servicios profesionales de enfermería que ofrecemos se hallan disponibles las 24 horas del día, los 7 días de la semana y están fuera y después de los servicios de enfermería existentes que ofrece el hospital.

Quizás, si expongo unos pocos ejemplos de mi trabajo con clientes, obtengan una idea más clara de cómo es operacionalizado mi enfoque en la abogacía del cliente.

## ESTUDIO DE CASO • SEÑORA T

La Señora T, de 58 años de edad, me fue referida por el personal de enfermería porque le era muy difícil tomar la decisión de someterse a una cateterización cardíaca y a una probable cirugía a corazón abierto. A diario, cuando su médico entraba en su cuarto a pedirle que firmara su autorización, ella se quedaba viéndolo, sin poder contestar.

En mi entrevista inicial con la Señora T, le expuse mi enfoque de enfermería y le comenté que yo sabía que se encontraba ante una situación muy difícil por la decisión que debía tomar y que parecía tener un gran problema para decidirse. Ella únicamente me miró. Le dije que la estudiante y yo, en equipo, podríamos ayudarla a tomar la decisión, si lo deseaba, y que yo tenía deseos de prestarle mi ayuda, aunque ella debería indicarme qué clase de ayuda era la que necesitaba. En la entrevista, la Señora T dijo que quería irse a su casa. Tanto la estudiante como yo interpretamos en ello un deseo más que una decisión. En el momento de la entrevista, la Señora T se hallaba en posición alta de Fowler y estaba recibiendo oxígeno por vía nasal y digital I.V. Padeecía una intensa ortopnea y tosía constantemente expulsando gran cantidad de flemas, lo cual insistió en asegurarme que se debía al estado de su corazón y no a un resfriado. Al final de la entrevista dejó en claro dos cosas: deseaba que yo regresara, y deseaba que la estudiante y yo estuviéramos presentes cuando el médico hablara con ella en sus rondas y durante los trámites. La estudiante y yo estuvimos de acuerdo en ello. La mañana siguiente, cuando la estudiante llegó a ver a la Señora T para estar con ella durante la ronda, pudo comprobar que ésta había tomado la decisión de someterse a la cateterización cardíaca. En el momento en que la estudiante estaba entrando en el cuarto oyó cómo el médico trataba de confortar a la Señora T afirmando que había tomado la “decisión correcta”. A medida que la estudiante avanzaba hacia ellos, la Señora T le dijo al médico: “Ella es la enfermera que me ayudó a tomar la decisión.” Luego, más tarde, le dijo a la estudiante: “¿Cree usted que tomé la decisión correcta?” Ni la estudiante ni yo habíamos discutido en ningún momento con ella los pros y los contras de una cateterización cardíaca. La estudiante contestó: “Señora T, usted está levantada esta mañana, en una silla, sin oxígeno ni I.V. Tiene brillo en su mirada y además sonrío. Parece que ésa es la decisión correcta para usted.” La cateterización cardíaca se llevó a cabo.

Luego de que hubimos trabajado durante 5 días con la Señora T después de la cateterización cardíaca, ayudándola a plantear preguntas, ella me pidió que yo hablara con el médico para ver qué otras opciones, además de las dos ofrecidas (cirugía a corazón abierto o internarse en un sanatorio), podía haber y que averiguara, además, cuál de todas las opciones ofrecía la oportunidad de vida más larga. Luego de ver la agenda del médico, volví con la Señora T y le dije: “Su médico está libre esta noche. ¿Quiere usted que hable yo con él?” Ella dijo: “Sí.”

Mientras tanto, me enteré de que la trabajadora social también había visitado a la Señora T y que anotó en su informe que era una persona pasiva, infantil, dependiente e incapaz de tomar la decisión que tenía ante sí. El médico, por su parte, me dijo que la Señora T era mentalmente lenta, pues no recordaba el nombre de sus médicos, uno de los cuales la había estado tratando desde hacía varios años y que además no seguía su dieta ni su régimen medicamentoso. Yo le dije que tampoco ella recordaba mi nombre, aunque sí me recordó al verme y reconoció el trozo de papel en donde había anotado mi nombre y número de teléfono. El médico y yo discutimos acerca de las opciones que la Señora T podía tener. Primera, el someterse a cirugía a corazón abierto, que suponía la mejor posibilidad de aumentar su esperanza de vida; segunda, internarse en un hospital donde su estado podía vigilarse de cerca y las medicaciones ajustarse según fuera necesario, con una esperanza potencial de vida de 6 meses;

tercera, regresar a su casa a morir; cuarta, esperar en su casa hasta que su estado llegara a ser crítico, momento este en que podía regresar al hospital en donde recibiría ayuda para morir. El médico se oponía a esta última opción porque dijo que se vería obligado, una vez llegado el momento, a hacer algo por ella, cosa que yo interpreté como en realidad nada, para mantenerla con vida. Le pregunté si quería él que fuera yo quien le expusiera las opciones a la Señora T y estuvo de acuerdo. Regresé con la Señora T y le dije que había hablado con su médico y que ya tenía yo la información que ella me había pedido. Le pregunté si quería conocer las opciones. Dijo: "Sí." Le narré de manera muy sencilla cuáles eran las opciones y las consecuencias previsibles de cada una. La Señora T me miró a los ojos con serenidad y me dijo: "Quiero irme a casa." Los médicos se sintieron muy desconcertados por esa decisión e hicieron ir a la trabajadora social a ver a la Señora T. Esta vez la trabajadora social escribió: "La Señora T parece que entiende cabalmente las consecuencias de su decisión y ha tomado una decisión que a mi modo de ver debemos apoyar."

Durante los 8 días que siguieron, el médico fue a ver a la Señora T cada mañana. Ella ya no necesitaba ni pedía que estuviéramos nosotras presentes para que hablara con él. El trató de convencerla de que se operara. Yo iba a visitarla todas las tardes. El diálogo solía ser así:

"¿Cómo está, Señora T?"

"Bien"

"¿Vino hoy a verla el médico?"

"Sí"

"¿Y qué le dijo?"

"Quiere que me opere"

"¿Y qué le dijo usted?"

"Le dije que no"

"¿Y qué dijo él de esto?"

"Dijo que volverá mañana"

"¿Qué piensa usted decirle mañana?"

"Lo mismo", y luego se reía

En esos días, la Señora T aprendió más sobre su autocuidado y fue planeando su alta.

Un domingo por la mañana me llamó por teléfono a mi casa.

"Me voy a casa. Mi gente ya viene en camino para recogerme."

"Estupendo. ¿Cómo se siente?"

"Bien. La llamaré cuando la necesite."

Pasó un mes y nadie tuvo noticias de la Señora T, así que la estudiante decidió llamarla a su casa (más que nada para aliviar mi ansiedad). La Señora T le dijo a la estudiante que seguía bien y, de nuevo, terminó la conversación diciendo que nos llamaría cuando nos necesitara. La última vez que tuve noticias de la Señora T continuaba en su casa, con vida y bastante tiempo después de pasados los 6 meses de que le habían pronosticado que viviría sin someterse a cirugía o a la vigilancia sofisticada de un sanatorio.

---

## ESTUDIO DE CASO • SEÑORA S

---

Otra de mis clientes fue la Señora S. Acababa de ingresar por segunda vez al hospital; la primera vez fue para cirugía de cáncer, y la segunda vez para el tratamiento de una

lesión metastásica. Durante esta segunda hospitalización, sufrió un paro cardíaco y fue resucitada con éxito. Me dijeron que dos días antes de que yo la viera, había dicho que quería morirse. Parecía totalmente indiferente y no hacía nada por cuidarse.

Entré en el cuarto de la Señora S y me presenté, así como a la estudiante. Se hallaba tendida en la cama, con los pies salidos y en alto, recibiendo oxígeno nasal y una I.V. Estaba pálida y tenía las manos dobladas sobre el pecho como si estuviera en un ataúd. Sentí su mano flácida al estrecharla y no mantenía contacto con su mirada. Cuando estaba yo hablando sobre mi enfoque, la hija de la Señora S que, con su marido, estaba en el cuarto, dijo: “Creo que mi madre no conoce qué opciones tiene.” Empezábamos a hablar de ese aspecto, cuando tres médicos entraron en el cuarto. La hija y el yerno se levantaron de inmediato y salieron del cuarto sin pronunciar palabra. Uno de los médicos me saludó y yo le dije que había empezado a hablar con la Señora S y que en ese momento íbamos a tratar sobre su falta de conocimiento acerca de sus opciones. El médico que estaba al otro lado de la cama enfrente de mí empezó inmediatamente a comentar con todo detalle un aspecto del cuidado médico de la Señora S, dirigiéndome sus palabras tal y como si ella no existiera. Antes de que yo pudiera decir “oiga, no se trata de mi salud –sino de la de la Señora S”, la Señora empezó a hablar tranquila pero segura: “¿Puedo hablar con mis médicos?” Yo dije: “Desde luego que sí. ¿Quiere usted que yo salga?” Ella dijo: “sí”, y me marché.

Este episodio ilustra mi manera de pensar acerca de que se trata de la vida del paciente y de la relación del paciente con el médico. No me parece necesario ni tengo yo tampoco la necesidad de inmiscuirme en la relación paciente-médico y dar pie, por lo tanto, a una situación de triangulación.

Luego de que hube dejado el cuarto, estuve hablando con la hija de la Señora S y el yerno durante unos 20 minutos. En esa conversación aprendí dos cosas importantes. En primer lugar, las ideas de su hija acerca de la muerte y de cómo morir eran distintas de las de su madre. La hija quería que su madre tuviera más información. Les hice saber que yo creía que su madre en ese momento estaba obteniendo información de los médicos acerca de todo lo referente a sus opciones médicas. Preferí crear un ambiente de desarrollo en el que su madre pudiera estar al tanto de que podía disponer de la información, pero que la Señora S tendría que indicar en qué momento estaría lista y qué era lo que deseaba, porque su horario y la necesidad de información podrían ser totalmente distintos a los de la hija o los míos. En segundo lugar, la hija dijo que su madre había preguntado: “¿Qué pasará si tengo otro ataque cardíaco fuera del hospital y lejos de un cuidado médico inmediato?” Su hija le contestó que podría morir. La hija concluyó nuestra conversación pidiéndome que volviera después de las horas de visita para ver si su madre deseaba entonces mi ayuda. Ella tenía la impresión de que su madre podría hablar mejor conmigo luego de que ella y su marido se hubieran marchado. Le dije que así lo haría.

Cuando regresé después de las 9 aquella noche, le pregunté a la Señora S si deseaba discutir algún asunto conmigo o si podía yo servirle de ayuda con alguna inquietud que ella pudiera tener. Dijo que eran tantas sus inquietudes que no sabía por dónde empezar. Esperé hasta que estuvo dispuesta a hablar; luego me senté junto a la cabecera de su cama y fui tomando nota, textualmente, de nuestra conversación. La Señora S estuvo hablando unos 25 ó 30 minutos. Comenzó por examinar sus opciones y las de su familia –cuatro de sus hijos por lo menos querían tenerla en sus casas– y algunas de las opciones médicas. A veces su voz se perdía, de modo que yo no podía oír qué decía. Yo no dije nada en ningún momento durante todo ese tiempo. Al final, dijo que estaba cansada. Yo le dije que podía darme cuenta de ello, además de que estaba reflexionando mucho y haciendo un gran esfuerzo por obtener una conclusión sobre sus opciones y sobre qué quería ella hacer con su vida. Dijo: “Sí que lo estoy.” Le pregunté si deseaba algo más de mi parte, y dijo: “No.” Le pregunté si quería que yo volviera al día siguiente y dijo: “Sí.” Cuando regresé al día siguiente

supe por el informe que la Señora S había decidido irse a su casa. La estudiante y yo fuimos a su cuarto. Estaba sentada en la cama sin oxígeno ni I.V. Tenía color en sus mejillas, y sus ojos cafés eran ahora chispeantes y de viva mirada. Cuando entraba yo al cuarto dijo: “Ella es la enfermera que tanto me ha ayudado. La conversación que tuvimos anoche me ha ayudado más de lo que puedo decir.” En ese momento, su hija y su yerno se levantaron y abandonaron el cuarto. Le pregunté a la Señora S si quería que tratáramos algún otro asunto hoy, y dijo que sí le gustaría. De nuevo me senté y comencé a tomar notas. La Señora S habló unos 15 minutos esta vez. Habló de sus miedos de morir, y comentó el hecho de que se asustaba cuando hablaba de su propia muerte. A veces, su voz otra vez se volvía inaudible. No puse en claro, ni repetí o reiteré nada de lo que estaba diciendo. Hacia el final de la conversación, pidió que le colocara el oxígeno nasal. En ese momento, apoyé sus esfuerzos y dije: “Sigue usted trabajando mucho con su mente, esta vez reflexionando sobre asuntos importantes de su propia vida y de su muerte.” Dijo: “Así es.”

Le expliqué: “Cuando se piensa en estas cosas, se siente ansiedad, lo que a su vez puede aumentar su necesidad de oxígeno o la sensación de que le falta el aire.” Tras esto se relajó un poco. Seguimos hablando un poco más y concluyó que se sentía satisfecha de sus decisiones y de sus planes para que la dieran de alta. Al día siguiente la Señora S se fue a su casa. Salió contenta haciendo ademán de saludo con la mano a todo el personal y, mientras era conducida al elevador en silla de ruedas, reía.

## ESTUDIO DE CASO • SEÑORA P

La Señora P fue otra de las clientes con las que trabajé. Tenía 47 años de edad y acababa de someterse a D y C dos semanas antes de que yo la viera por primera vez. La estudiante que estaba trabajando con la señora P me pidió que fuera yo a verla porque la paciente estaba deprimida y preocupada por su salud. Se hallaba todavía guardando reposo en cama, sentía dolor, tenía fiebre y no había observado progreso alguno hacia algún sentimiento de bienestar. Sus preguntas al personal indicaban que estaba consciente de cuán enferma estaba y que había una posible conexión entre la forma cómo se sentía y la D y C. Para empeorar las cosas, el médico que le había practicado la D y C se encontraba fuera de la ciudad.

Cuando me entrevisté con la Señora P, averigüé que su marido había tratado de que un segundo médico la examinara, pero ella se opuso porque le preocupaba la reacción que podría tener el primer médico. Hablamos durante un tiempo, y llegué a la conclusión de que la mejor forma en que podría ayudarla era apoyándola en sus esfuerzos por obtener información acerca de su salud y los cuidados de rutina, reforzando su derecho, de hecho su responsabilidad, de buscar una segunda opinión médica. Era su vida lo que estaba de por medio, y ella estaba descontenta con la forma en que había manejado su cuidado su primer médico. Podía también ayudarla objetivizando sus temores acerca de una consulta, diciéndole: “Algunos médicos se molestan cuando uno pide una consulta, pero otros clientes me han dicho ‘si mi médico protesta, entonces no es el médico que necesito’.” Por último, podría, si la Señora P quería, ayudarla a formular las preguntas que debía hacer para obtener la clase de información que necesitaba. Después de platicar con ella y darle mi opinión, la Señora P dijo que quería esperar a hablar con su marido antes de tomar acción alguna. Esa noche, la Señora P y su marido se pusieron de acuerdo con otro médico para que la viera lo antes posible. A partir de entonces, las enfermeras de la unidad notaron que se veía mejor y que participaba más a fondo en su propio cuidado. Con un poco de ayuda, la Señora P pasó ciertamente de la pasividad a la acción.

## EVALUACION DEL ENFOQUE

¿Cómo sé yo que mi enfoque funciona? Hasta aquí, mis intentos de dar validez a mi enfoque de abogacía del cliente no han sido altamente estructurados ni estadísticamente seguros, pero trato de probar su validez contestando a dos preguntas básicas. Primera, ¿son los enfoques de mis esfuerzos y los servicios ofrecidos considerados como útiles por mis clientes? Segunda, ¿hay lagunas e incongruencias entre mi enfoque real hacia los clientes y las suposiciones sobre las que se basa? Cuando examino mis ideas y métodos, recabo los datos en forma de registros textuales de cada contacto con el cliente, incluyendo la entrevista inicial. Estos registros sirven como notas de progreso mientras las estudiantes y yo estamos trabajando con un cliente y pueden revisarse después para extraer datos relevantes que sirvan para dar respuesta a las dos preguntas antes planteadas.

En resumen, sin embargo, los clientes han expresado su entusiasmo y aprecio por la clase de servicios que las estudiantes y yo les ofrecemos. Muchos de ellos me piden incluso una tarjeta como referencia futura. Una mujer dijo: “Creo que este servicio es formidable. He oído hablar de trabajo social y de psicología. ¿Cómo se llama éste? ¿Enfermería? No creo que ésta sea la forma de práctica en Nueva York. Yo vivo allá y a mí me gustaría esta clase de servicio.”

Por otra parte, los médicos tienden a aferrarse a la idea de que la enfermera es una ayudante del médico y que los servicios de enfermería forman parte del contrato del paciente con el hospital. Lo último es cierto dentro de la realidad operacional de la enfermería hospitalaria hoy en día, y lo admito. Sin embargo, como nos hemos mantenido en poner en acción el enfoque, a menudo sin que el propio médico se diera cuenta, no hemos observado resistencia principalmente, creo, porque siempre hemos tratado la relación paciente-médico como un contrato válido, legítimo, iniciado por el paciente y mantenido por él. Nosotras no nos entrometemos en esa relación.

En resumen, deseo añadir que estoy convencida de que, cualquiera que sea la situación, la enfermera practicante debe preguntar: “¿Por qué es necesaria la enfermería? ¿Qué destrezas de enfermería son las más apropiadas? ¿Qué resultados de la intervención de la enfermería deben buscarse de manera legítima?” En tanto interactúo con el cliente para ayudarlo a lograr su estado deseado y a servirle de abogado, me esfuerzo a ayudarlo a

- 1 Objetivar su situación de salud de modo que pueda hacer uso de un enfoque de solución de problemas en lo que él desea y necesita hacer por su propia salud y su vida
- 2 Identificar los factores relevantes para conservar la salud, lo que está haciendo correctamente y lo que podría hacer para mejorar su salud
- 3 Identificar las fuerzas que él puede capitalizar para alcanzar sus metas
- 4 Identificar y desarrollar conocimiento y destrezas para conservar y promover la salud
- 5 Desarrollar un concepto más amplio y completo de factores relevantes que influyen en la salud; por ejemplo: el estrés en su vida y en su familia
- 6 Identificar opciones en su estado de salud y cuidado de salud
- 7 Identificar la información necesaria para decisiones de salud, y dónde y cómo obtener esa información
- 8 Ejecutar las decisiones de salud que él toma manteniendo sus prioridades para su propia vida

## REFERENCIAS

- 1 Murray Bowen: "The Use of Family in Clinical Practice". *Comprehensive Psychiatry*, 7:345-374, October 1966.
- 2 Linda B. Gambrell and Robert M. Wilson: *Focusing on the Strengths of Children* (Belmont, California, Lear Siegler/Fearon, 1973).
- 3 Kay Meyer and French Meyer, Jr.: "Split Roles in Performance Appraisal". *Harvard Business Review*, 123-129, January-February 1965.
- 4 Jane M. Gustafson and James T. Laney: *On Being Responsible* (New York: Harper & Row, 1968).
- 5 *Ibid.*
- 6 Bowen, *op.cit.*
- 7 *Ibid.*
- 8 *Ibid.*

## BIBLIOGRAFIA

- Aroskar, M.A. "Anatomy of an Ethical Dilemma: The Theory... the Practice". *American Journal of Nursing*, 80:658-663, 1980.
- Brower, H.T. "Advocacy: What Is It?" *Journal of Gerontological Nursing*, 141-143, March 1982.
- Kohnke, M.F. "Advocacy: What Is It?" *Nursing and Health Care*, 492-495, November 1982.
- Kohnke, M.F. "The Nurse Advocate". *American Journal of Nursing*, 80:2038-2040, 1980.
- Stone, A.D. "The Myth of Advocacy... Legal Models Versus the Medical Model". *Hospital and Community Psychiatry*, 819-822, 1979.



Se persigue en este capítulo poner en claro el proceso de investigación y demostrar su aplicabilidad a los problemas de la práctica clínica diaria.

## CAPITULO VEINTITRES

# UN ENFOQUE DE INVESTIGACION PARA LA PRACTICA DE LA ENFERMERIA

MARY G. MACVICAR  
EDNA M. MENKE

En esta época de proliferación tecnológica y rápida acumulación de conocimiento, la práctica de la enfermería no puede ya desenvolverse a través del ensayo y el error o ejercerse por sus prerrogativas tradicionales. Individuos con enfermedad progresiva y algunos con enfermedad aguda que hubieran tenido en pasadas décadas una vida de sólo semanas o algunos meses están sobreviviendo por períodos mucho más largos pero con necesidades de cuidado complejas. Ahora, las enfermeras se enfrentan a un reto sin precedentes para analizar todos los aspectos de la práctica clínica a fin de establecer una base científica para la enfermería profesional.<sup>1</sup> La investigación de enfermería no es ya incumbencia de la academia sino que, de hecho, se está convirtiendo en un brazo visible de servicio en muchas de las principales instituciones del cuidado de salud.

Aun cuando la mayoría de las enfermeras están de acuerdo en que la investigación podría ayudar a la práctica y a la educación, hay una gran renuencia en muchas para iniciar un proyecto. Comprensiblemente, la mística de la investigación tendida como está sobre conceptos abstractos

y expresiones estadísticas, ha empujado a muchas enfermeras sin preparación avanzada a creer que ellas no pueden “hacer” investigación. El dirigir investigación exige conocimiento tanto del tema bajo estudio como de las técnicas de investigación, pero son aspectos que el presunto investigador puede desarrollar. Todos los investigadores, independientemente de su campo de acción, tienen que avanzar a través de las etapas de aprender la indagación científica. El lenguaje de la ciencia es una forma de taquigrafía, o un sistema de símbolos, que permite una economía de expresión. Importa tomar el tiempo necesario para aprender los conceptos básicos y las destrezas que son requisitos previos para desarrollar capacidades de investigación. Los atributos básicos de un investigador han sido descritos como mentalidad abierta, curiosidad, un hábito para distinguir variaciones sutiles de las técnicas estándar, y tesón.<sup>2</sup> Cualquier enfermera puede desarrollar esos rasgos básicos.

El propósito de este capítulo es proporcionar un resumen del proceso de la investigación. Esperamos que persuadirá a algunas investigadoras potenciales a involucrarse activamente en la investigación de enfermería. Presentaremos los aspectos de dos proyectos de investigación para ilustrar los pasos en el desarrollo de nuestros estudios. El primer proyecto se refiere al impacto del cáncer sobre la familia. El segundo estudio examina la percepción de estrés por los niños en el hospital. El foco principal de la discusión es sobre cómo se desarrollaron esos estudios, las dificultades con las que nos encontramos mientras trabajábamos, y las clases de decisiones que tuvimos que afrontar a medida que desarrollábamos nuestros proyectos.

## DEFINICION DE INVESTIGACION

Probablemente existan tantas definiciones de lo que es la investigación como investigadores haya. Presentaremos aquí algunas. Plutchik concibe la investigación como el intento por hallar nuevos hechos y ordenar tales hechos en patrones significativos.<sup>3</sup> French define la investigación como un proceso de solución de problemas, un estudio sistemático e intensivo dirigido hacia el conocimiento científico más completo de la materia estudiada.<sup>4</sup> Treece y Treece definen la investigación como la recogida de datos en una situación controlada rigurosamente para el propósito de predicciones y explicación.<sup>5</sup> Otros autores ven la investigación como el intento sistemático y objetivo de estudiar un problema para deducir principios generales. La investigación es guiada por la información previamente recogida y trata de aumentar el cuerpo de conocimiento sobre

la materia.<sup>6</sup> Como se halla implícito en esas definiciones, la investigación y la solución de problemas tienen mucho en común. Sin embargo, una diferencia importante es que la investigación exige mayor especificación de los conceptos relevantes para el problema y consideraciones metodológicas adicionales. Aún más, un resultado muy importante del proceso de investigación es aumentar el cuerpo de conocimiento de una disciplina. Por ello, la investigación puede definirse como el estudio sistemático de un problema con el fin dual de descubrir una solución para un problema y aportar nuevo conocimiento.

## EL PROCESO DE LA INVESTIGACION

El proceso de la investigación requiere planificación completa y rigurosa. La etapa de planificación es un “proyecto” que implica desarrollar el diseño de la investigación. Esto es, el investigador desarrolla un plan o un borrador para el estudio. Probablemente la etapa de planificación es la fase más difícil del proceso de la investigación. Al principio, el tiempo del investigador está dedicado a pensar conceptualmente sobre el problema para el estudio y la revisión de la literatura relacionada.

El problema de la investigación puede considerarse “la irritación”. Casi siempre el problema es un fenómeno de enfermería que ha irritado durante algún tiempo al investigador y que él o ella desean estudiar. La irritación puede surgir de la lectura, de la práctica, o de la observación. La dificultad estriba en establecer el problema dentro de parámetros que puedan ser investigados. Normalmente, el investigador enuncia al principio el problema en términos que son demasiado amplios o generales y necesita estrechar el foco del problema. La revisión de la literatura relacionada puede ayudar al revelar el conocimiento más actual sobre el tema y al proporcionar ejemplos de cómo otros han abordado el problema. Una vez que se ha enunciado el problema, el investigador está listo para desarrollar los demás aspectos del proceso de la investigación.

Hay diez pasos básicos en el proceso de la investigación, cada uno de los cuales está relacionado con el paso anterior y se basa en él.

- 1 Enunciado del problema
- 2 Revisión de la literatura relacionada
- 3 Formulación de los objetivos y/o hipótesis
- 4 Formulación del marco teórico
- 5 Descripción del diseño de investigación
- 6 Selección de variables

- 7 Operacionalización de las variables
- 8 Identificación de la población blanco
- 9 Desarrollo y/o selección de procedimientos metodológicos
- 10 Determinación de las técnicas de análisis de datos

Los pasos en el proceso de investigación se discuten más adelante. Presentamos dos proyectos de investigación y, al mismo tiempo, revisamos cada paso del proceso de investigación poniendo énfasis en las decisiones y dificultades encontradas en el desarrollo de los proyectos.

## DESARROLLO DE UN PROYECTO DE INVESTIGACION PARA ESTUDIAR EL IMPACTO DEL CANCER EN EL ESPOSO MASCULINO SOBRE LA FAMILIA

El interés en las reacciones de las familias sobre el cáncer surgió de la experiencia clínica en una unidad de oncología. Se había observado que, aun cuando el diagnóstico de cáncer constituía una crisis para la mayoría de los pacientes y sus familias, algunas familias eran capaces de enfrentarlo más eficazmente que otras. El problema consistía en identificar los factores asociados con patrones de conducta funcional de enfrentamiento.

### *Enunciado del problema*

El enunciado del problema es esencialmente una declaración del problema que va a ser estudiado y es útil para identificar los parámetros generales del asunto.

El impacto del cáncer sobre la familia parecería ser un área razonablemente bien limitada. Sin embargo, podrían identificarse varios aspectos que indicarían que el tema sería aún demasiado amplio y requeriría un “recorte” adicional. Por ejemplo, las fases de invalidez experimentadas por los pacientes cancerosos parecía ser un asunto relevante. Se pensaba que las familias en las que el miembro afectado estaba en la etapa de diagnóstico deberían verse enfrentadas a problemas distintos a los que tendrían que enfrentarse aquellas familias en las que el paciente estuviera severamente invalidado o en la fase terminal de la enfermedad. Segundo, ¿incluiría el análisis a familias en las que se encontraran niños dependientes? Lógicamente, las unidades familiares que sólo están formadas por los esposos adultos encontrarán diferentes problemas que aquellas en las que hubiere niños dependientes. Finalmente, ¿el rol que ocupa el miem-

bro afectado de la familia es un factor significativo que influye en el impacto del cáncer sobre la familia? Es claro que el deterioro del que gana el pan de su familia y las perspectivas de ingresos familiares reducidos intensificarán la naturaleza de la crisis del episodio de la enfermedad. En general, concebir el problema de esta manera ayuda a clarificar los asuntos y ayuda a un enunciado más conciso del problema. Respecto del impacto del cáncer sobre la familia, pasó a convertirse en el impacto del cáncer en el esposo masculino sobre las familias en las que hubiera niños dependientes.

### *Revisión de la literatura relacionada*

La revisión de la literatura proporciona al investigador los hechos más actuales relacionados con el problema, y la oportunidad de evaluar los enfoques teóricos y metodológicos para el problema usados por otros investigadores. Sin embargo, era evidente que no había en realidad estudios en la literatura que examinaran el impacto del cáncer sobre la familia. Suponiendo que el cáncer origina una crisis en la mayoría de las familias, la revisión de la literatura cambió a un aspecto más general de la crisis familiar. En este campo, existían muchas descripciones del impacto de la enfermedad y la invalidez sobre la familia, las que facilitaban muchos diseños teóricos y enfoques metodológicos para estudiar el impacto del cáncer sobre la familia. Es más, esos estudios ayudaron a identificar bastantes factores específicos que parecían estar relacionados con la capacidad de la familia para enfrentar un acontecimiento de enfermedad. Tales variables o factores incluían los recursos familiares, los contratiempos experimentados por la familia, el tipo de invalidez, y muchas variables demográficas como ocupación y educación. De acuerdo a los hallazgos en la literatura, podían formularse ya los objetivos específicos del estudio.

### *Formulación de los objetivos y/o las hipótesis*

Los objetivos de un estudio constituyen un enunciado o enunciados respecto de lo que el investigador necesita conocer acerca del problema. Por otro lado, una hipótesis es un enunciado o conjunto de enunciados respecto de la(s) relación(es) entre las variables. Cualquier estudio puede tener objetivos o hipótesis o ambos. En el estudio del cáncer, sólo se establecieron objetivos porque, fuera de los aspectos terminales de la enfermedad, muy poco se sabía acerca de las técnicas de enfrentamiento de familias en las que un miembro tenía cáncer.

En general, cuanto más específicos los objetivos (o las hipótesis), mejores. Como se indicó antes, la revisión de la literatura del impacto de la enfermedad y la invalidez sobre la familia reveló muchos factores relevantes para el estudio del cáncer. Los objetivos del estudio reflejaron estos factores:

- Describir las invalideces asociadas al cáncer
- Valorar los recursos de que dispone la familia
- Examinar los contratiempos asociados con el acontecimiento de la enfermedad
- Identificar los patrones de enfrentamiento de la familia

Otra función de los objetivos es identificar las principales áreas analíticas. Es este estudio, las áreas analíticas eran la invalidez, los recursos familiares, los contratiempos de la familia, y el enfrentamiento de la familia. El siguiente paso era desarrollar un marco teórico que pudiera articular esos conceptos y proporcionar un fundamento racional para el estudio.

#### *Formulación del marco teórico*

La teoría se define como “un conjunto de principios y definiciones interrelacionados que son útiles conceptualmente para organizar aspectos seleccionados del mundo empírico de un modo sistemático”.<sup>7</sup> Pueden desarrollarse teorías en distintos niveles de abstracción y complejidad. La teoría y la investigación son, o deberían serlo, complementarias. Esto es, la teoría sirve para enlazar estudios separados en un cuerpo de conocimiento más amplio y más abstracto. Y a la inversa, la investigación enriquece la teoría al reformular la teoría, al clarificar la teoría existente, al nulificar la teoría, o al desarrollar un nuevo sistema teórico.

Habían muchos enfoques teóricos evidentes para el problema del cáncer en la literatura. Gran mayoría de esos esfuerzos de investigación se centraba sobre las técnicas de asistencia emocional y psicológica para pacientes con cáncer y a sus familias durante el régimen del tratamiento. Otros autores examinaban el proceso de enfrentamiento de los pacientes con cáncer dentro del contexto de la muerte y la agonía. El impulso principal de esta investigación era psicoanalítico por naturaleza. Sin embargo, estábamos interesadas en un enfoque situacional, esto es, las etapas de invalidez asociadas con el cáncer, los recursos de la familia, y las dificultades por las que pasaba la familia a través del acontecimiento de la enfermedad. La tarea era unir esos factores en un sistema teórico. La

teoría de la crisis de la familia desarrollada por Hansen y Hill nos proporcionó el marco teórico que incorporó esos factores a un sistema analítico.<sup>8</sup> En su esquema teórico, Hansen y Hill identificaban cuatro aspectos de un acontecimiento que contribuyen al significado y la definición posterior del acontecimiento. Esos aspectos incluían las características del acontecimiento, los recursos para enfrentar la crisis de la familia, los contratiempos impuestos por el acontecimiento, y la experiencia pasada con el acontecimiento. Sin embargo, debido a que el enfrentamiento no era un concepto importante dentro de este sistema teórico, nos vimos obligadas a establecer un fundamento racional para incluir en el estudio el concepto de enfrentamiento. Tuvimos que revisar por segunda vez la literatura para formular ese fundamento racional.

Habiendo identificado lo que teníamos que estudiar y el marco teórico que enlazaba los conceptos principales en un sistema conceptual, el paso siguiente implicaba un enunciado acerca del protocolo básico o diseño de investigación del estudio.

## DESCRIPCION DEL DISEÑO DE INVESTIGACION

La selección de un protocolo de investigación es esencialmente una elección entre un diseño de investigación experimental frente a uno no experimental. En el diseño experimental, el investigador intenta controlar la mayoría de las condiciones relevantes posibles a la vez que trata de manipular las variables. En la investigación no experimental, las condiciones no se manipulan. En general, es deseable intentar controles incluso en la investigación no experimental. En otras palabras, si queremos observar cómo A afecta a B, necesitamos identificar y tomar en cuenta qué otros factores pueden influir en B durante el manejo del estudio.

Los estudios experimentales puros son más típicos de las ciencias de laboratorio como la química y la física. Las ciencias de la conducta como la psicología, la sociología, y la enfermería tienen que ver más con las conductas humanas, y no son posibles los controles rígidos.\*

El estudio del cáncer se definió como un estudio descriptivo, no experimental. En esta investigación, sólo había tres condiciones que podían ser controladas: la categoría de la enfermedad (sólo se incluían familias de hombres con cáncer), la etapa general de la enfermedad (no se incluían

\* Para una discusión detallada de los diseños experimentales, véase Donald T. Campbell y Julian C. Stanley: *Experimental and Quasi-Experimental Designs for Research* (Chicago: Rand McNally, 1963).

pacientes en fase de diagnóstico y etapa terminal), y la familia (sólo se entrevistaron familias en las que se encontraban los dos esposos y uno o más niños dependientes). Idealmente, más controles podían haber mejorado el resultado del estudio. Por ejemplo, una consideración inicial fue limitar el tipo de la enfermedad neoplásica al cáncer de pulmón. Sin embargo, esto demostró no ser práctico debido a problemas de logística. Esto es, el cáncer de pulmón tiene mayor prevalencia entre los hombres de más edad, pero los hombres de más edad tienen menos hijos dependientes en el hogar. Por ello, se desistió del control sobre el tipo de cáncer a fin de tener más control sobre las variables familiares.

### *Selección de variables*

Abdellah describe una variable como la “característica, la propiedad, el rasgo o el atributo de la persona o la cosa observada en un estudio”.<sup>9</sup> En esencia, las variables son todo lo que nosotros determinemos que sean. Sin embargo, en la selección de variables, hay dos consideraciones importantes: primero, la identificación de las variables que sean relevantes para el estudio, y segundo, la justificación o el fundamento racional para elegir las variables específicas que han de ser usadas en el estudio. La selección y la justificación de variables se completan, o deberían completarse, durante la revisión de la literatura.

Si el investigador se propone examinar las relaciones entre las variables o explicar cómo afecta una variable a otra, es esencial otro paso. Este consiste en la especificación de qué variables son dependientes y cuáles se proponen como independientes. La diferencia básica es que las variables dependientes se han observado que cambian de algún modo en respuesta a las variables independientes. Las variables independientes pueden ser alteradas por un proceso natural o manipuladas por el investigador. En el estudio del cáncer, las variables independientes se designaron como enfermedad y recursos familiares; las variables dependientes se definieron como contratiempos de la familia y su capacidad de enfrentamiento. Principalmente, se había razonado que debía existir un impacto diferencial del cáncer sobre la familia según la gravedad de la enfermedad y los recursos disponibles para la familia.

### *Operacionalización de las variables*

El proceso de “operacionalizar” una variable simplemente se refiere a la definición o al enunciado que identifica las acciones observables que los



demás pueden constatar. En el estudio del cáncer, los contratiempos familiares constituían la categoría de variables. Entre las variables específicas que se usaban como indicadores de contratiempo familiar estaban el estado financiero de la familia y el estado de salud de los demás miembros de la familia. Estas variables fueron “operacionalizadas” de la siguiente manera: los indicadores del estado financiero se definieron como ingreso familiar, fuente principal del ingreso, y nivel de endeudamiento de la familia. El estado de salud de la familia se midió registrando la existencia de condiciones invalidantes de la salud de los miembros de la familia que no fueran el esposo masculino.

Puede verse que esas observaciones son entidades medibles que pueden ser verificadas o medidas otra vez por los demás. En otras palabras, al operacionalizar una variable estamos indicando cómo intentamos medir esa variable. Lo importante es que haya congruencia lógica entre lo que tiene que medirse y los objetivos del estudio. Volvemos a la pregunta: ¿qué quieres saber sobre el problema y por qué?

### *Identificación de la población blanco*

Habiendo identificado la entidad patológica y la unidad familiar que debía incluirse, la población blanco era fácilmente identificable: familias con niños dependientes y en los que al esposo masculino se le había diagnosticado cáncer. Se determinó que, de esta población, cien familias constituían una muestra razonable. El tamaño de la muestra no era una representación arbitraria. Se había considerado que fuera el mínimo número de casos que podían ser analizados adecuadamente. Por ejemplo, se habían incluido en el estudio seis categorías profesionales. Variaban desde mano de obra no especializada hasta ocupaciones profesionales. Sin una muestra amplia sólo hubiera habido muy pocos casos, si alguno, en cada categoría. Esto iba a complicar el análisis estadístico. Es una especie de axioma que, cuanto mayor la muestra, más confiables son los resultados y mayor la posibilidad para generalizar en la población.

Sin embargo, hay que tener cuidado. La selección de la población y la determinación del tamaño de la muestra deben mantenerse dentro de límites prácticos. En el estudio del cáncer, hubiera sido ideal una muestra de 500 familias, pero poco práctica en función de tiempo y dinero. Como se indicaba antes, el cáncer es más común entre el grupo de edad más alta. El “universo”, o la población total de familias en las que el esposo masculino había sido diagnosticado con cáncer y en las que habían niños dependientes, no era de ese tamaño. Aún más, el estudio se restringió a

familias de clientes bajo tratamiento en una ciudad, lo que actuó como otra restricción sobre el tamaño de la muestra. Sin embargo, siempre es mejor un estudio pequeño que ninguno.

### *Desarrollo y/o selección de los procedimientos metodológicos*

Como en otras etapas del desarrollo de un estudio de investigación, el método de recolección de datos debe ser resuelto y especificado al principio. Una cosa es definir qué información necesitamos, y otra es determinar *cómo* esos hechos pueden ser obtenidos. Hay muchas maneras para reunir los datos: mediante cuestionarios por correo, mediante llamadas telefónicas, o mediante entrevista directa, para señalar sólo algunas. En general, es preferible la entrevista en la que se aplican por el investigador las técnicas para la recolección de datos o por personas que el investigador ha entrenado. Esto aumenta la posibilidad de obtener los datos más confiables.

Habiendo determinado que el investigador reuniría los datos, fue necesario diseñar el cuestionario. Este ejercicio requirió el desarrollo de preguntas y enunciados a los que las familias pudieran responder. Los renglones se mantuvieron en un número razonable para evitar una entrevista larga que pudiera molestar a las familias. De nuevo, el asunto fue precisamente qué información era relevante para el problema. El desarrollo de las preguntas fue facilitando al operacionalizar las variables que especificaban el tema general que debía cubrirse en la entrevista. Por ejemplo, el estado financiero de la familia se definió operacionalmente en términos de ingreso familiar, fuente del ingreso, y nivel de endeudamiento. Para ello, las preguntas que cubrían esas áreas reflejaban ese enfoque.

Otra área que debía considerarse en esta etapa de la planificación era el asunto de los derechos de los sujetos. El proyecto del estudio, que consistía en un sumario de lo que se proponía lograr el estudio y los métodos de la recolección de datos, tenía que ser presentado al comité de derechos humanos y fue revisado por los médicos de los pacientes. Adicionalmente se desarrolló una forma de consentimiento que garantizaba el anonimato para los pacientes y sus familias.

### *Determinación de las técnicas de análisis de datos*

Para el individuo que no es experto en procedimientos estadísticos, el análisis de datos puede ser un aspecto frustrante del estudio. La mejor

sugerencia que podemos hacer aquí es ser honestos y reconocer la falta de conocimiento. Segundo, aprovecharse de los expertos en ese área, buscar consejo y ayuda. Pero, para sacar provecho de esa ayuda, sería útil mostrar al consultante los instrumentos completos de la recolección de datos. Si el consultante puede examinar qué clase de datos se están reuniendo, el consejo será más relevante para las necesidades analíticas de usted.

En este estudio, los datos se dicotomizaron primariamente. Por ejemplo, un indicador de contratiempos en la familia fue la presencia de problemas de salud en los miembros de la familia que no fueran la enfermedad del esposo masculino. Los datos o respuestas se dicotomizaron en “sí” (problemas múltiples de salud de la familia) o “no” (sin otros problemas de salud). Este tipo de datos se llaman datos de nivel nominal. Por otro lado, los datos relativos de ingreso se dispusieron en categorías más discretas. Por ejemplo, el nivel de ingresos iba de 0 a 1,500 US\$ al mes. Este nivel se dividía en intervalos de 500 US\$. Tales datos representan los datos de nivel ordinal.

Para la mayoría de los datos, sólo se necesitó aplicar un procedimiento estadístico. En el estudio de cáncer, se usó el *test de la chi cuadrada* para determinar el nivel de significación de los hallazgos. Este término significa que la diferencia entre subgrupos o categorías en la muestra representa una auténtica característica de población o diferencia y no se debe a la mera variación al azar de la muestra.

## RESUMEN DEL PROCESO DE INVESTIGACION

El proyecto de investigación para estudiar el impacto del cáncer en el esposo masculino sobre la familia fue analizado en cuanto a los pasos del proceso de investigación. El estudio era básicamente un estudio no experimental, descriptivo, en el que solamente eran posibles tres controles. Debido a que la revisión de la literatura mostró escasa información sobre el problema, el marco teórico fue desarrollado a partir de los estudios de crisis en la familia. Los objetivos contenían los asuntos analíticos más importantes, y guiaron el desarrollo de las herramientas metodológicas o cuestionarios. El tamaño de la muestra se basó en cálculos estimativos de población así como en la consideración práctica de la disponibilidad de pacientes y sus familias, tiempo, y recursos disponibles para el investigador.

## DESARROLLO DE UN PROYECTO DE INVESTIGACION PARA ESTUDIAR LA PERCEPCION INFANTIL DE ESTRES EN EL HOSPITAL

El siguiente estudio representa un diseño alternativo de investigación y será revisado de acuerdo a los pasos en el proceso de investigación.

### *Enunciado del problema*

La percepción infantil del estrés había sido de interés para nosotras durante mucho tiempo. El aspecto difícil para nosotras era cómo reducir el problema a un estudio manejable. Una manera era estudiar la percepción infantil de estrés en el hospital. Otra manera era revisar la literatura para determinar qué se había hecho antes en ese campo. A partir de esto, supimos que muchos autores de distintas disciplinas habían escrito acerca de las reacciones infantiles a la hospitalización, pero que poca investigación se había realizado respecto de la percepción infantil del estrés. Sin embargo, por esa lectura, por nuestro propio conocimiento, y por nuestra experiencia previa con niños hospitalizados, decidimos que era posible estudiar varias variables en relación con niños hospitalizados. El problema central del estudio era identificar los estímulos que los niños perciben como estresantes en el hospital. Al mismo tiempo, la investigación tenía que ver con estudiar la relación entre algunas variables y los estímulos que los niños percibían como estresantes en el hospital.

### *Revisión de la literatura relacionada*

El propósito de revisar la literatura era señalar qué variables se habían estudiado para que nos ayudara en el desarrollo del marco teórico. La búsqueda se centró sobre los conceptos de percepción, estrés, y niños hospitalizados. Como resultado de la revisión, fuimos capaces de señalar qué variables debían ser estudiadas en relación con la percepción infantil del estrés. Las variables eran edad, sexo, diagnóstico, preparación para la hospitalización, duración de la hospitalización, y experiencia anterior con la separación de la familia.

Debería señalarse que encontramos muchos estudios que analizaban cada concepto, pero que ninguno combinaba percepción, estrés, y hospitalización. Por ello, supimos que era necesario enlazar los conceptos conjuntamente en el desarrollo del marco teórico.

*Formulación de objetivos y/o de hipótesis*

El estudio de investigación tenía objetivos e hipótesis. Los objetivos para el estudio habían sido deducidos del enunciado del problema y eran los siguientes:

- Identificar qué estímulos percibían los niños como estresantes en el hospital
- Estudiar las relaciones entre algunas variables y los estímulos que los niños percibían como estresantes

Como se señaló antes, una hipótesis de investigación es un enunciado conjetural de la relación entre dos o más variables. Un ejemplo de hipótesis de investigación en el estudio era “existe una relación entre los estímulos que los niños perciben como estresantes en el hospital y la edad de los niños”. Para cada variable estudiada en relación con la percepción infantil de estrés en el hospital, se formuló una hipótesis de investigación.

*Formulación del marco teórico*

El marco teórico que se desarrolló constaba de cuatro partes. Las dos primeras partes tenían que ver con las variables de percepción y de estrés. Ambas fueron analizadas en términos de definiciones, *status* como conceptos científicos, y teorías. La tercera parte se dedicó a la hospitalización como una experiencia estresante para los niños. Consistía en revisar la literatura y deducir la hipótesis de investigación. En la última parte del marco teórico, se desarrolló un modelo para estudiar la percepción infantil de estímulos estresantes en el hospital.

Los tres primeros pasos en el diseño de la investigación proporcionaron las fronteras para la formulación del marco teórico. Si el enunciado del problema, los objetivos, o las hipótesis son ambiguos, el investigador no puede desarrollar un marco teórico sin mejorar el área que no esté clara. De igual modo, la revisión de la literatura debe terminarse antes de formular el marco.

*Descripción del diseño de investigación*

El marco teórico, la revisión de la literatura, y los objetivos o hipótesis son cruciales en la selección del diseño de investigación. En este estudio,

decidimos usar un diseño de observación descriptivo, de sección transversal. Se usa el diseño de observación cuando el investigador está interesado en observar la relación entre variables. El diseño de observación puede ser descriptivo o experimental. A partir de la revisión de la literatura, aprendimos que la percepción infantil del estrés en el entorno hospitalario es un área de conocimiento relativamente inexplorada. Un diseño de observación, descriptivo, que usa distintas variables debería ser más heurístico que un diseño experimental que use dos o tres variables. Además, la naturaleza del estudio estaba más sujeta a la investigación en el entorno natural que en el laboratorio, y a la observación sistemática más que a la manipulación directa de las variables. La *sección transversal* se refiere a la recogida de datos en un solo momento en el tiempo. Puesto que era un estudio de observación, decidimos un diseño de sección transversal. Exige menos tiempo y normalmente es menos costoso que un diseño longitudinal.

### *Selección de variables*

En el estudio, se seleccionaron las variables sobre la base del marco teórico, la revisión de la literatura, los objetivos, las hipótesis, y el diseño de investigación. Las variables dependientes eran medir la percepción infantil de estímulos en el entorno del hospital. Las variables controladas eran la edad de los niños, sexo, diagnóstico, duración de la hospitalización, preparación para la hospitalización, y experiencia con la separación. Una variable controlada es un factor que el investigador está considerando en el diseño de la investigación y en la selección de la muestra. Las hipótesis del estudio permitieron determinar qué variables debían ser controladas.

### *Operacionalización de las variables*

Uno de los problemas a los que nos enfrentábamos era cómo podían ser cuantificadas o medidas las variables. La cuantificación mejora la precisión y la objetividad de los datos, facilita el uso de técnicas estadísticas que maximizan la cantidad de información obtenida a partir de los datos, y permite que el investigador tenga mayor control sobre las variables.<sup>10</sup> El problema básico de la cuantificación es cómo operacionalizar los conceptos teóricos en un estudio de investigación de manera que puedan ser probados empíricamente. Una definición operacional indica que ciertos

fenómenos existen y actúan así especificando precisamente cómo pueden ser medidos los fenómenos.<sup>11</sup> Idealmente, el investigador debería emplear la definición operacional que hayan usado los demás investigadores. El método de cada investigador para medir un concepto debe relacionarse de alguna manera razonable con el trabajo de otros investigadores, igual que con la historia de la idea.<sup>12</sup> Algunas veces se pueden tomar prestadas definiciones operacionales de otras disciplinas; sin embargo, muchas veces las definiciones operacionales deben ser desarrolladas específicamente para fenómenos en una situación particular. Esto es especialmente cierto en la investigación clínica en la disciplina de la enfermería.

No pudimos encontrar una definición operacional publicada para la percepción infantil del estrés en el hospital. Por ello, tuvimos que desarrollar un instrumento, un juego, para medir el estrés en el estudio. El juego consistía en cartas de plástico con dibujos coloreados de diferentes estímulos relacionados con la hospitalización infantil. A cada niño en el estudio se le pedía que dijera en cuál pensaba cuando veía cada carta. Se hizo un análisis de contenido de cada una de las respuestas individuales, y cada respuesta fue codificada como *estresante*, *no estresante*, o *no reacción*. El estrés fue definido operacionalmente como las respuestas que los niños daban a los estímulos que connotaban percepción estresante. Una respuesta infantil era etiquetada como percepción *estresante* si usaban alguna de las palabras siguientes: molesta, fastidia, es antipático, inquieta, provoca ansiedad, se detesta, lastima, irrita, frustra, amenaza, incomoda, y aflige. Una respuesta infantil era catalogada como *no estresante* cuando no se usaba ninguna de las palabras que implicaban percepción estresante. Una respuesta infantil era etiquetada como *no reacción* si el niño no jugaba con la carta.

### *Identificación de la población blanco*

Nos enfrentábamos a encontrar una población blanco que se adecuara a los objetivos y las hipótesis del estudio. En este estudio, teníamos que determinar dónde se hospitalizaban los niños en nuestra localidad. Los niños que eran hospitalizados en la ciudad debían ser la población blanco para el estudio. La población real debían ser todos los niños hospitalizados en cualquier lugar del universo.

El investigador debería seleccionar una muestra que fuera representativa del universo. Idealmente, una muestra aleatoria de niños hospitalizados debería ser seleccionada allí donde cada niño tuviera igual probabilidad de ser un sujeto; pero la impracticabilidad, el costo, el tiempo,

y la naturaleza del estudio influyeron en el uso de otro método de muestreo, una muestra propositiva que reúne ciertos criterios. Las ventajas del muestreo propositivo consisten en que puede reducir el costo y el tiempo y normalmente es útil. Las limitaciones del muestreo propositivo consisten en que no puede dar una muestra representativa del universo; puede resultar en estimaciones sesgadas de las variables estudiadas; y, teóricamente, no se pueden hacer generalizaciones a menos que pueda justificarse que la muestra represente realmente el universo.

La muestra fue seleccionada de dos hospitales, debido a que teníamos que tener un mínimo de 100 sujetos. El tamaño de la muestra fue determinado por los objetivos, las hipótesis, y las estadísticas que íbamos a usar. Los criterios que empleamos para seleccionar la muestra fueron desarrollados a partir del marco teórico, las hipótesis, y las variables del estudio.

#### *Desarrollo y/o selección de los procedimientos metodológicos*

Como se señalaba antes, no pudimos encontrar una herramienta de medición para la percepción infantil del estrés en el hospital. Por ello, desarrollamos un juego que podía utilizarse para medir el estrés en niños hospitalizados entre edades de 4 y 12 años. Pensamos en un juego, debido a que el juego es el medio que los niños usan para expresarse a sí mismos durante sus experiencias cotidianas.

#### *Determinación de las técnicas de análisis de datos*

El tipo de análisis estadístico que se usa en un estudio de investigación depende de cómo se obtenga la muestra, cómo se midan las variables, y cómo se enuncien las hipótesis de investigación. El investigador puede beneficiarse al buscar consejo estadístico antes de la recogida de datos. Buscamos asesoría para que los datos que teníamos que reunir permitieran probar las hipótesis de la investigación. Usamos distintas técnicas de análisis de datos con el objetivo de que pudieran probarse todos los objetivos y las hipótesis. Las pruebas reales se hicieron con computadora.

#### *Resumen del proceso de investigación*

En cada paso del proceso de investigación, enfrentamos algunas dificultades. Los problemas más grandes eran desarrollar el marco teórico y



desarrollar un instrumento para medir el estrés. Los problemas son los que enfrenta cada investigador y proporcionan el reto en el desarrollo de un proyecto de investigación.

## RESUMEN

El desarrollo de nuestros respectivos proyectos y los consiguientes interés y compromiso para la investigación de enfermería surgieron poco a poco. Experimentamos las reacciones iniciales y muy normales de frustración, inseguridad, y desesperación episódica, que son las consecuencias inevitables de la inexperiencia. Sin embargo, a medida que aumentábamos conocimiento y experiencia con la terminología de investigación y las técnicas metodológicas, empezamos a disfrutar con el reto de la investigación.

Al dirigir un estudio de investigación, el investigador aprende rápidamente el valor de la planificación concienzuda y rigurosa. Toma considerablemente mayor tiempo y esfuerzo alterar un diseño de investigación después de que el proyecto se ha iniciado. Es más, la factibilidad del estudio empuja al investigador a una confrontación directa con la realidad. Un diseño “perfecto” de investigación, si ello fuera posible, no tiene valor si el costo es excesivo, las poblaciones inaccesibles, o se requiere demasiado tiempo para terminar el diseño. Cuando se trata de la investigación de la conducta de los seres humanos, existen numerosas variables, tales como motivaciones o experiencia pasada, que no pueden ser controladas. Por ello, se debe tener mucho cuidado respecto de lo que se pueda hacer bajo un conjunto dado de circunstancias, y deben identificarse como tales los factores que no son o no pueden ser controlados.

Finalmente, es muy importante recordar que en la investigación no hay respuesta correcta o incorrecta –sólo resultados. Sin embargo, los hallazgos, y no dejaremos de poner énfasis en ello, pueden poner en conflicto las nociones preconcebidas del investigador y/o su sistema de valores. La objetividad es el fundamento de la investigación científica y, aunque el área de la investigación puede reflejar el interés del individuo, la misma investigación debería estar libre de valor en la medida de lo posible. Los hallazgos deberán reflejar esa objetividad consciente y ser informados con precisión infalible. Muchos proyectos potencialmente buenos han adolecido de falta de valor debido a los intentos del investigador de “marcar un punto”.

Para terminar, las enfermeras que se han aventurado en la investigación han señalado como sus mayores recompensas el crecimiento personal

e intelectual. Sus percepciones se han agudizado, su conocimiento se ha incrementado y sus capacidades analíticas se han expandido –todo ello indicadores de desarrollo profesional. Finalmente, y quizás lo más significativo, muchos aspectos del cuidado de los pacientes han sido mejorados gracias a la investigación de la enfermería.

## REFERENCIAS

- 1 Powhathon Woolridge, Robert C. Leonard, and James K. Skipper: *Methods of Clinical Experimentation to Improve Patient Care* (St. Louis: C.V. Mosby, 1978), p.vii.
- 2 Ruth French: *The Dynamics of Health Care* (New York: McGraw-Hill, 1968), p.111.
- 3 Robert Plutchik: *Foundations of Experimental Research* (New York: Harper & Row, 1968), p.xi.
- 4 French, *op.cit.*, p.111.
- 5 Eleanor W. Treece and James S. Treece, Jr.: *Elements of Research in Nursing* (St. Louis: C.V. Mosby, 1982), p.3.
- 6 G.A. Theodorson and A.G. Theodorson: *Modern Dictionary of Sociology* (New York: Thomas Y. Crowell, 1969), p.347.
- 7 *Ibid.*, p.436.
- 8 Donald A. Hansen and Reuben Hill: "Families Under Stress". In Harold T. Christensen (ed.): *Handbook of Marriage and the Family* (Chicago: Rand McNally, 1964), pp.782-819.
- 9 Faye G. Abdellah and Eugene Levine: *Better Patient Care Through Nursing Research* (New York: Macmillan, 1979), p.708.
- 10 *Ibid.*, pp.232-233.
- 11 F.J. McGuigaen: *Experimental Psychology: A Methodological Approach*, ed.2. (Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice-Hall, 1968), pp.26-27.
- 12 Plutchik, *op.cit.*, p.49.

## SEXTA PARTE

# APLICACIONES CLINICAS

La parte VI contiene 20 ejemplos de aplicaciones clínicas de las filosofías, paradigmas, conceptos, teorías, y enfoques presentados en los capítulos precedentes de este libro. Nos hemos esforzado por incluir ejemplos de intervención de enfermería con individuos, familias, grupos, organizaciones complejas, comunidades, y sociedades. Los intentos de categorizar cada uno de los capítulos bajo la guía de un solo sistema humano no han sido posibles porque cada capítulo es ilustrativo de la práctica de la enfermería distributiva a más de un nivel de la jerarquía de sistemas sociales. Esto lo vamos a ilustrar con el capítulo 38 de Sherrow, Un enfoque multifamiliar hacia la intervención de crisis de vecindario.

Al leer por primera vez el título del capítulo de Sherrow ello nos llevaría a creer que el capítulo trata acerca de las familias. Lo hace, pero no en forma exclusiva, pues las familias involucradas en las disputas de vecindario forman parte de una comunidad. A medida que sigamos leyendo veremos que la especialista clínica de salud mental comunitaria utiliza un enfoque de grupo para la intervención en familias sujetas a estrés en un vecindario. Cuando el ejemplo clínico se analiza desde la perspectiva de los problemas societarios que ejemplifica, como la pobreza, el envejecimiento en la población, la sobrepoblación urbana, la violencia en la familia, o el abuso corporal, se puede considerar el capítulo como ilustrativo de los males de la sociedad más grande. Los problemas de salud del individuo también se señalan. La sordera del Señor X y el ataque cardíaco del Señor LL son casos a propósito.

Habiendo observado los múltiples niveles de implicación en cada ejemplo clínico, por fortuna abandonamos a tiempo nuestra tentativa para encasillar únicamente cada capítulo bajo la guía de un sistema humano individual. Decimos “por fortuna”, porque los múltiples niveles de intervención ilustran nuestro argumento de que la valoración e intervención en el subsistema, el sistema, y el suprasistema son posibles y frecuentemente necesarios para ayudar a los clientes de manera eficaz en sus problemas de salud.

Las tentativas adicionales de agrupar los capítulos por las destrezas de cambio que utiliza la enfermera resultaron igualmente improductivas como una forma para deducir un esquema organizacional para la Parte VI. Se utilizaron enfoque y destrezas múltiples en cada ejemplo clínico.

Así, sólo nos queda ofrecer los comentarios que siguen a continuación como guía para el lector en el uso del material clínico contenido en esta sección. Los ejemplos clínicos pueden usarse como se desee; su riqueza, diversidad, y complejidad no se prestan por sí mismos al simple análisis y a la clasificación rígida. Pensamos que los capítulos pueden ser utilizados para múltiples propósitos de estudio. Aquello que sus autoras han dejado de poner en claro puede ser un trampolín para las estudiantes hábiles y perspicaces que las impulse a ir más allá de lo que aquí hemos presentado.

La autora comparte de manera entusiasta y abierta el desarrollo temprano de su marco conceptual de referencia para la práctica, un proceso que ella piensa que es aplicable en cualquier escenario clínico.

## CAPITULO VEINTICUATRO

# PLANIFICACION FAMILIAR EN UNA ESCUELA PARA MUCHACHAS EMBARAZADAS: DESARROLLO DE UN MARCO CONCEPTUAL PARA LA PRACTICA

ANNE MANDETTA STAMMER

El propósito de este capítulo es compartir el proceso por el que yo pasé al desarrollar un marco conceptual para la práctica relacionado con la planificación familiar para adolescentes. Aunque el marco era únicamente para mi posición y escenario de práctica, el *proceso* de desarrollo puede proporcionar conocimiento a las enfermeras en una diversidad de escenarios. Antes de exponer el proceso, voy a describir el contexto en el que trabajé.

## EL CONTEXTO

Fui contratada por el departamento de salud del condado como enfermera de tiempo completo en una escuela para muchachas embarazadas que

preparaba a estudiantes de *junior* y *senior* de secundaria de la ciudad y del condado. La escuela, que existía desde hacía tres años antes de mi llegada a ella, funcionaba según las mismas normas generales de las demás escuelas de ciudad. Así, las estudiantes seguían el horario normal de clases, tomaban los cursos básicos y recibían créditos para la graduación. La escuela proporcionaba también servicios especiales de salud y sociales a las estudiantes.

Yo estuve trabajando con tres grupos de edades diferentes –de época temprana de la adolescencia, media, y la última época de la adolescencia. Las estudiantes se hallaban inscritas entre los grados 7 a 12, habiendo más estudiantes en *high school* que en *junior high school*. Las estudiantes tenían entre 13 y 20 años de edad, aunque la mayoría se encontraba entre los 15, 16 y 17 años. Entre las estudiantes las había casadas, solteras, de raza negra y blancas, aunque la mayoría eran mujeres solteras de raza negra. La mayoría vivían en sus casas con sus padres o con sus maridos. Casi todas las estudiantes estaban en su primer embarazo y todas ellas iban a conservar con ellas a sus bebés.

La escuela recibía a estudiantes transferidas durante todo el año académico. Si bien las muchachas ingresaban a la escuela durante diferentes etapas de embarazo, únicamente unas pocas de ellas ingresaban después del tercer trimestre. Tras el parto, las estudiantes permanecían por sistema sin asistir a la escuela durante 3 semanas. Luego de que obtenían el permiso del médico, regresaban a terminar su curso correspondiente. Después podían regresar a la escuela de la que habían sido transferidas, si lo deseaban; sin embargo, muchas de ellas se quedaban en la escuela durante el resto de su año académico. En el año en que estuve como enfermera de la escuela, 118 estudiantes asistían a clases, aunque nunca había ese mismo número inscrito a la vez.

Además del servicio de salud y el social proporcionados por la escuela, todas las estudiantes recibían cuidado prenatal y postnatal, porque la escuela exigía a cada estudiante acudir a consulta con el médico particular o a la clínica de su elección. La mayoría de las estudiantes acudían a la clínica de un centro médico localizado a dos cuadras de la escuela. Muchas estudiantes también iban en el momento del parto a ese mismo centro médico.

Cuando empecé a trabajar en la escuela mi posición estaba definida en su principio por tres factores: la política del departamento de salud, los objetivos escritos de la escuela, y la tradición, esto es, lo que habían ya hecho otras enfermeras en el puesto que yo tenía ahora. Los objetivos de la escuela eran los siguientes:

- 1 Proporcionar educación continuada para las alumnas embarazadas y con ello ayudar a prevenir la deserción en los estudios, permitiendo a las muchachas completar su educación y que ellas mismas se prepararan para la maternidad y para ganarse la vida
- 2 Proporcionar servicios de salud y sociales que mejoraran la salud de las muchachas embarazadas y de sus bebés y que ayudaran a las jóvenes madres afrontar sus problemas socioeconómicos, familiares y sociales
- 3 Evaluar la efectividad del programa y mejorar el conocimiento de las necesidades de este grupo de estudiantes y de los métodos para ayudarlas<sup>1</sup>

Durante un período de orientación, me enteré de que mi predecesora inmediata había hecho muchas cosas, incluyendo, pero no limitándose a ello, lo siguiente: clases de enseñanza en salud; proporcionar asesoría individual; mantener registros de todos los niños sanos prenatales y post-natales, y las visitas especiales al médico o a la clínica de cada estudiante; supervisar la enfermería; comprobar semanalmente el peso de las estudiantes; llamar por teléfono a cada una de las estudiantes ausentes; practicar visitas domiciliarias después del parto y en otras ocasiones necesarias y según lo permitía la agenda; y referir a las enfermas a servicios de salud.

A partir de los objetivos de la escuela y de las muestras de actividad de las enfermeras precedentes, puede ver que mi posición iba a ser amplia e iba a abarcar muchas áreas. Más que describir en forma superficial mi posición total y los marcos conceptuales múltiples relacionados con ella, me centraré en un aspecto de mi trabajo —el desarrollo de mi marco conceptual para la práctica en tanto se relaciona con la planificación familiar. No escogí la planificación familiar por ser el aspecto más importante de mi actividad; más bien, seleccioné la planificación familiar porque ésta no había sido el centro de enfoque de mis predecesoras y no se consideraba por todas mis colegas como una prioridad. Para mí se trataba de un área que requería desarrollo personal de un nuevo marco conceptual.

Al reflexionar sobre el año que pasé en la escuela, cuatro cosas llegaron a ser claras para mí. En primer lugar, el apoyo y la aprobación que recibí de parte de mi supervisora en el departamento de salud para ser creativa, curiosa e innovadora en mi trabajo fue un importante factor positivo en el comienzo de mi puesto. La ausencia de presión sobre mí para que me ajustara a las tradiciones y para comprobar que todos mis enfoques resultarían antes de ponerlos a prueba fue liberador. Muchos otros miembros del personal de la escuela estaban siempre dispuestos a tratar mis ideas,

al igual que eran receptivos a la mayoría de las actividades que yo proponía relacionadas con la planificación familiar. Este apoyo constituyó una parte importante en el proceso de desarrollo de un marco conceptual, y, sin él, estoy segura de que el proceso hubiera sido muy diferente.

Una observación menos positiva la constituye el hecho de que un individuo que tenía alguna influencia en mis actividades pensaba que yo, la enfermera, debería tener un enfoque algo más limitado, tradicional, y que la planificación familiar, aunque importante, no ameritaba tal cantidad de tiempo y de atención como la que yo le estaba dedicando. Las actividades de planificación familiar en un principio no tuvieron su apoyo. Este problema interpersonal involucraba personalidades, prioridades, poder, autoridad, y comunicación. Para mí era de suma importancia el llegar a un resultado mediante la discusión y la negociación de forma que no siguiera yo desperdiciando mi energía y mi entusiasmo. Los conflictos como éste no son raros y pueden interrumpir el desarrollo de nuevos enfoques si no se tratan y se resuelven.

En segundo lugar, yo estaba consciente de que mi marco conceptual se había ido desdoblado gradualmente y se iba extendiendo y cambiando a través del proceso de crecimiento. Nuevas ideas y experiencias procuraban diferentes perspectivas y consiguientes modificaciones y afinamientos de mi marco para la práctica. El marco que surgió nunca llegó a alcanzar un punto final. Continué evolucionando a medida que yo tenía experiencias que aumentaban mi conocimiento, esclarecían mis propios valores y cambiaban algunas de mis actitudes y opiniones. Incluso después de haber dejado la escuela, he seguido modificando y utilizando este marco.

La tercera cosa de la que asumí cabal conocimiento tras reflexionar sobre mi experiencia es que, durante el año que estuve en la escuela, ocurrieron muchos cambios en mi interior –cambios en mi forma de pensar, en la forma en que percibía, evaluaba y me aceptaba a mí misma y a los demás, y cambios en mis sentimientos. En ese tiempo se llevó a cabo una transformación en mi filosofía de la enseñanza, de la enfermería y de la vida. Hago mención de este crecimiento y de esta transformación porque muchos de los cambios sutiles, interiores, personales tuvieron un enorme impacto sobre lo que hice y cómo lo hice mientras estuve trabajando en la escuela. Por el profundo efecto que esto tuvo en mi modo de pensar, de sentir, y en mi comportamiento, haré más comentarios acerca de estos cambios más adelante en este capítulo.

Cuarto, cuando empecé a trabajar en la escuela no tenía un marco claro para la práctica y no había visualizado una posición que tuviera



alguna diferencia con lo que las enfermeras que estuvieron antes que yo habían hecho.

## DESARROLLO DEL MARCO CONCEPTUAL

Voy a intentar ahora reconstruir el surgimiento de mi marco conceptual para la práctica de la planificación familiar en una escuela para muchachas embarazadas. Al principio, creía que el conocimiento era la respuesta. Recuerdo bien mi ingenuo punto de vista acerca del problema del embarazo no deseado y de la solución de la planificación familiar. Era algo tan sencillo. Obviamente, me decía a mí misma, estas adolescentes se embarazan porque no conocen los hechos de la concepción y la contracepción. Si yo les procuro los hechos, utilizarán ese conocimiento y no quedarán embarazadas. Así que lo que tengo que hacer es enseñarles la “regla de oro” y todo arreglado.

Retrocediendo a los cursos y unidades de enseñanza-aprendizaje en psicología educacional de mi época de *college*, llegué a la conclusión de que sería útil averiguar qué sabían las estudiantes y qué no sabían. Para recabar esta información ideé un cuestionario de conocimiento que abarcaba varios temas, incluidos la concepción y la planificación familiar. Al inscribirse, cada estudiante llenaba este cuestionario en la clase de salud en la que yo enseñaba. Una revisión a los cuestionarios acabados, las discusiones en las clases, y las conversaciones individuales con algunas de las estudiantes, indicaban que, a excepción de muy pocas estudiantes que parecían no conocer bien la relación potencialmente causal entre la relación sexual y el embarazo, casi todas las demás tenían nociones de cómo se queda embarazada y de qué puede hacerse para evitar el embarazo. Sin embargo, muchas tenían un conocimiento limitado o inadecuado de una mezcla de realidad y ficción.

La siguiente conversación que mantuve con una estudiante ilustra qué puede pasar cuando se tiene una información correcta o un poco de desinformación. Esta estudiante me dijo: “No entiendo cómo pudo pasarme esto. No había prácticamente forma posible de yo quedara embarazada. Usé el método del ritmo al pie de la letra. Nunca tuve relaciones durante los días peligrosos –nunca, ni una sola vez.” Luego pasó a explicar cómo ocurría la fertilización alrededor del día de la ovulación y cómo había calculado los días seguros y los peligrosos. Aun cuando su novio estaba “encendido y preparado” y ella “a todo vapor”, ella afirmó no haber “hecho trampa” en su método del ritmo. Aunque yo era sabedora de los muchos problemas que conlleva el uso en forma eficaz del método

del ritmo, comencé a preguntarme qué era lo que había fallado, hasta que ella dijo que “como la ovulación ocurre inmediatamente después del ciclo menstrual, mis días seguros eran los de en medio de mi ciclo, así que es en esos días cuando teníamos relaciones”. Su versión del método del ritmo virtualmente garantizaba el embarazo.

Este error acerca del tiempo en que la ovulación ocurre con mayor probabilidad era común entre las estudiantes. En respuesta a la pregunta “¿en qué días de tu ciclo tienes mayor probabilidad de embarazarte?”, unas tres cuartas partes de las estudiantes del total contestaron que inmediatamente antes, durante o inmediatamente después del período (menstruación).

Unos años después de mi encuesta, leí un artículo que concordaba con mi observación de que muchas adolescentes no tienen una noción acertada de cuál es el período de mayor riesgo. Kantner y Zelnick informaron que casi el 50% de mujeres estudiantes solteras jóvenes creían que “el período de mayor riesgo es inmediatamente antes, durante o después de las reglas”.<sup>2</sup> Presser observó que solamente el 19% de madres adolescentes que daban a luz a su primer hijo entre los 15 y los 19 años sabían en qué tiempo del mes se hallaban en mayor riesgo de embarazarse.<sup>3</sup>

Por la información que yo había reunido de las estudiantes y que indicaba que carecían del conocimiento adecuado sobre la concepción y la contracepción, estaba todavía más segura de mi idea primera de que lo que necesitaban estas jóvenes como contraceptivo eficaz era conocimiento. Yo iba a procurarles ese conocimiento.

Como parte de la formulación de mi plan de enseñanza, leí de nuevo *The Process of Patient Teaching in Nursing*, referencia que me había servido de mucho en el pasado.<sup>4</sup> Pasé luego a poner por escrito los objetivos de comportamiento, hice uso de principios para el aprendizaje relacionados con cosas como disposición y motivación, hice posters a color, vi previamente y seleccioné con cuidado películas, y preparé el material de distribución apropiado. Empleé una buena cantidad de tiempo en la obtención de material de lectura que procurara adecuada información de una manera que resultara interesante y amena para las estudiantes, más que la científica y aburrida. Incluso realicé el montaje de una danza del útero, en la que yo era un útero con sus ondulantes trompas de Falopio (mis brazos) rematadas por sus fimbrias (mis dedos). Me acompañaban en la danza dos ovarios (grandes bolas) y un óvulo (otra bola más pequeña). Esta danza obtuvo mucho éxito captando la atención e interés de las estudiantes y resultó bastante airosa como demostración de un poco de anatomía y de fisiología.

Mientras trabajaba en la implementación de mi plan de enseñanza, me di cuenta de que resultaba muy útil animar a las estudiantes a que compartieran sus “conocimientos”. Trajeron a colación muchos datos ciertos de información, los cuales reforcé, así como muchas verdades a medias y mitos, como la lista de “sólo si...” que sigue a continuación.

Sólo te embarazas si quieres.

Sólo te embarazas si llegas (tienes un orgasmo).

Sólo te embarazas si *lo* haces muchas veces.

Sólo te embarazas si el hombre está dentro de ti.

Si la mujer está de pie, no se embaraza.

Si te inyectas una ducha de vinagre en el que se han hervido unos granos de pimienta, no te embarazas.

Si bebes agua fría después de tener relaciones, se enfría el esperma y no te embarazas.

Si el hombre fuma un paquete de Marlboros al día, no te deja embarazada.

Las estudiantes intercambiaron también todas las cosas negativas que habían oído acerca de varios contraceptivos, sobre todo los anticonceptivos orales y los dispositivos intrauterinos. Hacían afirmaciones del tipo de “las píldoras provocan cáncer y engordan”, y “el cordón del DIU cuelga por fuera del cuerpo y estorba”. Procuré sustituir la falacia con los hechos, aclarando lo que había de cierto en la idea y lo que era falso. Me esforcé por discutir los mitos de manera que no humillaran o avergonzaran a la estudiante que había lanzado la idea. Aprendí que, con este grupo, era igualmente importante el tratar esta clase de información como lo era el presentar los hechos.

El abordar los mitos nos llevó a la discusión de actitudes hacia los contraceptivos y la planificación familiar. Aunque hubo estudiantes que externaron preocupación por la seguridad y conveniencia de algunos métodos contraceptivos, parecía que solamente unas pocas tenían opiniones fuertemente en contra de los contraceptivos, o una abierta aversión al uso de ellos. Muchas de estas preocupaciones fueron disipadas impartiendo conocimiento y aclarando malentendidos. Me parece que en ese tiempo yo creía más, si no es que del todo, que la forma de ocuparse de los asuntos referentes a la actitud era mediante el conocimiento. Recuerdo haber leído un estudio un tiempo más tarde en el que se afirmaba que las reservas que las muchachas adolescentes tenían acerca del control de la natalidad parecían emanar de la falta de conocimiento y de la desinformación sobre los contraceptivos. Así, apoyé mis ideas acerca de las actitudes hacia la contracepción.<sup>5</sup>

Una vez completada la unidad de planificación familiar, quise comprobar el conocimiento de las estudiantes. La mayoría pasó la prueba con altas calificaciones. Yo pensaba que las había ayudado a adquirir el conocimiento que necesitaban para cuidarse de manera efectiva. Me sentía victoriosa y auguraba altas tasas del uso de contraceptivos.

A medida que el tiempo pasaba y el número de estudiantes que daban a luz aumentaba, me di cuenta que lo que había augurado no sucedía. Una gran mayoría de mis alumnas con calificación de A<sup>+</sup> no practicaban la contracepción. ¿Cómo podía ser así? Tenía el conocimiento necesario para cuidarse. ¿Qué había fallado? ¿En qué había yo fallado?

Voy a divagar por un momento y a comentar con más detalle esta última pregunta porque forma parte de uno de esos cambios filosóficos que mencioné anteriormente. Por aquel entonces yo asumía casi una total responsabilidad por el comportamiento relacionado con la contracepción de “mis” estudiantes. Su “falla” era mi “falla”. Muy lentamente a lo largo de ese año empecé a darme cuenta de que yo no era la responsable de sus acciones.

Lo que quiero decir es que, yo podía procurarle a cada individuo las oportunidades de adquirir el conocimiento y las destrezas para tomar sus propias decisiones. Fue un cambio muy importante el decir primero “yo sé qué es lo que te conviene y tengo la responsabilidad de hacerte ver de qué se trata y de que luego lo pongas en práctica” a decir después “tú eres la responsable de tí misma y de tus decisiones, y quisiera ofrecerte algunos hechos, ideas y formas de ver las cosas que tú puedas utilizar en caso de que te sean útiles”. Para mí, este cambio fue de enorme impacto sobre lo que yo hacía, cómo lo hacía, y la manera en que era yo aceptada por las estudiantes.

Si alguien me hubiera dicho entonces que yo me creía conoedora de todas las respuestas y que estaba además tratando de tomar decisiones por otra gente o imponiéndoles mi sistema de valores, yo hubiera protestado vehementemente. Después de todo, yo nunca hubiera dicho que eso era lo que yo hacía con mis estudiantes o con cualquier otra persona. Más aún, yo creía que no hacía tal cosa. Pero cuando empecé a reflexionar sobre esto, me di cuenta que yo *me sentía* así y *creía* que así era. Yo creo que algunos profesionales de la salud rara vez, si es que alguna vez llegan a hacerlo, reflexionan sobre quién, en una relación de ayuda, tiene la responsabilidad de tomar decisiones. En pocas palabras, la reflexión acerca de cosas como la responsabilidad, la toma de decisiones, y los valores me llevó a cambios positivos en mi perspectiva.

Antes de que pasara a este otro orden de ideas, estaba preguntándome en qué había yo fallado. ¿Por qué no se cuidaban las estudiantes? Co-

mencé a tener entrevistas individuales con las estudiantes para hablar de su uso de contraceptivos o de la ausencia de ellos. En esas conversaciones, me enteré de muchas cosas que pasé a incorporar a mi marco conceptual. Los siguientes son algunos de los comentarios que las estudiantes me dieron a conocer:

“Mi novio y yo no tenemos planes para casarnos por ahora. No queremos tener otro niño hasta que los dos acabemos la escuela y él encuentre un empleo. Hemos hablado de esto y estuvimos de acuerdo en que el DIU es imprescindible.”

“El no quiere usar nada; yo sé que voy a seguir teniendo relaciones, así que tomo la píldora. Independientemente de lo que él haga, yo puedo cuidarme bien.”

“Lo estoy usando (DIU) porque el tener otro niño es una moledera de la que puede libramme por ahora; tengo que pensar en mi vida social.”

No todos los comentarios de las estudiantes indicaban que usaban contraceptivos. Había algunas cuyos comentarios eran los siguientes:

“Yo quiero usar un contraceptivo, pero mi madre no quiere ni oír hablar de ello. Quise hablar con ella pero me dijo que yo había cometido un error y para demostrarlo tuve un bebé; así que, si quería seguir en casa, debía desistir de ello (el tener relaciones sexuales). Dijo que si me portaba bien no necesitaba hacer uso del control natal, y que ¡más vale que me porte bien! Mi padre es peor. Ni siquiera puedo platicar de ello con él.”

“Mi mamá me *mataría* si se entera de que sigo teniendo relaciones sexuales. Mi solución son las píldoras, hasta que las encuentre.”

“Mi madre dice que el sexo antes de casarse es un pecado y que también lo es el control natal.”

“Mi marido quiere tener muchos hijos.”

“Mi novio dice que los blancos están forzando a los negros a practicar el control natal. Es un genocidio. Me dijo que no vaya yo a caer en eso.”

“Dice mi novio que toda esa mugre (contraceptivos) no hace sino destruir mi naturaleza y que si los uso no serviré de nada en la cama.”

“Todas mis amigas le entran a la píldora, así que es lo que yo también voy a usar... Vaya que son una amolada y a mí se me olvidan, pero ni modo. No voy a usar otra cosa.” (Esto de una muchacha de 13 años de edad a la que se le dificultaba mucho tomar la píldora puntualmente.)

“Yo siempre he oído decir que es mejor tener a todos tus hijos cuando se es joven.”

“La verdad es que yo no puedo hacer nada por evitar embarazarme. Si tiene que pasar, pasa.”

“Nuestro cariño es demasiado hermoso como para estropearlo con algo tan antinatural como el control natal.”

“Yo puedo tener todos los hijos que yo quiera y nadie puede impedírmelo.”

“El control natal te trastorna todo en el organismo.”

“Las mujeres de verdad tienen un montón de hijos.”

“Yo quiero que él use el preservativo. Pero no sé cómo decírselo. Es que... ¿qué dice una? Cuando le digo algo, el dice ‘bueno, bueno, luego hablamos’. Luego cuando estamos en ello (sexo) dice ‘luego, nena’. Pasado un momento, no me preocupa si lo usa o no, y, además, tampoco va él a detenerse para nada en ese momento.”

“Si tomo la píldora, siempre voy a estar dispuesta. Una buena chica no anda por ahí siempre dispuesta a acostarse.”

“Sé que está mal tener relaciones premaritales, así es que ya no lo voy a hacer más. Por eso no necesito cuidarme.”

“Yo sé que no debo hacerlo; voy a ver cómo le hago para no seguir (teniendo relaciones sexuales).”

“No voy a ir a la clínica para que una enfermera comience a sermonearme y un médico me dé mal de ojo. No necesito de nadie porquerías como ésas.”

Los comentarios de este tipo me proporcionaron más datos de los que yo quería. Estaba empezando a comprender que el conocimiento no era

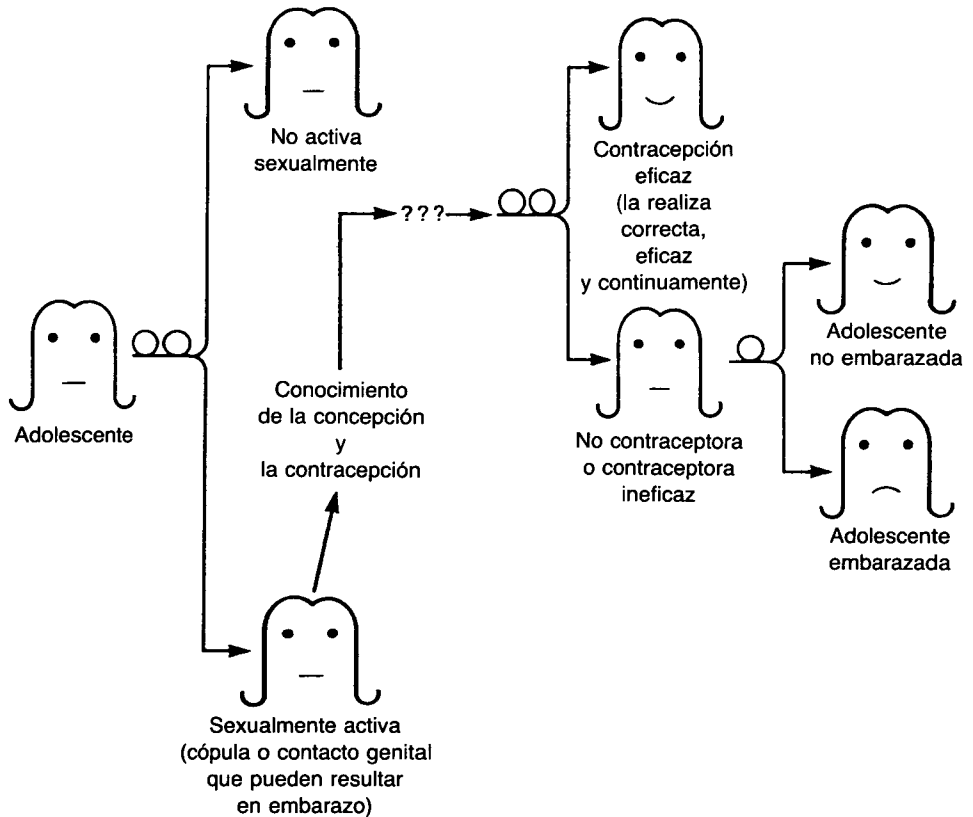


FIGURA 24-1  
Boceto preliminar de los factores que influyen en el embarazo en las adolescentes y el uso de contraceptivos.

el único factor que influye en el uso de contraceptivos. ¿Cuáles eran los otros factores? ¿Podría yo utilizarlos para construir un marco para la práctica? Después de creer que todo lo que yo tenía que hacer era procurarles conocimiento, ahora me sentía presa de una gran confusión por sacar una conclusión acerca de todos los fragmentos diferentes de información con que contaba.

Después de devanarme los sesos por un rato, comencé a identificar categorías generales en las que encajaban las opiniones específicas y la información. Traté de visualizar qué factores determinaban el que una adolescente se embarazara o no. Primero, ésta era sexualmente activa y, segundo, no hacía uso del contraceptivo eficazmente. Tracé un boceto similar al de la figura 24-1 que me ayudara a organizar mis ideas. Las adolescentes embarazadas con las que estaba trabajando eran o habían sido sexualmente activas y no siempre eran contraceptoras efectivas. Quise determinar qué factores influían en el uso de contraceptivos, para luego usar la información para el desarrollo de un marco para la práctica. Al identificar categorías *generales* en las que encajaban las opiniones específicas y otro tipo de información de parte de las estudiantes, obtuve en conclusión la siguiente lista de factores:

- 1 Las propias actitudes y valores de la adolescente acerca de la sexualidad, los hijos, los contraceptivos, los roles sexuales, y otros
- 2 Las actitudes y valores de otras personas que influyen en ella, en especial los padres, la pareja, y sus pares o compañeras, de quienes me referiré como las tres P
- 3 Su autoestima y percepciones de su capacidad para controlar su vida, y el grado de autoaceptación de ella misma como ser sexual
- 4 El sistema de prestación de cuidado de salud; de una manera específica ¿eran los contraceptivos asequibles, accesibles, y se le ofrecían de una manera aceptable al individuo? A esto me refería como las tres A

Añadí luego el conocimiento y un factor acerca del cual había leído en la bibliografía:

- 5 Conocimiento sobre concepción y contracepción
- 6 Motivación consciente o inconsciente para embarazarse o para tener un hijo

Tracé otro esquema similar al de la figura 24-2 para ayudarme a visualizar qué es lo que había ideado hasta ese momento.

Al llegar aquí, comencé a revisar más a fondo la bibliografía sobre

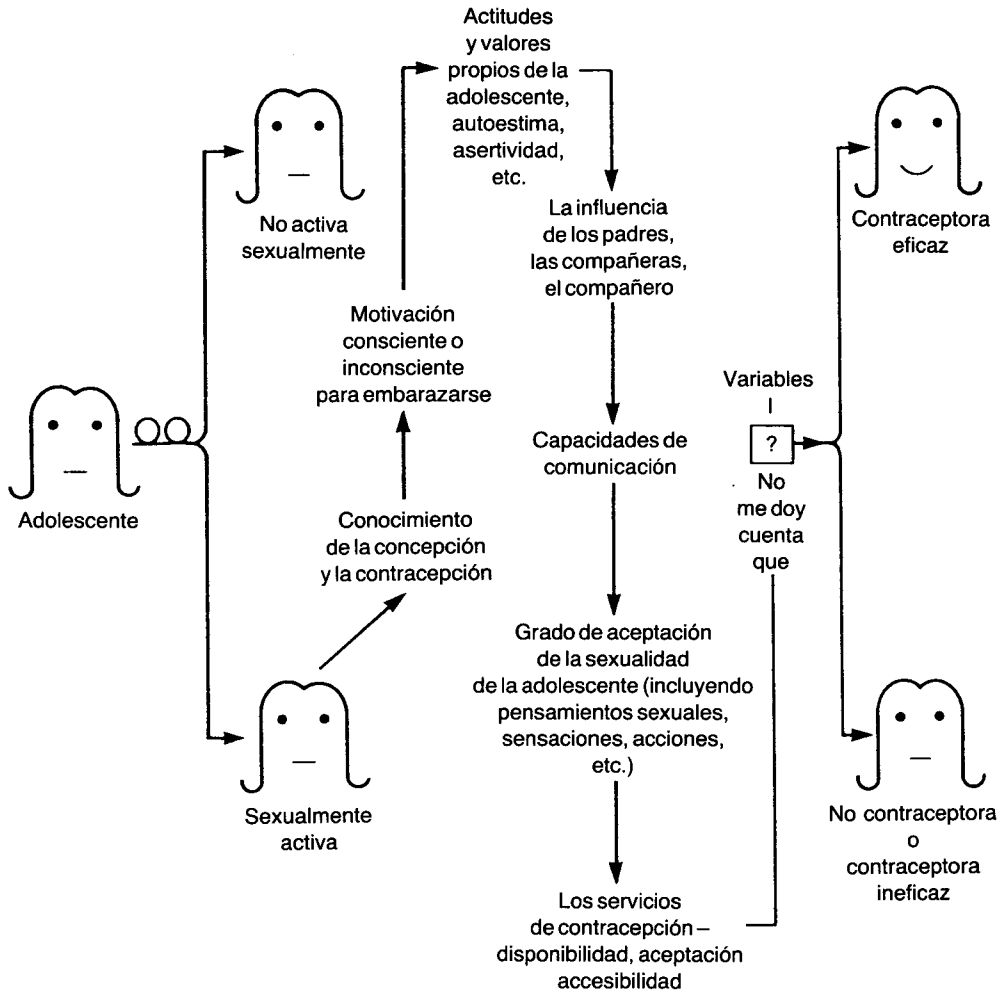


FIGURA 24-2  
*Algunos factores que influyen en el uso de contraceptivos por las adolescentes.*

embarazo en adolescentes y planificación familiar. Uno de los temas en los que me centré en un principio fue la motivación de estas estudiantes para quedar embarazadas. Encontré varios informes que referían que las adolescentes se embarazaban porque, consciente o inconscientemente, así lo desean por diversas razones, como es el escapar de situaciones desagradables.<sup>6</sup> Estaba yo tratando de pensar cómo podría abordar una motivación para embarazarse proveniente de un hogar desdichado e igual situación social cuando leí un punto de vista opuesto. Otro autor opinaba que



el embarazo, más que estar motivado, era el resultado imprevisto e indeseado de las relaciones sexuales.<sup>7</sup>

Me propuse reunir algo de información sobre este polémico asunto de parte de las muchachas con las que estaba trabajando. En un cuestionario por escrito y en forma anónima, pregunté a las 48 alumnas inscritas entonces en la escuela que constataran la siguiente pregunta: “Si una amiga íntima te pregunta por qué te embarazaste y tú quisieras responder con toda honestidad, ¿qué le dirías? Marca todas las razones que te atañen a ti en especial.” A esto le seguía una lista de 23 puntos que la estudiante podía señalar con una palomilla, así como también un espacio en donde escribía sus otras razones. Obtuve una información muy interesante de esta revisión informal de su perspectiva consciente.

La frase registrada con mayor frecuencia fue “nunca pensé en el embarazo” (22 respuestas). Después seguía en el orden esta otra: “Yo no pretendía llegar a tener relaciones (sexuales), pero fui cayendo sin darme cuenta” (15 respuestas). La tercera en la lista fue “yo no creía que podía quedar embarazada” (13 respuestas). La cuarta fue “yo quería algo que fuera solamente mío” (12 respuestas). Entre lo añadido por ellas figuraron frases como las siguientes: “no lo sé”, “yo no lo planeé ni lo deseaba; me agarró desprevenida”, “me embarqué porque tuve mala suerte”, “nada más porque sí”, “mi marido y yo queríamos un bebé”, y “¿qué demonios voy yo a saber?”

Con esta información y la literatura previamente mencionada, llegué a la conclusión de que algunas estudiantes, consciente o inconscientemente, querían embarazarse. Sin embargo, me parecía que, si bien la mayoría de las adolescentes se sintieron motivadas para la intimidad sexual con otra persona por múltiples razones, no tuvieron motivación alguna a ningún nivel para embarazarse. El embarazo no era lo principal en lo que pensaban o que sentían cuando se involucraban en las relaciones sexuales. A este respecto, decidí planificar toda información basada específicamente en la motivación para embarazarse. Continué teniendo en cuenta el deseo de intimidad.

Decidí no concentrarme más en la motivación consciente o inconsciente del embarazo. Después de revisar mi esquema de factores que influían en el uso de contraceptivos (véase la figura 24-2), decidí centrarme en las tres A –calidad de asequible, accesibilidad y aceptabilidad de los servicios contraceptivos. Aunque no estoy segura, creo que elegí este factor porque, entre los que quedaban, parecía ser el más tangible y el más fácil como para hacer algo con él. Después de reuniones con enfermeras y médicos en la clínica del departamento de salud y en la clínica de planificación familiar en el centro médico vecino para tratar

de estos temas, pude ver que “no había ningún inconveniente” en proporcionarle contraceptivos a una adolescente que había tenido un hijo. Asimismo, la espuma anticonceptiva y los condones podían ser adquiridos por las adolescentes en varias farmacias locales. Los contraceptivos eran asequibles. Habían algunos problemas menores en cuanto a la accesibilidad, que fueron fácilmente resueltos posponiendo el horario de la clínica de planificación familiar después de las horas de clase y permitiendo que las estudiantes fueran dispensadas por la escuela de asistir a esta clínica, tal y como eran también dispensadas de las visitas prenatales y de postparto. Me aseguré de que cada estudiante contara con la información sobre el horario y la ubicación de la clínica y las normas en cuanto a las dispensas de clases. Dos cosas hice respecto de la aceptabilidad de los servicios. Primero, hice partícipe a la enfermera encargada de algunos informes positivos y negativos de las estudiantes acerca del servicio. Era una persona muy receptiva y en muy buena disposición de trabajar estrechamente conmigo. Esta relación colegial de trabajar estrechamente conmigo. Esta relación colegial fue compensadora para ambas. Más tarde, la enfermera de la clínica decidió tener un programa de educación de servicio interno para proporcionar servicios de planificación familiar para adolescentes. Segundo, hice una prueba con el juego-rol en situaciones de salud en la clase que podrían ocurrir en la clínica de planificación familiar, tal como hablar con una enfermera o con un médico que parece desaprobar el dar contraceptivos o hablar con alguien que se halla bajo la urgencia del uso de un contraceptivo. Después de un inicio desagradable, el juego-de-rol sirvió para traer a colación ideas y sentimientos que luego se discutían. El juego-de-rol mejoró luego de que hube leído acerca de cómo utilizar la técnica, y luego les proporcionaba a las estudiantes algunas pautas simples, como “toma un nombre y luego permanece en tu lugar hasta que yo indique cuándo”.

Cuando las estudiantes regresaban de la clínica de planificación familiar, trataba de cambiar unas pocas palabras con ellas para ver cómo había funcionado la visita. Cuando surgía un problema, trataba de ayudar a la estudiante a que lo resolviera a su satisfacción. Continué compartiendo acontecimientos específicos negativos y el criticismo constructivo, así como elogios de la enfermera jefe en la clínica. Después de esto, hubo unos cuantos problemas.

Ahora, unas pocas más entre las estudiantes usaban contraceptivos. Sin embargo, las sexualmente activas y que afirmaban que no querían en absoluto volver a embarazarse otra vez no usaban contraceptivos. Volví de nuevo a la lista de factores. Parecía que no podía eludir por más tiempo el tratar directamente con actitudes y valores acerca de la

sexualidad, los hijos, los roles sexuales, la autoaceptación, y las relaciones con los padres, la pareja y las pares o compañeras, y sus influencias sobre el comportamiento individual. Aprendí bastante rápidamente lo siguiente: No tenía tiempo para tratar con cada estudiante de manera individual. No sabía cómo abordar las actitudes sexuales y los valores con un grupo de estudiantes. Puesto que no lo sabía, me sentía insegura y a disgusto en cuanto a esto; mis propias actitudes y valores acerca de algunos de estos temas no estaban del todo claros y otros se hallaban en proceso de cambio. No se me ocurría cómo podría abordar de manera efectiva con todo esto yo sola. Luego aprendí lo siguiente por “infinitésima” vez: es correcto no saberlo todo. Es correcto (pero no agradable) ser inseguro y sentirse incómodo. No tenía que hacer todo esto yo sola. Había otros miembros en el personal con quienes planificar y coordinar mis esfuerzos. Había recursos dentro de la comunidad que podían ayudar. Debía dejar de devanarme los sesos y hacer algo.

En ese entonces, sucedieron varias cosas. Comencé a trabajar más estrechamente con las trabajadoras sociales de la escuela acerca de la contracepción y otros temas. Esto resultó mutuamente beneficioso para mí, para las trabajadoras sociales, y para las estudiantes. Mejoré también mi comunicación y coordinación con otros miembros del personal en la escuela, especialmente con la maestra de economía doméstica. Me puse en contacto con asesores que eran conocedores del proceso de grupo, clarificación de valores, y de ejercicios para grupos pequeños que podían utilizarse para conseguir objetivos afectivos. Estas personas compartieron conmigo información útil y referencias. Empecé poco a poco a esclarecer mis propios valores sexuales y a buscar oportunidades de aprender que me sirvieran para este fin.

A partir de las interacciones con las estudiantes, un número limitado de padres, otros miembros de sus familias, y de su pareja, y de la lectura y sesiones de discusión con las trabajadoras sociales, con mi supervisora de enfermería, y con otros profesionales, pude desarrollar una lista de puntos de trabajo para usarla en mi marco conceptual. Esta lista incluía enunciados tales como:

- 1 Si una mujer joven acepta su comportamiento sexual como positivo, es más probable que use contraceptivos que otra joven que considera su sexualidad como algo malo e incorrecto.
- 2 Una joven que solamente puede visualizarse a sí misma como madre o ama de casa es menos probable que use contraceptivos que una joven que tiene una visión más amplia de su futuro potencial.
- 3 Si el novio formal de una joven se opone al uso de los contraceptivos,

es menos probable que ella los use que si, en cambio, él los aprueba y participa en el uso del contraceptivo.

Queda fuera del ámbito de este capítulo la discusión de los muchos puntos que quedaron finalmente incorporados en mi marco, pero voy a dar detalles de uno de ellos y mencionaré algunos de los enfoques que utilicé que tenían que ver con la capacidad de comunicación y con temas afectivos tales como los valores sexuales. El primer enunciado en la lista precedente puede extenderse para proporcionar una visión más detallada de un aspecto del marco y cómo puede influir en el comportamiento contraceptivo.

Una experiencia que tuve con una estudiante me demostró vivamente cuánta influencia pueden tener los valores sobre el comportamiento. Durante meses seguidos, esta estudiante llegaba a mi oficina cada lunes y me contaba la misma historia. Confesaba haber tenido relaciones sexuales en el fin de semana, sabía que eso no estaba bien, iba a continuar saliendo con el mismo hombre, pero ya *nunca* más *lo* iba a hacer hasta que se casara. A pesar de que continuaba teniendo relaciones sexuales en forma regular, yo creía que ella se creía su propia afirmación cada vez que la expresaba. El suyo no se trataba de un caso aislado. Otras estudiantes que mantenían también regularmente relaciones sexuales decían que ya no iban a volver a hacerlo y que, por eso, no necesitaban usar contraceptivos.

Salió a la luz cada vez más que si una adolescente no considera su actividad sexual como algo malo y acepta su sexualidad, es más probable que utilice contraceptivos que si considera el sexo y su comportamiento sexual como algo malo. Si las posiciones de valor acerca de las relaciones sexuales no maritales son colocadas en un *continuum*, el panorama oscila desde “las relaciones sexuales no maritales nunca son correctas bajo ninguna circunstancia” hasta “están bien cuando una relación es estable y la pareja se ama” hasta “están bien con cualquier pareja con o sin afecto”. Cuando una joven considera que sus relaciones sexuales y sus amistades son aceptables y puede decirse a sí misma “soy una adolescente sexualmente activa y puedo planificar para el futuro y asumir responsabilidad por mis acciones”, es mucho más probable que use contraceptivos que la adolescente que está convencida de que su comportamiento sexual es algo malo. Esta última no es capaz de reconocer y aceptar su actividad sexual; por eso, no es probable que planifique para el futuro y que use contraceptivos. Este aspecto del que he ofrecido los detalles trata sobre el comportamiento sexual y los valores en tanto se relacionan con la autoaceptación y el uso de contraceptivos.

Al desarrollar mi posición relacionada con este aspecto y con otros del marco, creí necesario tratar con las estudiantes no solamente como individuos, sino también como miembros interdependientes, interactuantes de un sistema social en el que se incluía los padres, la pareja, las compañeras, los hijos, y otros. Aun cuando estaba trabajando con las estudiantes en la clase, era importante recordar esto al planificar enfoques que facilitarían el aprendizaje que ayudara a las estudiantes a promover la salud. Algunos de los temas sexuales con componentes afectivos que vimos en las clases incluían el examen de varios comportamientos alternativos, la discusión de las consecuencias potenciales a corto y a largo plazo de estos comportamientos, exposición de cómo asumir la responsabilidad por las propias acciones y los efectos de esto, esclarecimiento de las actitudes y de los valores personales y discusión de las actitudes y valores de otros en la red social de uno mismo y en la sociedad, y explorar el efecto que éstos pueden tener sobre el individuo.

Al tratar de temas como éstos, trabajé con grupos de estudiantes y utilicé ejercicios para grupos pequeños y “juegos” experienciales de grupo y dibujos. A juzgar por mi evaluación y por la retroalimentación de las estudiantes, una parte del trabajo de grupo fue estimulante, útil, y significativa. Un ejemplo de uno de los dibujos que funcionó muy bien fue el de “cómo manejar una situación X”. Para desarrollar este dibujo pedí a las estudiantes que describieran en forma anónima cualquier situación relacionada con la planificación familiar y que ellas quisieran que se tratara. A partir de estas situaciones, escribí varios juegos-de-rol con circuito abierto. La mayoría de las situaciones involucraban a los padres o a los novios o a unos y a otros y se centraban en los problemas de comunicación y en las diferencias de valores. Después que varias estudiantes actuaban cada rol en la clase, seguía a continuación una discusión semienfocada. En estas discusiones surgieron a menudo temas como la honestidad, la confianza, la fidelidad, la independencia, la toma de decisiones, la relación de amor y de sexo, y los patrones de comunicación. Aunque gran parte de la clase se dedicaba a estos temas y a otros similares, apenas habíamos empezado a examinarlos a fondo cuando ya llegaba a su fin el año escolar. Luego de este trabajo de grupo, varias estudiantes adicionales decidieron que querían usar contraceptivos y que eran capaces.

Cuando hubo terminado el año académico, un mayor número de estudiantes usaban contraceptivos que al principio, cuando yo me había centrado casi exclusivamente en el factor de conocimiento como una base para la intervención. Así, había alcanzado uno de mis objetivos originales en el desarrollo de mi marco para la planificación familiar. Sin embargo,

las estudiantes y yo aprendimos mucho más que la contracepción únicamente. Cuando reflexiono en el origen de mi marco conceptual, veo que los aprendizajes más significativos y útiles para mí lo constituyeron las ideas que surgieron del examen del proceso por el que pasé durante su surgimiento. La experiencia facilitó mi crecimiento profesional y personal.

## REFERENCIAS

- 1 "The Cooperative School for Pregnant Girls: Progress Report", 1970, p.9.
- 2 John F. Kantner and Melvin Zelnick: "Sexual Experience of Young Unmarried Women in the United States". *Family Planning Perspectives*, 4, 4:16, October 1972.
- 3 Harriet B. Presser: "Early Motherhood: Ignorance or Bliss". *Family Planning Perspectives*, 6, 1:11, winter 1974.
- 4 Barbara Klug Redman: *The Process of Patient Teaching in Nursing* (St. Louis: C.V. Mosby, 1968).
- 5 Frank Furstenberg, Jr., Leon Gordis, and Milton Markowitz: "Birth Control Knowledge and Attitudes Among Unmarried Pregnant Adolescents: A Preliminary Report". *Journal of Marriage and the Family*, 41, February 1960.
- 6 Leontine R. Young: "Personality Patterns in Unmarried Mothers". In Robert W. Roberts (ed.): *The Unwed Mother* (New York: Harper & Row, 1966), p.93.
- 7 Clark E. Vincent: *Unmarried Mothers* (Glencoe, Illinois: The Free Press, 1961).

## BIBLIOGRAFIA

- DeLia, Julian E. "Contraception for Adolescent Girls". *Consultant*, 21:63-64, March 1981.
- Forest, J.E., et al. "The Impact Of Family Planning Clinic Programs On Adolescent Pregnancy". *Family Planning Perspectives*, 13:109-116, May/June, 1981.
- Freeman, Ellen W., et al. "Never-Pregnant Adolescents and Family Planning Programs: Contraception, Continuation, and Pregnancy Risk". *American Journal of Public Health*, 72:815-822, August 1982.
- Gorosh, M. "Patterns of Contraceptive Use Among Female Adolescents: Method Consistency in a Clinic Setting". *Journal of Adolescent Health Care*, 2, 3:96-102, 1982.
- Jones, Judith Burns, et al, "Adolescents Use of a Hospital-Based Contraceptive Program". *Family Planning Perspectives*, 14:224-225, August 1982.
- Magenheimer, E.A. "An Alternative Contraceptive Method: Fertility Awareness". *Issues in Health Care of Women*, 6, 1:39-50.
- Smith, P.B., et al. "Social and Affective Factors Associated with Adolescent Pregnancy". *Journal of School Health*, 2, 52:90-93, 1982.
- Zabin, Laurie Schwab, et al. "Why They Delay: A Study of Teenage Family Planning Clinic Patients". *Family Planning Perspectives*, 13:205-207, September/October 1981.
- Zelnik, M. et al. "Sexual Activity, Contraceptive Use and Pregnancy Among Metropolitan Teenagers: 1971-1979". *Family Planning Perspectives*, 12:230-231, September/October 1980.

Este capítulo da a conocer familias, en las que la madre sufre una hospitalización prenatal, como familias “en riesgo” y ofrece estrategias de asistencia a estas familias para superar el estrés de tal experiencia.

## CAPITULO VEINTICINCO

# EMBARAZOS DE ALTO RIESGO

MARY ANN CURRY

Alrededor de un 20% del número total de los embarazos llegan a clasificarse como de *alto riesgo* llegado el momento del parto. Mientras que muchos de estos embarazos no llegan a ser de alto riesgo hasta los últimos meses del embarazo o durante el trabajo de parto, una cantidad significativa son de alto riesgo en la etapa temprana de la gestación y, en algunos casos, son de *riesgo* desde el momento de la concepción. Solamente de unos pocos años para acá han permitido los adelantos en perinatología un manejo agresivo y exitoso de muchos de estos embarazos. En un número creciente de casos, estos embarazos se manejan con una hospitalización prenatal temprana e incluso a veces frecuente y prolongada. Como resultado, las familias padecen el estrés de la hospitalización aunado al estrés generado por un embarazo de alto riesgo.<sup>1</sup> Este capítulo se centrará en el estrés que sufre la familia como consecuencia de la hospitalización prenatal.

La hospitalización prenatal ocurre generalmente debido a que una enfermedad preexistente, como la diabetes, se agrava con el embarazo, o por el desarrollo de una complicación aguda del embarazo, como un

parto prematuro o una placenta previa. Mientras que la respuesta a la hospitalización prenatal es única en cada familia, existen muchas semejanzas en esas respuestas, y son esas semejanzas las que se van a considerar en este capítulo. Las bases de la discusión las proporcionan la literatura de investigación y la de referencia, así como la propia investigación y la experiencia clínica de la autora.

## ANTECEDENTES

La investigación actual relacionada con la hospitalización prenatal es extremadamente exigua. La brevedad de los trabajos, las metodologías de estudio de los casos y un enfoque centrado casi exclusivamente en las respuestas de las madres dificultan la generalización de los hallazgos en las diversas poblaciones de sistemas de familia. Debido a que los estudios existentes son tan escasos, los factores que han sido identificados en la literatura que no pertenece al terreno de la investigación y que contribuyen a las complicaciones del embarazo o a efectos en el feto serán revisados con el fin de entender la significación de este acontecimiento estresante. Dado que los acontecimientos normales del embarazo y de la paternidad son en sí mismos estresantes, se presentará primero una revisión breve de tal estrés con el fin de apreciar los efectos que constituyen un embarazo de alto riesgo.

### *Los acontecimientos del embarazo y la paternidad*

Mientras que el embarazo constituye una época de inestabilidad emocional y ansiedad tanto para el hombre como para la mujer,<sup>2-5</sup> parece ser que una cierta cantidad de agitación emocional y de estrés es saludable y puede ser una fuerza positiva para la creación de energía de cara a la paternidad posterior.<sup>6,7</sup> Las mujeres por lo general se vuelven más narcisistas y dependientes durante el embarazo y a menudo sueñan o fantasean con males o lesiones que sufren ellas o su bebé.<sup>8-10</sup> La percepción de la mujer de la ayuda de su pareja durante ese tiempo de dependencia aumentada se ha observado que está relacionada con su adaptación durante el embarazo y su maternidad reciente.<sup>11,12</sup> Se han escrito una amplia variedad de tipos de desapego o involucimiento en otros amoríos por parte del hombre durante el embarazo.<sup>13</sup>

Se ha observado que el nacimiento de un bebé normal tras un embarazo sin complicaciones ejerce un impacto significativo en la familia.



Estudios retrospectivos de parejas primíparas catalogan a la transición a la paternidad como estresante, o, en la percepción de algunas parejas, como una época de crisis.<sup>14-18</sup>

Mediante un estudio prospectivo se examinó en parejas primíparas sus percepciones del estrés personal y estrés marital y se encontró que el estrés personal percibido aumentaba de manera significativa en los primeros 8 meses de la paternidad. En las mujeres, el estrés marital continuo, aumentando durante ese mismo tiempo. En otro estudio prospectivo, Lederman y Weingarten encontraron también que tanto las parejas primíparas como las multíparas experimentaban una satisfacción disminuida en su relación marital a las seis semanas posteriores al parto, y las madres de ambos grupos se sentían menos satisfechas con su rol de maternidad a las seis semanas posteriores al parto en comparación con los sentimientos que experimentaban a los tres días después de haber dado a luz.<sup>20</sup>

*Factores relacionados con complicaciones  
en el embarazo o las consecuencias en el feto*

La investigación referente a los efectos del estrés adicional y la ansiedad durante el embarazo, sobre el embarazo mismo, el parto subsecuente y en el recién nacido ponen de manifiesto el daño potencial que estos factores pueden tener. Factores psicológicos, los diversos tipos de estrés de la vida diaria, y la ansiedad se han relacionado con una incidencia creciente de complicaciones en el embarazo.<sup>21-24</sup> Una incidencia creciente en las complicaciones *intra partum* ha sido también referida en mujeres que padecieron un estrés emocional fuera de lo común durante el embarazo.<sup>25-28</sup> Por último, se ha observado que existe una relación entre los efectos sobre el feto y la aceptación del embarazo y el estrés materno durante el tiempo del embarazo.<sup>29-31</sup> Sin embargo, es importante recordar que, mientras que en estos estudios se encontraron asociaciones tanto retrospectivas como prospectivas, nunca pudo demostrarse una relación causal.

Así, tal parece que las familias que experimentan hospitalización prenatal, como resultado ya sea de una exacerbación de una enfermedad materna o de una complicación del embarazo, son familias que probablemente padecen estrés, ansiedad, y temor añadidos a las reacciones emocionales normales al embarazo y a la paternidad. Es importante comprender sus respuestas al impacto de este estrés adicional.

## RESPUESTAS A LA HOSPITALIZACION PRENATAL

Toda la investigación comunicada en referencia a la hospitalización prenatal se ha centrado exclusivamente en las respuestas de las mujeres. Por lo tanto, la siguiente discusión parte principalmente de la experiencia clínica e investigadora de la autora. Debido a que la investigación en este campo es muy escasa, los datos relacionados con las respuestas de las mujeres serán incorporados en este capítulo así como también serán presentados en forma separada.

### *Respuesta de la familia*

La respuesta familiar varía enormemente dependiendo de su historia pasada y de su experiencia. Las familias que tienen experiencia acerca del rol de enfermo generalmente responden de forma muy diferente a aquellas que sufren la experiencia de este rol por primera vez. Por ejemplo, la familia que ha experimentado anteriores hospitalizaciones debido a diabetes materna ha desarrollado mecanismos de enfrentamiento para afrontar este estrés, en tanto que, para muchas otras familias, el ingreso de la mujer a causa del embarazo puede ser su primera experiencia hospitalaria.

La teoría de Loss proporciona un marco para examinar la respuesta familiar a este acontecimiento. La primera etapa de pérdida, caracterizada por choque e incredulidad, puede verse casi siempre cuando estas familias entran por primera vez al hospital. La hospitalización prenatal es generalmente repentina e imprevista. Aun cuando hay algunos indicios durante el embarazo de que esto puede ocurrir, el ingreso real se halla generalmente caracterizado por sentimientos de sorpresa, negación, choque, e incredulidad. Una expresión que frecuentemente se escucha es: “¡No puedo creer que esto haya pasado!” Durante ese tiempo las familias tienen que luchar con el hecho de que el embarazo normal que habían planeado ya sucedió, y el problema del embarazo como aceptándolos *a ellos* es ahora frente a lo que se encuentran.

Por lo general, si el problema no plantea una amenaza a la salud de la madre, como podría ser un parto prematuro, la ansiedad inicial se centra en su totalidad en el bebé. En esa etapa, se hacen intentos por hallar la causa del problema, y los reproches o el culparse son frecuentes. La familia trata de explicar el problema en función de algo que han hecho: un viaje reciente, actividad sexual, u otro estrés potencial. No es sino hasta más tarde cuando van a aceptar otras explicaciones y la posi-

bilidad de que algún miembro de la familia o algún acontecimiento no haya sido la causa del problema.

La familia manifiesta su ansiedad de muy distintas maneras. La luz roja de alarma puede estar encendida constantemente mientras la familia busca tranquilidad y ayuda para hacer frente al hecho. Pueden también cuestionar seriamente la competencia de los proveedores de salud y amenazar con abandonar el hospital y buscar un cuidado mejor. Con frecuencia se les hace difícil procesar la información y es necesario repetirles a menudo la información. Las enfermeras pueden acusar a sus colegas de que jamás les explican nada a estas familias, puesto que ellos hacen las mismas preguntas una y otra vez con la intención de comprender qué es lo que pasa.

Después de este período inicial de choque e incredulidad que suele durar entre 12 y 48 horas, puede verse por lo general a la familia que pasa a una segunda etapa de pérdida, caracterizada ésta por las protestas y las quejas. Durante este tiempo los miembros de la familia se percatan de que pueden encontrarse frente al hecho de una hospitalización larga y una separación prolongada de ambos. Es frecuente el enojo y pueden ahora empezar a culpar de su situación a fuentes exteriores a la familia. Por ejemplo, una familia culpaba al internista de la esposa por no haber manejado mejor su diabetes, en tanto que otra familia le echaba la culpa a la economía y a la pérdida del empleo del esposo por haber precipitado el parto prematuro.

Las mujeres durante este tiempo expresan con frecuencia que nunca estuvieron de acuerdo en la hospitalización; no pueden imaginarse el estar encamadas durante una semana, o solas un mes. Se manifiestan frenéticas y se sienten engañadas y enojadas por no poder controlar lo que está ocurriendo. Pueden padecer efectos secundarios por los vasodilatadores y sentirse desamparadas porque no pueden controlar los rubores, los mareos, y las palpitaciones. Estas mujeres están también por lo general guardando reposo en cama e incluso no pueden controlar cuándo pueden ir al baño. Como para tranquilizarse a sí mismas e incluso a la enfermera, dicen constantemente: “Estoy de veras perfectamente bien. Me siento muy bien.”

Después de esta fase, la familia entra por lo general en la tercera etapa de pérdida, caracterizada por retirada y depresión. Sienten preocupación por lo que han perdido, y los lamentos y el llanto se hacen evidentes con frecuencia. Lamentan la pérdida del embarazo normal y de la estructura familiar. Ambos miembros de la pareja dejan de ser amantes. El hombre puede tener que asumir la mayor parte, si es que no todas, de las funciones del rol familiar de la mujer y ésta ya no puede seguir

funcionando en la mayoría de sus roles anteriores. En esa situación, las mujeres con frecuencia se sienten como si fueran únicamente “incubadoras”. Desafortunadamente, este sentimiento es comúnmente reforzado por la preocupación del proveedor de salud por la salud del feto, incluso si la salud de la mujer misma se halla amenazada.

En ese tiempo, la familia puede que por sí misma se prepare para la posible pérdida del bebé o la posibilidad de una enfermedad o malformación. Las familias expresan que no desean hacerse demasiadas ilusiones, involucrarse demasiado o aferrarse demasiado a un niño que quizás no sobreviva. Esto queda ilustrado por mi experiencia de que las mujeres a menudo son renuentes a hablar acerca de su bebé que todavía no nace o a tocar sus vientres hasta que se haya dado alguna indicación de que el bebé tiene una posibilidad razonable de sobrevivir. Sólo después de que ya tienen una pequeña esperanza de que el bebé va a sobrevivir empiezan a palpar y a acariciar su vientre como lo hacían antes de que les ocurriera el percance y comienzan a hablar más libremente acerca del bebé. Sin embargo, empiezan entonces a manifestar preocupación porque algo ande mal con su bebé. Parece que primero se centran en si va o no el bebé a vivir, y luego si va o no a estar íntegro.

Esta incertidumbre constante acerca del resultado del embarazo es uno de los problemas más difíciles con los que se enfrentan estas familias. La prueba diaria de preguntarse cuándo irá a nacer el bebé y la preocupación por si será o no normal mantiene bajo estrés constante y severo a la familia.<sup>32</sup> Las mujeres refieren a menudo que sienten como que están enloqueciendo, y cuestionan seriamente si serán capaces de sobrevivir al embarazo mentalmente intactas. Como consecuencia, el *regateo* es el mecanismo de enfrentamiento frecuentemente utilizado durante esta fase. Las familias, desgastadas por la incertidumbre inexorable y el desasosiego, puede ser que soliciten un parto inmediato para aliviarse de su angustia. Quieren que ya pase todo de una vez y pueden incluso arriesgar la posibilidad de un bebé prematuro con tal de liberarse de la tensión. Durante ese tiempo, es típico que reúnan datos que apoyen sus deseos y refieren casos de otros niños que fueron dados a luz con buen éxito en ese tiempo de la gestación. Este es el momento en que son especialmente receptivas a las discrepancias en la información y naturalmente se ponen del lado de la persona que posee la información más favorable.

La reorganización, la cuarta y final etapa de pérdida, se logra entre el quinto y séptimo días de hospitalización. Señalada por un comportamiento de solución de problemas y cambios y planes realistas, las familias llegan a esta etapa ateniéndose a los mecanismos de enfrentamiento previos. Desafortunadamente, no todas las familias pueden lograr esta

reorganización y en cambio se quedan en una de las etapas previas. Más aún, incluso cuando la familia logra una reorganización, si la hospitalización es prolongada, la familia o uno de sus miembros puede regresar a una de las etapas previas. Esto es especialmente cierto cuando se ha alcanzado una meta en la que se habían depositado grandes esperanzas, pero la familia está decepcionada. Por ejemplo, una familia tenía la meta de alcanzar 36 semanas de gestación, pero los estudios de madurez pulmonar del feto indicaron un feto inmaduro, y se tomó la decisión de esperar una semana más para el parto. Su reacción inicial fue de incredulidad, después de ira, y, finalmente, un profundo estado de depresión que duró varios días antes de que pudiera recobrase un estado de reorganización.

### *Reacciones de las mujeres*

Unos pocos estudios descriptivos se han centrado en la respuesta de la mujer a la hospitalización prenatal. Mercatz observó minuciosamente a 22 mujeres embarazadas hospitalizadas y encontró que sus intereses principales se centraban primero alrededor del bebé, luego alrededor de su propia salud y, por último, alrededor de los niños en el hogar.<sup>33</sup> Los intereses acerca de la pareja o esposo venían a continuación de los intereses por los niños. Encontró que las mujeres con niños dependientes en la casa evidenciaban significativamente más estrés que las madres que no tenían niños dependientes en sus casas. Steward, en sus entrevistas con 10 mujeres hospitalizadas por parto prematuro, encontró respuestas similares.<sup>34</sup> La preocupación acerca de las dificultades en la casa impuestas por la hospitalización, el miedo, y la incertidumbre acerca del bebé que todavía no nace, y la pérdida de la autoidentidad fueron los intereses identificados. Steward encontró que todas las mujeres padecían severos cambios de humor, con períodos de disminución que se presentaban cada 4 ó 5 días y duraban desde unas horas hasta unos cuantos días.

La literatura de referencia describe a estas mujeres como ambivalentes en cuanto al embarazo, si bien temerosas de que puedan perderlo.<sup>35,36</sup> También se describen como muy egocéntricas y atormentadas porque se les esté castigando. Por otra parte, se ha observado que expresan enojo hacia su niño que está por nacer y expresan el deseo de que ya termine el embarazo. Confrontadas con el imperativo cultural de crecer y multiplicarse, estas mujeres experimentan una amenaza a su autoconcepto y a la imagen de su cuerpo mientras luchan contra la incertidumbre de si serán o no capaces de mantener el embarazo.

Mi experiencia clínica e investigación apoyan estos datos. Los sentimientos de ambivalencia acerca del embarazo y el enojo hacia el niño se hallan mezclados con el temor interminable de que algo está mal con el bebé. De hecho, estas mujeres están frecuentemente convencidas de que la razón de estar en estos problemas se debe a que algo anda terriblemente mal con el bebé y a menudo pueden describir con todo detalle la deformidad o el problema al que le temen. Mientras por una parte temen dar a luz prematuramente y se angustian por los largos períodos de separación neonatal, también intentan a menudo el negociar un final inmediato del embarazo, como antes se ha descrito. Las mujeres que han sufrido pérdidas fetales previas o neonatales son especialmente vulnerables y pueden permanecer en un estado de aflicción anticipatoria incluso después del nacimiento de un niño aparentemente normal.

El gran impacto de la hospitalización se hizo evidente en las amplias entrevistas que yo conduje. A diferencia de las observaciones de Mercatz, en mi estudio encontré que las mujeres que tenían niños en casa se preocupaban principalmente por esos niños en lugar de hacerlo por el niño que iba a nacer. Sin embargo, el interés por el bebé que iba a nacer era el que seguía en importancia entre sus preocupaciones, y era la preocupación principal para las mujeres que no tenían otros niños en la casa. Como podría esperarse, las inquietudes relativas a los niños que estaban en casa se centraban en las respuestas de los niños a la separación. Las madres frecuentemente expresaban la preocupación de que esos niños pudieran sentirse abandonados. El deseo de estar en casa con sus hijos y el conocimiento de cómo esto sería en realidad creaba una fuente de conflicto en estas mujeres. Una de ellas lo resumía de esta manera:

Una no puede evitar el sentirse culpable. Si estás en el hospital, te sientes culpable de no estar en casa. Si consigues estar en casa, te sientes culpable por no poder levantarte y ayudar, y culpable si te levantas de la cama. Es una situación imposible.

Otra de las preocupaciones importantes para estas mujeres era la pareja. Se preocupaban por cómo comía, dormía, y se arreglaba en casa sin ella. Si su pareja trabajaba, se angustiaban acerca de cómo se las arreglaría para trabajar y cuidar la casa o los niños también. El era la principal persona de apoyo y la persona a la que preferían ver o hablar por teléfono. De hecho, muchas mujeres no querían a ninguna otra visita porque estaban ya cansadas de explicarles su situación a los amigos o a otros parientes. Aunque la mayoría de las mujeres entrevistadas expresaron alguna comprensión de cuán difícil debería ser para su pareja el arreglárselas con todos estos roles y visitarla con regularidad, también encontraban extremadamente difícil de sobrellevar el hecho de que él no acudiera

a visitarlas con frecuencia. Ellas se sentían terriblemente culpables, pero al mismo tiempo irremediablemente dependientes. Como explicaba una de ellas:

Yo sé que es duro para él trabajar todo el día, ir a casa, cuidar del perro, comer, y luego venir aquí a oír mis quejas. Pero yo estoy esperando todo el día que venga y me siento tan sola como si fuera a morirme. Todos los días me digo a mí misma que ya no voy a quejarme tanto, pero me es muy difícil. Y cuando empezamos a reñir es horrible, porque no tenemos ninguna privacidad y además sé que se va a tener que marchar y que no va a volver hasta el otro día.

El total de las mujeres entrevistadas expresaron una grave preocupación por la situación financiera familiar. Cuando se les preguntó en el transcurso de su hospitalización cuáles eran sus mayores preocupaciones, siempre se mencionaba el dinero. Muchas de ellas denotaban desesperanza de que pudieran pagar la cuenta del hospital y se planteaban en voz alta si el embarazo merecía realmente la pena. Una mujer dijo que se sentiría mejor en cuanto a esas dudas si pudieran garantizarle un bebé sano, porque, por el momento, ella tenía la impresión de que estaban arriesgando mucho a un solo número completamente desconocido.

### *Las respuestas de los hombres*

El padre del bebé que está por nacer se halla en una posición extremadamente difícil. Una colega trabajadora social los describía diciendo que estaban en una situación “sin ganancia posible”. Si tratan de responder a sus problemas financieros consiguiendo un segundo empleo, no pueden entonces acudir de visita al hospital con la misma frecuencia. Si se quedan en la casa con los niños, deberían estar de visita en el hospital, y, si se toman un descanso sobradamente necesario para salir con sus amigos, su pareja puede sentirse traicionada. Se les acusa con mucha frecuencia de ser sexualmente infieles, y la imaginación de su pareja acerca de este asunto crece y crece en las interminables horas que pasa solitaria en el hospital.

Estos hombres me han comentado que se sienten como un montón de carne en constante ansiedad. Sienten preocupación por la salud del bebé y, en muchos casos, por la salud de su pareja también. Además, pueden tener que asumir algunos roles familiares por primera vez, sumados a los viejos roles que deben mantener. Más aún, la relación con su pareja se ha vuelto repentina e intensamente centrada, casi exclusivamente, en el embarazo. Uno de ellos lo describía así:

Mire, yo vengo aquí todas las tardes a verla y lo único que ella hace es hablar del bebé. Cuando trato de hablar de algo más, empieza a llorar y dice que nada me importa. Sé muy bien que tiene un montón de cosas acumuladas de todo el día, pero yo estoy igual.

Este intenso enfoque en el embarazo puede obviamente afectar la relación de la pareja después de que el bebé haya nacido. Sumado al estrés normal que los nuevos padres padecen, estas familias padecen frecuentemente el estrés adicional que supone el volver a aprender a relacionarse de nuevo después de haber estado tan intensamente centrados en el embarazo. Una mujer dio detalles de la necesidad que sentían ella y su pareja un mes después del parto de estar haciendo cosas completamente aparte porque se sintieron tan amarrados uno del otro durante la hospitalización.

En resumen, las familias que tienen que pasar por una hospitalización prenatal se hallan sujetas a un estrés sobreimpuesto al estrés normal que supone la gestación. Experimentan la pérdida de un embarazo normal y de la vida familiar normal y quizá la pérdida de la salud de la madre también. A continuación se presentan algunas sugerencias para trabajar con estas familias.

## SUGERENCIAS PARA EL CUIDADO

Los conceptos para la teoría de crisis proporcionan un marco apropiado para trabajar con estas familias. Se puede ayudar a las familias a valorar el estrés al que se están enfrentando, a identificar los mecanismos para afrontar el estrés, y a identificar los apoyos ambientales que sirvan para aliviar el estrés. La importancia de la percepción de la familia de estas valoraciones es crítica, si bien ignorada con frecuencia. Un ejemplo de percepciones divergentes ocurrió cuando una familia sufrió una tercera hospitalización a causa de sangrado vaginal. Rápidamente iniciaron el proceso de reorganización y se habían tranquilizado en unas pocas horas. La enfermera, de buena fe, siguió escudriñando en la mujer cualquier señal de disgusto o depresión, hasta que por fin la mujer se enojó y dijo: "Mire, estoy pasando por esta fase, así que déjeme en paz para que pueda terminar mi tejido."

Se puede ayudar a las familias a evaluar mecanismos de enfrentamiento previos para otros que van a ser eficaces ahora. También se les puede ayudar a desarrollar mecanismos de enfrentamiento nuevos, dados que los anteriores pueden no ser suficientes para esta nueva experiencia. Uno de los mecanismos de enfrentamiento más importantes que la mujer



puede desarrollar es el que la ayude a manejar su tiempo. A una mujer que previamente haya tenido que vérselas con la forma de pasar su tiempo mediante una planeación cuidadosa de su día completo se le puede ayudar a reestructurar su día en el hospital de una manera similar. Un ejemplo excelente de esto fue el de una periodista que ocupaba las mañanas viendo y haciendo una crítica de los programas infantiles de televisión. Después se tomaba una breve siesta, comía, y por la tarde leía material de investigación relacionado con este tema hasta la llegada de la hora de visitas. Con mucho cuidado dedicaba un tiempo antes de la hora de visitas para arreglarse. Después, se tomaba otra siesta y luego veía las noticias de la noche mientras le llevaban la cena. Su marido casi siempre llegaba para la cena y se quedaba hasta la hora de dormir. Obviamente, las mujeres que no están acostumbradas a distribuir su tiempo en una manera tan organizada pueden tener necesidad de un enfoque muy distinto para estructurar su estancia en el hospital.

El ayudar a estas familias a identificar los soportes ambientales es crucial. A través de mi investigación, y experiencia clínica, he podido observar que estas familias se apoyan típicamente en unos pocos miembros familiares inmediatos. Si bien el poder recibir ayuda de la familia inmediata de uno es algo muy sano y debe defenderse, el intenso estrés que estos pocos miembros de la familia padecen puede ser abrumador. El compañero masculino en la familia es especialmente vulnerable, en particular si no está acostumbrado a buscar ayuda fuera de la familia. Frecuentemente estas familias tienen que considerar el recibir ayuda financiera o ayuda social de parte de otros por primera vez. Esto puede constituir un acontecimiento muy amenazador y desmoralizador para los miembros de la familia al tener que admitir que sus recursos son insuficientes para este problema. Para algunas familias, incluso la sugerencia de una visita de un terapeuta ocupacional puede interpretarse en el sentido de que es inadecuada.

Utilizando el marco precedente, pueden considerarse las sugerencias específicas siguientes.

### *Proveer oportunidades a la familia para las visitas*

Deben hacerse toda clase de esfuerzos para maximizar y normalizar las visitas en la familia. La flexibilidad debe ser la regla, en lugar de la excepción. Debe permitirse a los niños acudir a la visita en todo momento y durante el tiempo que convenga a la familia. Idealmente, deberían estar a su disposición una sala de juegos o por lo menos unos juguetes,

o debería animarse a la familia a que guarde objetos para juegos en el hospital. Los esfuerzos para crear privacidad y promover la intimidad en la familia deberían recibir la misma atención que reciben los esfuerzos para prolongar el embarazo. Ejemplos de esto pueden ser hacer arreglos para que las compañeras de cuarto salgan, encontrar un cuarto tranquilo, sugerir que la ducha diaria la tomen con la pareja, o llevar un catre en la noche para dormir. Debe ayudarse a las familias a que continúen con sus costumbres importantes en el hospital. Un magnífico ejemplo de esto fue el de una familia que solía hacer palomitas y veían televisión todos los viernes por la noche. No podían poner en claro por qué se sentían tan desdichados viendo la televisión en el hospital los viernes hasta que se dieron cuenta de que no tenían sus acostumbradas palomitas. Esto quedó resuelto fácilmente, y las palomitas del viernes también se volvieron costumbre en el hospital.

#### *Proveer oportunidades para la solución de problemas en la familia*

La privacidad es crucial como ayuda a las familias para afrontar sus problemas. Dado que la mayor parte del tiempo deben compartirla juntos generalmente con una a tres compañeras de cuarto, tienen una enorme necesidad de estar un tiempo solos. El hecho de que las familias estén frecuentemente separadas cuando sus miembros se ven obligados a tomar decisiones importantes es un estrés adicional. Las decisiones del manejo del embarazo, las decisiones sobre el cuidado del bebé, y las decisiones sobre las finanzas familiares son ejemplos de decisiones que deberían hacerse idealmente en familia, pero que pueden tener que hacerse estando solos. Esta es una razón de sobra para que las familias estuvieran un tiempo a solas para poder salir airoso en esas cuestiones.

El proporcionar opciones múltiples para la solución de problemas en familia es otra estrategia. En Dinamarca, a varias de estas familias se les anima a que se reúnan socialmente varias veces a la semana para compartir sus experiencias y discutir sus estrategias de solución de problemas. Demostró ser algo extraordinariamente efectivo al apodarar a esto “terapia de café”. Otra opción puede ser la terapia familiar, o la opción de discutir los asuntos familiares con un proveedor de salud comprensivo e inteligente. Las mujeres me han comentado frecuentemente cuánta importancia tiene para ellas el que alguien se sienta a platicarles de asuntos personales. De esta manera, Steward encontró que la mayor ayuda identificada por estas mujeres era simplemente la de *escuchar*.<sup>37</sup>

### *Planificación de problemas potenciales*

Es muy importante ayudar a las familias a prever problemas potenciales o épocas con dificultades. Si se espera una larga hospitalización, resulta esencial discutir acerca de los períodos repetidos de depresión que se presentan. Si una familia ha sufrido la pérdida fetal previa, el aniversario de ese deceso será probablemente un acontecimiento crítico, y deben hacerse planes para hacerle frente. Procedimientos tales como el ultrasonido o una amniocentesis pueden no parecer acontecimientos críticos a los proveedores de salud, pero pueden percibirse por las familias como acontecimientos altamente decisivos. Por ejemplo, una amniocentesis puede representar un desafío técnico para los proveedores de salud, pero para las familias que han estado esperando durante 3 semanas la madurez fetal del pulmón, representa el posible final de un duro trance estresante.

El hacer planes para el alta después del nacimiento constituye otro ejemplo de planificación de problemas potenciales. La mayoría de las mujeres se sorprenden de lo débiles que se sienten luego de un período prolongado de descanso en cama. Por ello, es crucial ayudarlas a planificar de manera realista qué es lo que van a poder hacer después de ser dadas de alta. Deben estar preparadas para la probabilidad de que sus otros hijos exhiban un comportamiento negativo u hostil al regresar ellas a casa. Y, como hemos mencionado antes, la familia debe también prepararse para relacionarse entre sí fuera del intenso enfoque del embarazo.

## REFERENCIAS

- 1 Ramona T. Mercer: *Nursing Care for Parents At Risk* (Thorofare, New Jersey: Charles B. Slack, 1977).
- 2 Robert A. Fein: "Man's Entrance to Parenthood". *The Family Coordinator*, 25:341-348, 1976.
- 3 Jacqueline R. Hott: "The Crisis of Expectant Fatherhood". *American Journal of Nursing*, 76:1436-1440, 1976.
- 4 Myra Leifer: "Psychological Changes Accompanying Pregnancy and Motherhood". *Genetic Psychology Monographs*, 95:55-96, 1977.
- 5 Mary T. Westbrook: "The Reactions to Childbearing and Early Maternal Experience of Women with Differing Marital Relationships". *British Journal of Medical Psychology*, 51:191-199, 1978.
- 6 T. Berry Brazelton: "The Parent-Infant Attachment". *Clinical Obstetrics and Gynecology*, 19:373-389, 1976.
- 7 Sheila Kitzinger: *Giving Birth: The Parent's Emotions in Childbirth* (New York: Schocken Books, 1977).
- 8 Virginia Tilden: "A Developmental Conceptual Framework for the Maturational Crisis of Pregnancy". *Western Journal of Nursing Research*, 2:667-687, 1980.

- 9 Helene Deutsch: *The Psychology of Women: A Psychoanalytic Interpretation. Volume II Motherhood.* (New York: Grune & Stratton, 1945).
- 10 Laurie N. Sherwen: "Fantasies During the Third Trimester of Pregnancy". *American Journal of Maternal Child Nursing*, 6:398-401, 1981.
- 11 Westbrook, *op.cit.*
- 12 Pauline Shereshefsky and Leon J. Yarrow: *Psychological Aspects of a First Pregnancy and Early Postnatal Adaptation* (New York: Raven Press, 1973).
- 13 Kathryn May: "A Typology of Detachment/Involvement Styles Adopted During Pregnancy by First-Time Fathers". *Journal of Nursing Research*, 2:445-453, 1980.
- 14 Marcia Gruis: "Beyond Maternity: Postpartum Concerns of Mothers". *American Journal of Maternal Child Nursing*, 76:182-188, 1974.
- 15 Daniel Hobbs: "Transition to Parenthood: "A Replication and an Extension". *Journal of Marriage and the Family*, 30:413-417, 1968.
- 16 Candice Russell: "Transition to Parenthood: Problems and Gratifications". *Journal of Marriage and the Family*, 36:294-301, 1974.
- 17 Everett Dyer: "Parenthood as Crisis: A Re-Study". *Marriage and Family Living*, 25:488-496, 1963.
- 18 E.E. LeMasters: "Parenthood as a Crisis". In Howard Parad: *Crisis Intervention: Selected Readings* (New York: Family Service Association of America, 1965).
- 19 Brent Miller and D. Sollie: "Normal Stresses During the Transition to Parenthood", *Family Relations*, 29:459-465, 1980.
- 20 Regina Lederman, C. Weingarten, and Edward Lederman: "Postpartum Self-Evaluation Questionnaire: Measures of Maternal Adaptation". In Beverly S. Rapp (ed.): *Perinatal Parental Behavior: Nursing Research and Implications for Newborn Health* (New York: Alan B. Less, 1981), pp.201-223.
- 21 Richard L. Borsuch and Martha K. Key: "Abnormalities of Pregnancy as a Function of Anxiety and Life Stress". *Psychosomatic Medicine*, 36:352-362, 1974.
- 22 Cindy Williams, Reg A. Williams, and Manzer J. Griswold: "Pregnancy and Life Change". *Journal of Psychosomatic Research*, 19:123-129, 1975.
- 23 Basil S. Hetzel, Brigid Bruer, and Pos Pordevin: "A Survey of the Relation Between Certain Common Antenatal Complications in Primiparae and Stressful Life Situations During Pregnancy". *Journal of Psychosomatic Research*, 5:175-182, 1961.
- 24 Elaine R. Grimm and Wanda R. Venet: "The Relationship of Emotional Adjustment and Attitudes to the Course and Outcome of Pregnancy". *Psychosomatic Medicine*, 28:34-49, 1966.
- 25 Richard A. Newton, *et al.*: "Psychological Stress in Pregnancy and Its Relation to the Onset of Premature Labor". *British Medical Journal*, 2:411-413, 1979.
- 26 Alex J. Cranston: "Maternal Anxiety and Obstetric Complications". *Journal of Psychosomatic Research*, 23:109-111, 1979.
- 27 A. Davids and R. Holden: "Consistency of Maternal Attitudes and Personality from Pregnancy to Eight Months Following Childbirth". *Journal of Psychosomatic Research*, 364-366, 1970.
- 28 L. Engstrom, *et al.*: "A Prospective Study of the Relationship Between Psychosocial Factors and Course of Pregnancy and Delivery". *Journal of Psychosomatic Research*, 8:151-155, 1964.
- 29 Virginia Laukaran and Bea J. Vandenberg: "The Relationship of Maternal Attitude to Pregnancy Outcomes and Obstetric Complications". *American Journal of Obstetrics and Gynecology*, 136:374-379, 1980.
- 30 William H. James: "The Effect of Maternal Psychological Stress on the Foetus". *British Journal of Psychiatry*, 115:811-825, 1969.
- 31 Antonio J. Ferreira: "Emotional Factors in Prenatal Environment". *Journal of Nervous and Mental Diseases*, 141:108-118, 1965.

- 32 Doug Steward: "The Psychological Experience of Prolonged Premature Labor". Unpublished manuscript (San Francisco, California: 1978).
- 33 Ruth Mercatz: "Prolonged Hospitalization of Pregnant Women: The Effects on the Family". *Birth and the Family Journal*, 5:204-206, 1978.
- 34 Doug Steward, *op.cit.*
- 35 Suzanne Barclay: "Development of the Maternal Role". *Arizona Medicine*, 34:168-170, 1977.
- 36 Karen Galloway: "The Uncertainty and Stress of High-Risk Pregnancy". *American Journal of Maternal Child Nursing*, 1:394-399, 1976.
- 37 Doug Steward, *op.cit.*

Se discute la curación familiar como un fenómeno natural facilitado por el cuidado de maternidad centrado en la familia.

## CAPITULO VEINTISEIS

# EL CENTRO DE ALUMBRAMIENTO Y LA CURACION FAMILIAR

ANDREA AYVAZIAN

Hay importantes acontecimientos en el ciclo vital de la familia que son oportunidades para el crecimiento individual y la curación familiar. El nacimiento de un niño es uno de esos acontecimientos. La bienvenida de una nueva vida tiene un potencial para la unión humana que puede resultar en que los miembros de la familia se sientan más integrados, más conscientes de su interdependencia, y funcionando más cabalmente como individuos y como un sistema de familia. El cuidado de maternidad centrado en la familia es un enfoque en la práctica de la enfermería distributiva que ha sido diseñado para facilitar modos de vida sana durante la experiencia del parto.

## CUIDADO DE MATERNIDAD CENTRADO EN LA FAMILIA

El concepto de cuidado de maternidad centrado en la familia empezó a ganar apoyo en la práctica de la enfermería durante la década de 1961-

1970.<sup>1</sup> Este enfoque defiende la consideración hacia los demás miembros de la familia, además de la paciente en trabajo de parto, en especial del padre, durante el cuidado anteparto y postparto. Aunque este enfoque de enfermería puede teóricamente haber abarcado toda la familia, ésta no se había incluido en forma activa en la práctica hasta hace pocos años.

Algunos hospitales permitían que los padres estuvieran con sus parejas durante el trabajo de parto y en el momento del parto. A medida que los padres eran mejor recibidos en las unidades intimidantes, antisépticas, de los hospitales obstétricos, el término *centrado-en-la-familia* se convirtió en una expresión que cada vez se aplicaba más al cuidado de maternidad. Sin embargo, la *familia* implicaba una definición limitada por criterios comunicados tanto explícita como implícitamente. Muchos servicios de trabajo de parto y de parto sólo permitían dos miembros adultos que elegía la mujer para que asistieran al nacimiento. Esto obligaba a elecciones entre las parejas, otros miembros de la familia, y amigos. Definitivamente no se contaba para nada con los niños.

Aunque la inclusión de padres y, luego, de otros adultos representó un paso importante a partir del tiempo cuando las mujeres daban a luz solas, este enfoque no suponía verdaderamente una práctica centrada en la familia. Cuanto más, suponía cuidado para las pacientes y su pareja, ya que la familia se definía mezquinamente como la madre y su esposo, y quizás algunos otros individuos adultos.

En los últimos años, los consumidores han defendido cada vez más sus exigencias por un cuidado de maternidad más ampliamente centrado en la familia. Con la presión de tales demandas de los consumidores, muchos hospitales están ofreciendo cuidados alternativos de alumbramiento y cuartos de parto de estilo domiciliario. Esos cuartos de trabajo de parto reequipados simulan un entorno hogareño, pero se encuentran localizados en el hospital dentro de un acceso fácil a los servicios obstétricos de emergencia. Del mismo modo, los centros de alumbramiento que se basan en un entorno no hospitalario y que ofrecen cuidado completo de maternidad para clientes de bajo riesgo están aumentando en popularidad y en número. La mayoría de esos centros de alumbramiento poseen personal constituido por enfermeras-comadronas que dan la bienvenida a los padres, compañeras de parto, amigos, parientes adultos, y niños, haciendo posible así un enfoque más centrado realmente en la familia para el parto.

Con un cuidado de maternidad más ampliamente definido y centrado en la familia, la cliente de maternidad de riesgo bajo y su familia (sin embargo *ella* la define) pueden estar juntos durante el nacimiento de un niño, experiencia que posee el potencial de ser un acontecimiento profun-

damente íntimo y significativo en el ciclo vital de la familia. No sólo se facilita la unión padres-recién nacido, sino que la unión familiar es otra vez posible, convirtiendo el nacimiento de un niño en una experiencia potencialmente positiva para todos los miembros de la familia, incluyendo a los demás hermanos. Tanto en las unidades de alumbramiento de tipo hospitalario como no hospitalario en las que las familias participan, la pareja que va a dar a luz, los padres, los amigos, y los niños están juntos y hacen del cuarto de parto su hogar durante el trabajo de parto y en el momento del parto. Dejando a un lado las complicaciones, la familia está junta desde la admisión hasta la dada de alta, y permitiéndoles así una oportunidad para que la familia se sienta profundamente curada.

## LA CURACION FAMILIAR

La *curación familiar* es un término relativamente nuevo para un fenómeno de conducta natural tan viejo como lo es la misma familia humana. Identificado por Ackerman y aplicada por Hall en enfermería, la curación familiar abarca una amplia gama de procesos de autocuración que ocurren espontáneamente en la vida familiar.<sup>2-4</sup> Ackerman afirma

La curación familiar supone revitalización a través de una experiencia en la unión humana: se basa en la premisa de que existe un potencial restitutorio, regenerador en acontecimientos tales como reuniones familiares, ritos religiosos, banquetes y festividades, bodas y nacimientos, muerte y rituales luctuosos. Por lo que, dentro del contexto de la curación familiar, esas experiencias compartidas vienen a simbolizar el triunfo de la vida sobre la muerte, del placer sobre el dolor; en pocas palabras, son percibidas como una reafirmación de la alegría de estar vivos.<sup>5</sup>

La curación familiar implica que las familias creen y confían en sus sistemas de apoyo que ocurren de manera natural. La curación familiar implica igualmente percibirse a sí mismo como un enlace separado pero valioso en la red familiar. Esta red familiar traspasa el tiempo y simboliza la continuidad de la vida. La curación que tiene lugar es el resultado de la intimidad humana y un sentido de relación que trasciende el sentido de soledad del individuo. La curación familiar proporciona el sentido de unión, de integración social, de crianza, de valer la pena, de alianza, y guía que los individuos buscan a través de las relaciones humanas.<sup>6</sup>

El cuidado de maternidad centrado en la familia lleva el potencial para la curación familiar. Vista como un acontecimiento estresante vital o como una crisis de madurez, el dar a luz tiene el potencial, para esas personas que experimentan juntas el acontecimiento, de alcanzar un nivel de funcionamiento más alto que el operativo anterior al acontecimiento.



La curación que ocurre es el resultado de la intimidad de las experiencias de la familia entre los miembros así como del conocimiento aumentado de los recursos psicosociales de la familia. Las familias reconocen que son capaces de proporcionar el apoyo necesario, la crianza, y la guía para ayudarse mutuamente a través de un acontecimiento vital estresante pero que puede estar lleno de gozo. El parto experimentado juntos recuerda a la familia que cada miembro no está solo sino relacionado de un modo poderoso. Este sentido de relación y de alianza revitaliza la unión familiar y estrecha los lazos familiares.

Thompson, al tratar el tema del fortalecimiento de los lazos familiares mediante la experiencia compartida del parto, habla a favor de la vieja costumbre de hacer que las hijas regresen con su familia para el nacimiento de por lo menos su primer hijo. No sólo son así los miembros de la familia capaces de participar y ayudar de muchas maneras, sino que en tal situación la unión ocurre entre los padres y su hija, y también entre el nuevo bebé y todos los miembros presentes de la familia. La experiencia compartida sirve de base a las relaciones entre todos los miembros de la familia.<sup>7</sup>

El concepto de curación familiar durante la experiencia del parto se ilustra frecuentemente en el siguiente ejemplo clínico en el que los padres, otros miembros de la familia, y un amigo se unieron a la pareja del parto para dar la bienvenida al nuevo miembro de la familia.

## EJEMPLO CLINICO

Cindy y Michael, esperando su primer hijo, habían viajado 200 millas para su cuidado prenatal y de parto con el fin de que pudieran tener servicios de obstetricia y de parto en su centro de alumbramiento. Cuando llegó el momento del parto, Cindy y Michael hicieron varias llamadas telefónicas, agarraron la maleta, que habían preparado varias semanas antes, y partieron hacia el centro de alumbramiento. Los acompañaban la madre de Cindy y su hermana menor, una amiga íntima de la pareja, y el hijo pequeño de esta amiga. Cuando la familia llegó al centro de alumbramiento, Cindy estaba todavía en el principio del trabajo de parto. Los miembros de la familia y la amiga procedieron a instalarse confortablemente en el cuarto de parto. La madre de Cindy preparó comida para cada uno en la cocina del Centro dispuesta para ese propósito. Cuando la hermana mayor de Cindy llegó de su casa cinco horas después, los únicos miembros ausentes de su familia eran su padre, que se había

divorciado de su madre varios años antes, y su hermana Beth, que vivía varias millas lejos en Florida.

Lo que siguió fue una escena de unidad familiar y apoyo afectivo. Beth telefoneaba cada 30 minutos para informarse de cómo marchaban las cosas. El marido de Cindy y la hermana menor le acariciaban su espalda, le daban trocitos de hielo, limpiaban su cara, y la animaban con palabras. La madre de Cindy se encargaba del teléfono, compartiendo con su hija los detalles del trabajo de parto de Cindy. Aunque el trabajo de parto fue largo, Cindy se mantuvo en buen control y le sirvió de mucho el apoyo físico y emocional que estaba recibiendo. La familia reunida, y Beth a través de larga distancia, cantaron “¡Sal, afuera, bebé!” para ayudar a Cindy a que visualizara la salida del bebé al mundo a través de la pelvis. Beth insistía en estar al teléfono durante el momento del parto para poder oír así el nacimiento, aunque no pudiera verlo. De este modo, con la familia reunida alrededor del receptor telefónico sobre la cama, Cindy dio a luz una niña gorda y saludable a las manos que la esperaban. Dos horas después del parto, con el bebé en brazos de Michael y Cindy en el baño, llegó el padre de Cindy, que había viajado 4 horas después del trabajo para reunirse a la alegría de la familia. La familia estaba unida de una manera hermosa. Dejando a un lado pasadas diferencias, la abuela y el abuelo se centraron en su primer nieto con orgullo rebosante de alegría. La familia estaba junta por primera vez desde el divorcio de los abuelos, y el dolor de pasadas tensiones fue mitigado al compartir el nacimiento de un nuevo miembro de la familia.

Así, cuando la familia se define ampliamente, el cuidado de maternidad centrado en la familia puede facilitar la curación familiar mediante una experiencia compartida que es a la vez estresante y jubilosa.

## REFERENCIAS

- 1 Sharon R. Reeder, *et al*: *Maternity Nursing* (Philadelphia: J.B. Lippincott, 1976), p.671.
- 2 Nathan W. Ackerman: “The Growing Edge of Family Therapy”. In Clifford J. Sager and Helen Singer Kaplan: *Progress in Group and Family Therapy* (New York: Brunner/Mazel Publishers, 1972), p.440.
- 3 Joanne E. Hall: “The Concept of Family Healing”. Unpublished paper, 1977.
- 4 Joanne E. Hall: “Family Healing in Nursing Practice”. Paper presented at University of Oregon Health Sciences Center, Portland, Oregon, February 7, 1980.
- 5 Ackerman, *op.cit.*
- 6 Robert S. Weiss: “Provisions of Social Relationships”. In Zick Rubin: *Doing Unto Others* (Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice-Hall, 1974), pp.17-26.
- 7 Marian Thompson: “Family Bonding: Why Families Should Be Together at Birth and Why We Chose Birth At Home”. In Lee Steward and David Stewart: *21st Century Obstetrics Now!* (Marble Hill, Missouri: NAPSAC, 1978), p.252.

Se aplica a la salud materna e infantil un modelo para identificar problemas e intervenciones de salud, y se describen los tipos de participación de cuidado de salud para paliar esos problemas.

## CAPITULO VEINTISIETE

# **PARTICIPACION EN EL CUIDADO DE SALUD MATERNA E INFANTIL**

MARIE SCOTT BROWN

La Conferencia de Alma-Ata de 1978 sobre Cuidado Primario de Salud dio comienzo a un movimiento de la Organización Mundial de la Salud y sus países miembros dirigido a alcanzar "Salud para Todos para el Año 2000". Tres aspectos específicos de este movimiento constituyen la base de un modelo para identificar problemas de salud e intervenciones apropiadas para poblaciones en riesgo. Esos tres aspectos son (1) la determinación de lograr salud para toda la gente en todos los países para el año 2000, (2) la decisión de que el cuidado primario es el método apropiado de alcanzar ese objetivo, y (3) el uso de un enfoque de riesgo al determinar cómo cubrir las necesidades de cuidado de salud de una población identificada.<sup>1</sup> Este capítulo trata de esos aspectos en relación con la salud materna e infantil.

Además de elaborar un modelo para identificar los problemas y las intervenciones de salud, este capítulo también trata de la clase de participaciones de cuidado de salud que son útiles para promover el cuidado

materno e infantil. El proceso sugerido es aquel en el que cada región decide participaciones adecuadas de cuidado de salud basadas en

¿Cuáles son las necesidades básicas de salud o los problemas de las madres y de los niños en la región?

¿Cuáles son los recursos básicos de salud, particularmente los recursos de la gente, de la región?

¿Cómo pueden combinarse del mejor modo esos recursos y esas necesidades o problemas de salud?

En la respuesta a la última pregunta de cómo combinar los recursos de salud y las necesidades de salud radica la creación de participaciones útiles que surgen de un modo que es específicamente apropiado para una región dada.

## MODELO PARA IDENTIFICAR PROBLEMAS E INTERVENCIONES DE SALUD

El proceso de identificar problemas e intervenciones de cuidado de salud se facilita con el uso de un modelo que guía la recogida y el análisis de datos. El modelo que aquí se propone consta de seis preguntas, cuyas respuestas ayudarán a identificar participaciones apropiadas de cuidado de salud para las necesidades de una región. Aunque se emplea una perspectiva nacional en la discusión de los problemas de salud materna e infantil, el proceso descrito es igualmente aplicable a otros niveles comunitarios.

*Pregunta 1: ¿Cuáles son las necesidades de salud de la población?*

La primera pregunta que hace el modelo es ¿cuáles son las necesidades de las madres y los niños en la región? Para contestar a esta pregunta, es útil dividir la población materna e infantil en categorías, cada una de las cuales es posible que tenga diferentes necesidades de salud, las cuales, si no se satisfacen, resultan en problemas distintos de salud. Cinco categorías claras en la población materna e infantil son las mujeres gestantes, las mujeres gestantes y su hijo no nacido, las mujeres *post partum*, el recién nacido, y el lactante. Estas categorías forman los encabezados de columna en el cuadro 27-1. Habiendo determinado las categorías en salud

materna e infantil, se puede entonces determinar qué necesidades y problemas potenciales son importantes en función de frecuencia, daño resultante, y valores culturales para cada uno de esos subgrupos. El cuadro 27-1 proporciona un ejemplo de un problema importante de salud para cada una de las categorías que puede ser analizado con objeto de combinarlo con el personal de cuidado de salud disponible e identificar participaciones esenciales y potenciales de cuidado de salud para solucionar esos problemas.

*Pregunta 2: ¿Cuáles son los problemas que resultan de las necesidades que no se satisfacen?*

A continuación, tienen que identificarse las necesidades que no se satisfacen. Este análisis es fundamental para tomar decisiones prioritarias acerca de qué tan importante es el problema, y, en consecuencia, qué cantidad de los recursos de la región debe dedicarse para prevenir el problema o intervenir en él. Los resultados de las necesidades no satisfechas deben ser analizados en función de frecuencia, importancia cultural, e impacto sobre la calidad de vida de los individuos involucrados, así como de la pérdida para la sociedad.

*Pregunta 3: ¿Qué factores son útiles para determinar la población blanco que se encuentra en riesgo?*

La siguiente pregunta que debe ser estudiada acerca de cualquier problema dado de salud es qué factores de riesgo se conocen que pueden usarse para determinar poblaciones o individuos que pueden sufrir con el problema de salud. Este es un paso importante en términos de mayor eficacia de detección y, por ello, de costo-efectividad de la prevención y el tratamiento. En un sentido muy real, la totalidad de la población puede estar en riesgo, pero es posible considerar que algunos miembros de cada categoría tienen más riesgo que otros. Si se pudiera identificar a los que están en riesgo bajo, medio, o alto en cada grupo, se podrían adaptar más eficientemente los recursos de cuidado de salud, que pueden ser limitados, a los problemas potenciales del cuidado de salud, que parecen no tener límite, y, a través de esta adaptación, desarrollar participaciones apropiadas de cuidado de salud.

CUADRO 27-1 MODELO PARA IDENTIFICAR LOS PROBLEMAS Y LAS INTERVENCIONES DEL CUIDADO DE SALUD

PARAMETROS DEL PROBLEMA	PROBLEMA DE SALUD Y POBLACION EN RIESGO				
	<i>Anemia (antes del embarazo)</i>	<i>Toxemia (mujer embarazada/niño no nacido)</i>	<i>Hemorragia (postparto)</i>	<i>Hiperbilirrubinemia (recién nacido)</i>	<i>Malnutrición (lactante)</i>
Resultado	<ol style="list-style-type: none"> <li>1 Fatiga</li> <li>2 Tasa aumentada de infecciones</li> <li>3 Nivel disminuido de productividad</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1 Morbilidad materna aumentada</li> <li>2 Mortalidad materna aumentada</li> <li>Morbilidad neonatal aumentada</li> <li>4 Mortalidad neonatal aumentada</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1 Mortalidad</li> <li>2 Morbilidad; vulnerabilidad a la infección</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1 Kernicterus</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1 Morbilidad</li> <li>2 Mortalidad</li> <li>3 Crecimiento cerebral disminuido</li> </ol>
Factores de riesgo	<ol style="list-style-type: none"> <li>1 Pobreza</li> <li>2 Restricciones religiosas/culturales en alimentos ricos en hierro para las mujeres</li> <li>3 Adolescencia</li> <li>4 Embarazos previos frecuentes</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1 Antes de los 18 años de edad</li> <li>2 Primer embarazo</li> <li>3 ¿Malnutrición?</li> <li>4 Múltiparas con más de 35 años de edad</li> <li>5 Hipertensión/enfermedad vascular</li> <li>6 Embarazo múltiple</li> <li>7 Toxemia con embarazos previos</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1 Multiparidad</li> <li>2 Trabajo de parto prolongado</li> <li>3 Placenta retenida</li> <li>4 Anemia</li> <li>5 Remoción manual de la placenta</li> <li>6 Nacimientos múltiples</li> <li>7 Niños largos</li> <li>8 Hidramnios</li> <li>9 Placenta previa</li> <li>10 Aborto</li> <li>11 Trabajo de parto urgente</li> <li>12 Mujer múltipara mayor</li> <li>13 Toxemia</li> <li>14 Desgarros perineales</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1 Incompatibilidad Rh</li> <li>2 Incompatibilidad ABO</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1 Alimentación inadecuada con biberón</li> <li>2 Pobreza</li> <li>3 Dieta pobre</li> <li>4 Conocimiento inadecuado de la nutrición</li> </ol>
Conocimiento/capacidades/características necesarias para la detección	<ol style="list-style-type: none"> <li>1 Habilidad para mejorar y evaluar el Hct o la Hgb</li> <li>2 Acceso al equipo para Hct y Hgb</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1 Habilidad para tomar y evaluar un B/P</li> <li>2 Acceso al equipo B/P</li> <li>3 Habilidad para pesar a la madre, vigilar y evaluar el aumento brusco de peso</li> <li>4 Acceso a una báscula</li> <li>5 Habilidad para evaluar y manejar una tira reactiva para proteinuria</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1 Conocimiento de los factores de riesgo anteriores</li> <li>2 Habilidad para estimar la pérdida sanguínea</li> <li>3 Habilidad para medir manualmente el útero y vigilar su progreso después del parto</li> <li>4 Habilidad para valorar y evaluar la integridad</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1 Valoración antes del parto de las incompatibilidades sanguíneas</li> <li>2 Valoración de la profundidad de la amarillez en la piel</li> <li>3 Acceso al equipo y habilidad para interpretar las pruebas de laboratorio para los niveles de bilirrubina</li> </ol>	<ol style="list-style-type: none"> <li>1 Habilidad para pesar y vigilar el aumento de peso</li> <li>2 Acceso a una báscula</li> <li>3 Habilidad para medir y vigilar los incrementos en la talla</li> <li>4 Acceso a instrumentos de medida</li> <li>5 Conocimiento y acceso a las gráficas de los índices</li> </ol>

		<p>6 Acceso a las tiras para proteinuria</p> <p>7 Conocimiento y habilidad para valorar otros signos y síntomas de toxemia (e.g., edema a la presión, irritabilidad)</p>	<p>de la placenta</p> <p>5 Habilidad para atender el parto</p>		<p>de crecimiento</p> <p>6 Conocimiento y habilidad para evaluar otros signos y síntomas de malnutrición</p>
Recursos para la prevención y el tratamiento	<p>1 Alimentos con alto contenido en hierro</p> <p>2 Hierro medicinal</p> <p>3 Contracepción para alargar los períodos entre partos</p>	<p>1 Cuidado prenatal adecuado</p> <p>2 Contracepción para los grupos de alto riesgo</p> <p>3 Buena nutrición</p> <p>4 Descanso; baja estimulación</p> <p>5 ¿Fármacos?</p>	<p>1 Masaje del fondo del útero</p> <p>2 Sutura</p> <p>3 Oxitocinas</p> <p>4 Transfusión IV de líquidos o hierro medicinal</p> <p>5 Dieta alta en hierro</p>	<p>1 A veces ninguno</p> <p>2 ¿Pigmentos o bilis?</p> <p>3 Transfusión</p>	<p>1 Alentar la alimentación al pecho</p> <p>2 Enseñar la preparación adecuada del biberón</p> <p>3 Educación nutricional</p> <p>4 Mejoras en la agricultura</p> <p>5 Medidas heroicas como hiper-alimentación o IV</p>
Conocimiento/capacidades/ características necesarias para la prevención/ tratamiento	<p>1 Capacidades de consejo</p> <p>2 Conocimiento de los alimentos con alto contenido en hierro culturalmente aceptables</p> <p>3 Conocimiento y acceso al hierro medicinal; incluyendo el equipo de inyección si se necesita</p> <p>4 Conocimiento de las precauciones de seguridad, etc.</p>	<p>1 Capacidades de consejo respecto de la planificación familiar, nutrición, y cuidado cuidadoso prenatal</p> <p>2 En los casos graves, acceso a drogas y tecnología para el cuidado anticonvulsivo y la inducción</p>	<p>1 Presencia en el momento del parto o inmediatamente después</p> <p>2 Conocimiento y habilidad para el masaje del fondo</p> <p>3 Acceso y habilidad para el uso de suturas oxitocinas, productos sanguíneos equipo IV, etc.</p> <p>4 Conocimiento y habilidad para aconsejar alimentos aceptables adecuados con alto contenido en hierro</p> <p>5 Conocimiento de la medicación férrica-dosis, vías de administración envenenamiento potencial para lactantes, etc.</p> <p>6 Acceso a los medicamentos con hierro, y si no son orales, el equipo para inyectarlos</p>	<p>1 Conocimiento y capacidades para usar y acceder al equipo para pigmentos biliares o transfusión</p> <p>2 Entender como realizar esos tratamientos de una manera culturalmente aceptable</p>	<p>1 <i>Rapport</i> con las mujeres</p> <p>2 Conocimiento de los principios seguros de nutrición</p> <p>3 Conocimiento de los principios educacionales agrícolas</p> <p>4 Conocimiento de principios agrícolas</p> <p>5 Conocimiento y habilidad para evaluar otros signos y síntomas de malnutrición</p>

*Pregunta 4: ¿Qué destrezas se necesitan para detectar los factores de riesgo?*

La siguiente pregunta que debe contestarse es ¿qué destrezas se necesitan para detectar esos factores de riesgo? Es un paso importante en el análisis del problema porque esta información es la que será crucial cuando se decida qué tipos de proveedores de cuidado individual de salud o participaciones de cuidado de salud podrían desarrollarse razonablemente para enfrentar el problema. Las destrezas siempre llevan aparejadas una base de conocimiento que es importante al analizar las características del cuidado de salud proporcionado que se necesita para enfrentar el problema.

*Pregunta 5: ¿De qué recursos de cuidado de salud se dispone?*

El paso siguiente es analizar los recursos de cuidado de salud de la región. Los recursos de cuidado de salud incluyen bastantes cosas más que personal; recursos tales como fármacos, equipo, y tecnología son igualmente importantes. Sin embargo, para los propósitos de identificar las participaciones necesarias para proporcionar cuidado de salud, se pondrá énfasis primariamente en identificar la gente disponible, su base de conocimiento, destrezas, y otras características.

*Pregunta 6: ¿Qué destrezas se necesitan para la prevención y el tratamiento?*

Del mismo modo en que se identificaron destrezas, conocimiento, y características para la detección, es igualmente importante analizar qué medidas de prevención y tratamiento se sabe que pueden ser útiles para un problema dado de cuidado de salud y qué conocimiento y destrezas se necesitan para su prevención y tratamiento. De nuevo, esta información es crucial cuando se crean las participaciones de cuidado de salud.

El análisis de los datos recogidos al contestar las seis preguntas del modelo puntualizará participaciones útiles de cuidado de salud en las cuales los roles de salud que ya existan, o que podrían crearse, trabajen juntos exitosamente en cualquier situación geográfica o cultural dada.

## APLICACION DEL MODELO A LA SALUD MATERNA E INFANTIL

Sólo se da un ejemplo en el cuadro 27-1 para cada categoría de población, pero es claro que la mayoría de las regiones tendrán diversos problemas



de salud bajo cada categoría que tendrán que analizarse. Como un ejemplo del proceso de análisis, consideremos la malnutrición, el problema de salud citado en la categoría de *lactante*.

En primer lugar, el modelo sugeriría que el problema de la malnutrición debe ser analizado en función de sus *resultados*. La morbilidad y mortalidad deberán evaluarse en función de la frecuencia local, valores culturales, impacto sobre la calidad de vida de la familia en el caso de mortalidad infantil, e impacto sobre la calidad de vida del individuo y la familia en el caso de la morbilidad. ¿Cuánta pérdida supone la muerte de un niño para los miembros de la familia? ¿Cuánto sufrimiento se originará para ese individuo y esa familia como resultado de la malnutrición temprana? ¿Qué costo supone tanto para el individuo como para la sociedad?

Luego, deben estudiarse los *factores de riesgo* asociados con la malnutrición. Los tres ejemplos señalados en el cuadro son la alimentación incorrecta con biberón, la pobreza, y la provisión de alimento de poco valor nutritivo. En algunas regiones habrá que incluir otros factores de riesgo, como la diarrea.

A continuación, hay que analizar el conocimiento y las destrezas necesarias para la *detección* de este problema de salud. Se relacionan a continuación:

- 1 Habilidad para pesar y vigilar el progreso ponderal
- 2 Acceso a una báscula
- 3 Habilidad para medir y vigilar incrementos en la talla
- 4 Acceso a instrumentos de medición
- 5 Conocimiento de gráficas e índices de crecimiento y acceso a ellos
- 6 Conocimiento y habilidad para evaluar otros signos y síntomas de malnutrición

Igual a lo que sucede con la mayoría de los problemas de salud, es importante señalar aquí que no sólo se necesitan conocimiento y destrezas para la detección, sino que a menudo es crucial el acceso por lo menos al equipo mínimo (como básculas, instrumentos de medición, y tal vez incluso normas de peso y medida). En algunas situaciones, podría haber un tipo de proveedor/participante que posea o a quien se le hayan enseñado las destrezas apropiadas y conocimiento, pero que no pudiera tener acceso al equipo apropiado. Por ejemplo, es posible enseñar a los padres a pesar y medir a sus lactantes, a evaluar esas mediciones, y a reconocer cuándo se necesita ayuda adicional, pero no sería práctico facilitarles a todos ellos básculas.

Cuando se consideran los *recursos* para la prevención y tratamiento de la malnutrición en la infancia, pueden adoptarse varias medidas. Algunos ejemplos en el cuadro son

- 1 Fomento de la alimentación al pecho
- 2 Preparación adecuada del biberón
- 3 Educación en nutrición
- 4 Mejoras en la agricultura
- 5 Medidas heroicas como hiperalimentación o IV

Nótese que, como en la mayoría de los demás problemas de salud, algunas de las medidas preventivas o terapéuticas necesarias para combatir la malnutrición no forman parte del armamentario habitual de los proveedores de cuidado de salud. Por ejemplo, las mejoras en la agricultura son normalmente incumbencia de otro sector comunitario aunque se necesitan claramente para que cualquier participación sea eficaz en la situación.

Como se señalaba antes, hay que prestar especial atención a los recursos personales en la región de cara a identificar las participaciones de cuidado de salud.

Cuando se analizan el conocimiento y las destrezas necesarias para la *prevención o el tratamiento* de la malnutrición en lactantes, de nuevo se planea qué tipo o tipos de proveedores de cuidado de salud se necesitan. En el cuadro, nótese en especial “los relacionados con la mujer”. Este es un ejemplo de cuándo puede ser importante no sólo considerar el conocimiento y las destrezas del proveedor de cuidado de salud sino de otras características por el estilo. Por ejemplo, en algunas culturas, puede ser culturalmente inaceptable para los hombres ser considerados como expertos en el cuidado de los recién nacidos. Por esta razón, la decisión pudiera ser contar con una mujer que tenga una parte en la participación, aunque pudiera haber también proveedores masculinos de cuidado de salud cuyo conocimiento y destrezas pudieran calificarlos para ese rol.

Aunque los tipos de gente disponible para cumplir con esos roles de participación pueden variar de región a región, probablemente habrán varias categorías de personas que están frecuentemente disponibles como recursos. Esas categorías incluyen al consumidor del cuidado de salud, la familia del consumidor del cuidado de salud, la comunidad del consumidor del cuidado de salud, los que asisten al nacimiento, los trabajadores tradicionales del cuidado de salud, enfermeras, y médicos.

El siguiente paso sugerido por el proceso sería identificar cuáles de esas u otras categorías existen en una región, en qué número, y en qué

distribuciones geográficas. Es igualmente importante tener en cuenta cuáles de esas y otras categorías podrán estar disponibles con cierta clase de facilidad. En cuanto esto se determine, es importante relacionar el conocimiento y las destrezas de cada uno y compararlos con el conocimiento y las destrezas señaladas como necesarias para identificar y prevenir o tratar la malnutrición como uno de los problemas importantes del cuidado de la salud de la región.

Luego, el análisis debe investigar dónde se encuentran las necesidades del cuidado de la salud no satisfechas por las capacidades reales, y dónde están las capacidades innecesarias para las necesidades reales del cuidado de salud. De particular importancia es tener en cuenta aquí la distribución geográfica. Por ejemplo, en muchas de las regiones altamente desarrolladas, las áreas urbanas demostrarán más capacidades que necesidades, mientras que, en la misma región, las áreas rurales demostrarán más necesidades que capacidades.

Los desajustes deben examinarse acuciosamente y estudiarse las soluciones posibles. En algunos casos, pueden ser remediados si se alienta una mejor distribución de las capacidades mediante un programa de incentivos. En algunos casos puede efectuarse un mejor ajuste adecuado a algunos de los proveedores del cuidado de salud existentes en un lugar geográfico, y a veces algunos tipos de participaciones podrían extender con más éxito los servicios. Aquí habría que poner sobre aviso que probablemente se trata de un error pensar que algunos de los niveles “más altos” de cuidado automáticamente implican habilidad para funciones al nivel “más bajo”, y por esa razón el personal debería ser redistribuido de tal manera. Es imposible que una región con un exceso de neurocirujanos tenga éxito en suponer que pueden ser usados mejor para promover la alimentación al pecho. Las destrezas necesarias para promover la alimentación al pecho no son mayores ni menores que las que se necesitan para la neurocirugía, pero ¡son completamente diferentes!

Este modelo, pues, sugerirá que las asociaciones más útiles surgirán de la identificación de qué roles de cuidado de salud ya existen o pueden ser creados para satisfacer las necesidades actuales de cuidado de salud, y cómo esos roles podrán trabajar juntos exitosamente en cualquier situación geográfica o cultural dadas. Tanto los roles como las relaciones podrían variar enormemente dependiendo de muchos factores situacionales.

Las participaciones médico-practicantes de enfermería en los Estados Unidos son buenos ejemplos de eso. En los ambientes urbanos, esta relación tiende casi siempre a ser una en la que la practicante de enfermería se enfrenta a problemas sanitarios de nutrición, inmunización,

seguridad, etcétera, mientras que el médico tiende a llevar el grueso del cuidado de la enfermedad. En las áreas rurales, por otro lado, la practicante de enfermería tiende a llevar más responsabilidad por el cuidado de la enfermedad en cuanto tal. También en los Estados Unidos, las características individuales de los proveedores del cuidado de salud y de la población influyen igualmente en la distribución de tareas. Algunas practicantes individuales de ambas profesiones tienden a preferir algunos grupos de edad, o ciertos tipos de ciudado, y distribuyen su carga de trabajo de acuerdo a esas preferencias. En algunas áreas, con ciertos grupos étnicos, es casi imperativo que algunas clases de ciudado (por ejemplo, la planificación familiar) sean incumbencia de un proveedor femenino. Claramente existen muchos matices en cómo esta relación actúa, incluso en situaciones relativamente homogéneas que existen en los Estados Unidos. Es cierto seguramente cuando se consideran distintas regiones, cada una de ellas con su propia cultura, valores, y raíces históricas del cuidado de salud.

## PATRONES DE PARTICIPACION

Las asociaciones de cuidado de salud varían en las distintas regiones. Sin embargo, parecería que por lo menos siete patrones comunes de participaciones podrían esperarse que surgieran frecuentemente en muchas regiones. Se debería esperar que cada una exhibiera un fuerte sabor de la propia situación de esa región. Es más, probablemente hay infinitamente más combinaciones o modificaciones de los tipos de participaciones descritas aquí.

### *La participación de cuidado primario/de referencia*

La participación de cuidado primario/de referencia es una relación común que puede existir entre cualquier tipo de proveedores de cuidado de salud, y muchas veces entre más de dos niveles de referencia. En casi todas las culturas, los padres son los proveedores auténticos de cuidado de salud para sus niños en la mayoría de los asuntos diarios de salud, ya tenga eso que ver con la alimentación adecuada, tomar cuidado de una pequeña herida, o enseñar la higiene. Los padres al igual que otros consumidores de cuidado de salud están aumentando rápidamente en importancia en las participaciones de cuidado de salud. En los Estados Unidos, el movimiento del consumidor de cuidado de salud ha resultado

en mejoras sustanciales en el sistema de cuidado de salud. Se dan cursos sobre el consumo del cuidado de salud a los niños en edad escolar para alentar ese tipo de participación. Cuando surgen asuntos de salud que parecen más serios que lo que los padres pueden manejar normalmente, serán “referidos” frecuentemente a alguien con experiencia en el cuidado de salud. Este puede ser el trabajador tradicional de cuidado de salud, el que a su vez puede decidir que existen diversas categorías entre los problemas de salud ajustadas a cada quién calificado para tratarlos, y habrá otros que prefieran referirlos a la enfermera local o al médico quien, a su vez, puede referir las situaciones complicadas a un ambiente de cuidado secundario o terciario lejano. Este tipo de participación puede considerarse fundamental para la idea del cuidado primario discutido en la Conferencia de Alma-Ata, y puede ocurrir con toda probabilidad en todas las regiones.

### *La participación educacional*

En la relación educacional, el cliente probablemente no será visto más que por un solo proveedor de cuidado de salud, pero se le permitiría el acceso a la experiencia de otros proveedores de cuidado de salud mediante una red educacional en la que expertos en distintas áreas fueran responsables de compartir información con los proveedores de cuidado primario de salud. En la época actual de rápido avance en el conocimiento, este tipo de participación podría parecer también obligatoria. Puede ser un médico o una enfermera que enseñan al proveedor primario del cuidado de salud sobre los nuevos avances en vacunas; puede ser la comadrona enseñando a los proveedores tradicionales del cuidado de salud la técnica aséptica; puede ser cualquier tipo de proveedor primario de cuidado de salud enseñando a los padres sobre nutrición; puede ser la enfermera enseñando al médico acerca de métodos exitosos de promover la alimentación al pecho.

### *La participación consultiva*

La participación consultiva es similar a la participación educacional, excepto que, en este caso, el proceso educacional se refiere a una situación específica –usualmente un cliente específico o una comunidad sobre la cual busca una “opinión experta” el proveedor de cuidado primario de salud, quien es entonces el que toma las decisiones.

### *La participación colaborativa*

La participación colaborativa se caracteriza por uno o más de los proveedores de salud tomando decisiones relativamente independientes acerca del mismo cliente pero acerca de diferentes aspectos del cuidado. Por ejemplo, una mujer embarazada con enfermedad de células falciformes podría relacionarse tanto con un especialista en hematología para decisiones acerca de su cuidado relacionado con la enfermedad, como a un experto en obstetricia para el cuidado relacionado con su embarazo. Obviamente, los tres participantes (la mujer y los dos especialistas) necesitan buena comunicación y cierto grado de mutualidad además de alguna independencia. Este tipo de participación implica probablemente, por lo menos en muchos casos, un alto grado de especialización y puede no ser útil en muchas partes de muchas regiones.

### *La participación de equipo*

La participación de equipo también se refiere a una situación en la que varios proveedores de cuidado de salud influyen fuertemente en las decisiones sobre un mismo cliente. En contraste con la participación colaborativa, sin embargo, esas decisiones se refieren a los mismos aspectos del cuidado, pero se toman en distintos momentos. Es sumamente útil para aliviar la carga de trabajo de los proveedores del cuidado de salud. Por ejemplo, los miembros de un equipo pueden compartir “tomar llamadas” en distintos días, noches, o fines de semana. Siempre que el número de personal lo permita, esto podría parecer un tipo útil de participación a considerarse debido a su habilidad para ayudar a prevenir la “quemadura” profesional.

### *La participación auxiliar*

En la participación auxiliar, existe claramente un tomador de decisiones y uno que ayuda. La responsabilidad del que ayuda es simplemente asegurar que sean implementadas las decisiones del tomador de decisiones. Ejemplos de esta relación son los que acercan sus instrumentos a los cirujanos, o los que siguen instrucciones específicas para dar las inmunizaciones en situaciones en las que no se toman decisiones sobre quién tiene que recibirlas o dónde o cómo se han de administrar.

### *La participación de mutualidad*

La participación de mutualidad es un modelo que ocasionalmente se ha presentado en los Estados Unidos entre los equipos médico-practicante de enfermería. Parece implicar cierta clase de proceso democrático en el que ambos proveedores de cuidado se ponen de acuerdo en cada decisión. Para la mayoría de las situaciones, es con toda probabilidad relativamente caro y el de menor costo-eficacia de las participaciones discutidas en este capítulo. La única excepción a esto es la participación entre el proveedor del cuidado de salud y el cliente. Claramente esta participación puede ser la de mutualidad si se trata de alcanzar un efecto a largo plazo. El proveedor del cuidado de salud tiene acceso a determinada información de dominio científico relacionada con la salud, mientras que el consumidor tiene abundancia de información sobre su propio estilo de vida, capacidades, y deseos. Esos dos dominios de información deben ser considerados juntos en una “participación de mutualidad” real si se trata de lograr algún efecto real.

## REFERENCIAS

- 1 World Health Organization: *Primary Health Care Report of the International Conference on Primary Health Care, Alma-Ata, USSR, 6-12 September, 1978* (Geneva: WHO, 1978), p.3.

La enfermedad es presentada como un epifenómeno que es determinado por el estilo de vida del cliente.

## CAPITULO VEINTIOCHO

# LOS ESTUDIANTES UNIVERSITARIOS: UNA POBLACION EN RIESGO

CELIA LAMPER

La promesa de éxito académico reta al estudiante universitario a desarrollar, afinar, y mantener disciplina y energía compatibles con las aspiraciones de él o de ella. Algunos desarrollan estilos de acostumbrada disciplina que son nocivos para la salud emocional o fisiológica y que pueden aumentar la susceptibilidad para enfermedades episódicas o activar *enfermedades de adaptación* latentes. Se presenta una paradoja: el estudiante de talento y capaz que valora el éxito y el logro desarrolla un estilo adaptativo que igualmente compromete el aprendizaje e induce enfermedad, frustrando así la realización de las metas de él o de ella. Tanto el estímulo emocional de logro como el costo personal del sobrecompromiso y el sobreesfuerzo son familiares a cualquiera en la comunidad académica.

Como una practicante de enfermería en un servicio de salud de una universidad estatal en el medio oeste de los Estados Unidos, una parte importante de mi práctica está dedicada a estudiantes que sufren de una de tales enfermedades de adaptación, la cefalalgia por migraña crónica. Como proveedora de cuidado primario, enfrente esta relación paradójica entre conducta y enfermedad. El elemento crucial para la mejoría es la habilidad del estudiante para cuestionar y evaluar los patrones de asignación de energía para el trabajo y las actividades de cada día.



## LA MIGRAÑA

Quiero describir la etiología y el síndrome de la cefalalgia detalladamente, tanto para ayudar a la enfermera examinadora a reconocer los patrones de migraña y ayudar a Usted, lector, a evaluar las cefalalgias crónicas que le han movido a interesarse en este tema en primer lugar. En realidad, esto no es un chiste; en mi experiencia, cualquier discusión pública de la cefalalgia arrastra una multitud de profesionales de salud que nunca han tenido una explicación satisfactoria o un alivio adecuado de sus propias cefalalgias y que están encantados de oír una explicación clara que tenga sentido para ellos individualmente. ¿Cómo creen que yo abordé este asunto?

La clasificación de las cefalalgias describe cefalalgias vasculares del tipo de la migraña como ataques recurrentes de cefalalgia, ampliamente variados en intensidad, frecuencia, y duración. Los ataques son generalmente unilaterales al principio y se asocian normalmente a anorexia, y, a veces, a náusea y vómitos. En algunas personas van precedidos o están asociados a desórdenes sensoriales, motores, y de estado de ánimo. Las cefalalgias son a menudo familiares.<sup>1</sup>

La función deteriorada durante la cefalalgia es muy real. El dolor interfiere con la lectura, la concentración, y la actividad física, y, si es severa, puede obligar a la persona a acostarse en una habitación oscura, tranquila. Hablando en general, los esfuerzos para proseguir con una actividad con propósito son difíciles e ineficaces. Incluso si la cefalalgia es de aparición suave o molesta continuamente, es un impedimento significativo para disfrutar la vida diaria y dedicarse libremente al trabajo o a actividades. El tiempo perdido por la cefalalgia desgasta la creatividad y la productividad.

El mecanismo que produce la migraña es una serie de cambios en la vasculatura craneal y extracraneal. En la fase de precefalalgia, se presenta vasoconstricción y en algunas personas puede producir fenómenos de premonición o avisos como tensión, hambre, vigilia o insomnio, animación extrema, o euforia. La “migraña clásica” se enuncia con cambios visuales claramente definidos, puntos ciegos, defectos del campo visual, o escotomas característicos con destellos brillantes de luz, trazos geométricos, o líneas onduladas que interfieren con la visión. La fase de cefalalgia se asocia con la vasodilatación dolorosa de las arterias craneales y la vasculatura extracraneal del cuero cabelludo. La pulsación arterial aumenta y es responsable tanto de la intensidad del dolor como de la calidad de la cefalalgia (pulsátil, golpeante, o palpitante). Esta relación se demuestra característicamente al comprimir las arterias que irrigan el

cuero cabelludo y producen temporalmente alivio del dolor. El signo del “pinzamiento de la nariz”, apretando el puente de la nariz donde se siente el pulso de la arteria angular, y presionando las sienas en el lugar del pulso preauricular de la arteria temporal, son conductas características entre los pacientes que han descubierto por casualidad este efecto. Las medidas que inducen vasoconstricción y restauran la contractilidad normal del músculo liso de la pared del vaso alivian conjuntamente el dolor. La droga específica es el tartrato de ergotamina; un vasoconstrictor de eficacia media es la cafeína.<sup>2,3</sup>

El mecanismo vascular de la migraña es una tendencia heredada o predisposición que es activada por el estrés de adaptación. Las personas que tienen la predisposición latente para cefalalgia poseen gran variabilidad en el estado contráctil de la vasculatura que las personas sin tal predisposición. Los cambios vasculares son la secuela fisiológica de reacciones adaptativas continuas al estrés de la vida. El ataque de cefalalgia “simplemente señala el ajuste particular vital de esas personas”.<sup>4</sup>

Friedman afirma que los factores emocionales son los desencadenantes más frecuentes de la cefalalgia recurrente crónica.<sup>5</sup> Los pacientes con cefalalgia tienen normas de conducta y enfoques rígidos ante las situaciones de la vida: tienden a construir sus vidas con demandas excesivas del entorno y responden excesivamente a las situaciones que producen estrés. Mientras que la migraña es una condición irreversible, difiere de otras condiciones crónicas en que no es un proceso de enfermedad progresiva y no causa daño fisiológico, invalidez permanente, o vida más corta. Las exacerbaciones reflejan el estrés del momento más que deterioro fisiológico.

El noventa por ciento de los problemas de cefalalgia corresponden a cefalalgias vasculares o a cefalalgias de contracción muscular –de “tensión”–. Ambos tipos pueden reconocerse con la descripción del dolor y el patrón de incidencia. Es especialmente importante para la enfermera examinadora reconocer estos patrones de cefalalgia mientras se hacen las historias de salud. Entre los pacientes de migraña, las cefalalgias muchas veces comenzaron en la niñez. Normalmente otros miembros de la familia padecen cefalalgias similares. El mecanismo vascular puede dispararse por estresores del entorno, químicos, y emocionales. Las relaciones temporales con esos factores son lo bastante características al punto que los datos de la historia confirman el diagnóstico. Para una evaluación completa, se debe desarrollar un cuadro tanto de los desencadenantes como de los patrones de incidencia con referencia a episodios específicos de cefalalgia como de estilo acostumbrado de adaptación a las demandas diarias relativas a la incidencia durante semanas y meses.

Los siguientes desencadenantes ambientales y químicos pueden estar relacionados individualmente o en asociación:

- 1 Pérdida de sueño
- 2 Dormir más tarde que lo acostumbrado
- 3 Perder comidas o no comer con regularidad, lo que implica un mecanismo de azúcar en sangre bajo
- 4 Cambios climáticos, especialmente calor
- 5 Estímulos visuales estroboscópicos; por ejemplo, viajar en un vehículo móvil, televisión, cine, luces de centelleo intermitente, luz solar brillante
- 6 Regulación del ciclo menstrual
- 7 Algunos alimentos que contienen tiramina; por ejemplo, Chianti, habas
- 8 Alcohol, que implica un efecto de vasodilatación
- 9 Medicamentos; por ejemplo, isoniacida, griseofulvina, reserpina
- 10 Contraceptivos orales

La relación temporal característica del estrés con la cefalalgia refuerza muchos malentendidos acerca de la etiología. La cefalalgia no se presenta en el momento de mayor gasto de energía, tensión, o emoción, sino después del esfuerzo máximo, durante el período de relajación cuando se esperarí­a sentirse aliviado. Este patrón elusivo muchas veces convence al paciente de cierta etiología falsa como “trastorno sinusual”, alergia, astenopía, o tensión inespecífica. La relajación que sigue a un acontecimiento de demanda específica (dar una conferencia, tomar un examen, ser observado por un supervisor) a menudo desencadena una cefalalgia. La activación continua de una vida sometida a un horario rígido, dirigida, asociada a demandas crecientes periódicas se asocia con cefalalgias del mediodía, nocturnas, del fin de semana, de las festividades, y de vacaciones. El sueño, la forma más profunda de relajación, puede ser el momento del inicio; un informe de cefalalgias que despiertan a una persona o que se presentan al despertarse en la mañana es un rasgo diagnóstico de migraña. El alcohol facilita la relajación y es también un vasodilatador.

El estrés continuo y excesivo puede asociarse a la incidencia concurrente de cefalalgias diarias, episodios severos frecuentes, o dolor continuo durante días o semanas. Los “exámenes adelantados”, la admisión a una escuela universitaria, terminar una disertación dentro de un límite de tiempo, esperar antes de la boda –todo se relaciona con los ataques diarios de cefalalgia. La depresión subyacente –esto es, esté determinada situacionalmente por demandas crónicas, incertidumbre, o aplazamientos, o relacionados con duelo, frustración, o disgusto por cambios específicos de vida– es una fuerza poderosa que determina ataques graves frecuentes. Algunos factores emocionales pueden sumar los efectos de un precipitante específico; por ejemplo, el alcohol puede ocasionar cefalalgia sólo cuando la persona está ansiosa o fatigada.

## LA POBLACION

La población de estudiantes universitarios exhibe un *continuum* de incidencia y severidad de cefalalgias así como una desinformación popular sobre la cefalalgia. La cefalalgia es un padecimiento común: el 70% de la población general adulta padece cefalalgias en algún momento, pero relativamente pocas personas buscan cuidado médico.<sup>6</sup> Los datos epidemiológicos muestran que la incidencia de la cefalalgia vascular aumenta con la edad: de los 17 a los 19 años, 10.3% de la población tiene migraña; de los 19 a los 21 años, 11.4%; de los 21 a los 25 años, 12.6%; hacia los 40 años, está afectada el 15% de la población.<sup>7</sup> El riesgo de los adultos jóvenes susceptibles de desarrollar cefalalgia aumenta tanto por la edad más avanzada como por el incremento de las demandas de adaptación que impone el progreso a través de la escuela y dentro de una profesión.

Los estudiantes que buscan ayuda exhiben tres patrones: (1) una larga historia de cefalalgias recurrentes, que se han hecho frecuentes o severas y están comprometiendo ya la productividad; (2) inicio reciente de cefalalgias, que ha obligado a acudir para explicación y alivio; (3) una larga historia de cefalalgias desde la infancia o la adolescencia, que ha sido aceptada como una realidad de la vida, por ejemplo, “¿no toma todo el mundo aspirina cada día?” Si las cefalalgias han sido un problema recurrente, la persona usualmente ha fracasado en encontrar alivio con las medidas recomendadas comúnmente. La persona que ha aprendido a vivir con el problema puede buscar ayuda cuando él o ella sabe que las cefalalgias pueden ser tratadas con éxito o cuando la migraña presenta un obstáculo para tomar contraceptivos orales o algunos medicamentos. Este grupo de pacientes puede tener cefalalgias tan frecuentes o incapacitantes como los del primer grupo; existe poca relación entre la magnitud del problema y la iniciativa del momento para obtener alivio.

En el servicio de salud de la universidad, identificamos también los patrones tempranos de migraña cuando se revisaron la historia familiar y la incidencia de cefalalgia mientras se tomaban provisiones para otras necesidades de salud. Mediante educación y dirección, podemos intervenir para mejorar o modificar el curso de un problema potencialmente molesto.

## MARCO TEORICO DE REFERENCIA

Los especialistas están de acuerdo en que las cefalalgias pueden ser la principal manifestación de una dificultad temporal o continua en el ajuste

vital. Entre los patrones de comportamiento citados como características de los pacientes de migraña están respuestas excesivas ante determinadas situaciones externas, normas rígidas autoimpuestas de conducta, y enfoques habituales a las situaciones de la vida.

Rogers discute las características de la experiencia que son centrales para el proceso psicoterapéutico. Cuatro son las características de esta experiencia que amplían y diferencian las conductas a las que se enfrentan los pacientes con cefalalgia.

El cliente se mueve desde temer a sus emociones internas, y defenderse a sí mismo contra ellas, hasta dejar que esas emociones *estén* y existan en él, como elementos aceptados de él mismo.

El cliente se mueve desde vivir con valores introyectados desde los demás hasta valores que ha experimentado en él mismo en el presente.

El cliente se mueve desde ser una persona dirigida y compelida por fuerzas internas y externas más allá de su control, hacia ser una persona que hace elecciones responsables.

El cliente se mueve desde una desconfianza de los aspectos espontáneos e inconscientes de sí mismo, hasta una confianza básica de su experiencia y de su organismo, como un instrumento sólido para enfrentar la vida.<sup>8</sup>

¿Por qué es nocivo no tener en cuenta algunos aspectos de la propia experiencia, existir para satisfacer las expectativas de los demás y sentirse dirigido y obligado a conformar, protegerse y controlar sus impulsos internos? ¿Cómo se aumenta la adaptación si se tiene mayor conciencia de lo que está sucediendo en todo momento, se tienen sentimientos, metas, e ideas de uno mismo, hace elecciones responsables, es menos consciente y más espontáneo? Ni un enfoque puramente científico ni un enfoque estrictamente psicoterapéutico pueden explicar adecuadamente la acción recíproca que resulta en las cefalalgias. En efecto, al detallar los aspectos fisiológicos de la respuesta al estrés, Selye clasifica la experiencia subjetiva como una variable crítica que influye en el resultado.<sup>9</sup>

De acuerdo con Selye, el estrés es común a todas las situaciones de la vida porque todas requieren cambio fisiológico. El estrés es la activación fisiológica e inespecífica del organismo que hace que haya energía disponible para continuar con vida, para desempeñar funciones de adaptación en respuesta a demandas, y para reestablecer el equilibrio fisiológico. El estrés es la respuesta; el estresor es el estímulo.

Todas las respuestas de estrés son semejantes y se presentan en tres fases. La respuesta inicial a un estímulo, *sorpresa* o *alarma*, es una fase lábil con activación rápidamente creciente. La segunda etapa, *resistencia*, es una meseta estable de energía que se presenta cuando se ha aprendido

a enfrentar la tarea eficientemente y sin ruptura excesiva. La etapa final, *agotamiento*, se caracteriza por fatiga, a medida que se vacían las reservas de energía y desaparece la activación. La intensidad es independiente de la intensidad del estímulo. Por ejemplo, en distintos momentos el mismo estímulo puede nuevamente evocar atención o aviso sin compulsión para actuar, o puede estimular una implicación activa. Si el estímulo provoca una respuesta intensa, la persona puede reaccionar despertándose involuntariamente o con excitación y experimentar tanto emociones placenteras o sentimientos negativos de tensión, miedo, o disgusto. Si la respuesta es intensa, la persona no puede elegir modificar ni la intensidad ni la modalidad de la reacción.

En el habla popular, *estrés* usualmente connota experiencia nociva, que exige esfuerzo. Sin embargo, la actividad de adaptación puede sentirse como placentera o desagradable; el término de *distrés* se reserva para una experiencia desagradable. Varios factores determinan la experiencia subjetiva.

La adaptabilidad corporal, o la energía de adaptación, en su mayor parte es una dotación determinada hereditariamente, finita y no renovable. Cada período de estrés vacía los tejidos y deja algunas cicatrices químicas irreversibles. En el corto plazo, la depleción es evidente como fatiga y agotamiento. El descanso permite la recuperación parcial y la restauración de las reservas químicas. Las secuelas irreversibles se acumulan y al final constituyen signos de envejecimiento. Los recursos de energía pueden acabarse rápidamente o aprovisionarse mediante la conservación de hábitos durante el curso de la vida. La depleción a largo plazo de la capacidad no renovable corresponde a las etapas del ciclo vital: juventud, edad media, y vejez.

Seyle propone que las leyes naturales imponen patrones cíclicos sobre las reacciones metabólicas y proporcionan una fórmula intrínseca para conservar la energía de adaptación. Por ejemplo, los humanos están sometidos a variaciones estacionales y diurnas en el metabolismo y a necesidades repetidas de alimentación, agua, sueño, y actividad sexual. Explica la ocurrencia de los ciclos como resultado de la acumulación periódica de desechos químicos y el agotamiento de reservas. Por ello, el daño es inevitable a menos que a cada ciclo se le permita desarrollar su curso completo —el exceso acumulado de productos de desecho debe ser eliminado y la depleción desmedida de ingredientes indispensables compensada. Puesto que el estrés agota, el sistema requiere una fase de latencia para ser reparado antes de que entre nuevamente en acción. Cuando el sistema es activado, hay energía disponible y el funcionamiento es eficiente y uniforme. La ignorancia de este principio conduce a frustra-

ción, fatiga, agotamiento, y productividad baja así como a exacerbaciones de disfunción en los sistemas vulnerables al estrés.

Además de los patrones de actividad y latencia, la intensidad de la respuesta influye en el resultado. Obviamente, una respuesta intensa consume energía proporcionalmente al alto nivel de la activación. La acmé es seguida de un grado extremo de relajación y fatiga o agotamiento y, así, de una necesidad mayor de recuperación. Además, sin embargo, las fases de respuesta al estrés se aceleran, implicando sorpresa, resistencia, y fatiga en rápida sucesión. El período de adaptación más eficiente se hace más corto, y sigue rápidamente una disminución de energía. Debido al gasto de mayor energía, la actividad intensa, brusca, puede disipar los recursos de energía si se usan para actividades que requieren energía sostenida. Una respuesta intensa sería apropiada para correr el arranque de las 100 yardas, pero no para correr una milla o dar una conferencia. Las dos últimas actividades requieren movilizar la energía disponible de acuerdo a la sensibilidad ante el propio estado interior para mantener el desempeño y responder a las variables externas.

Es empíricamente evidente que la energía disponible para desempeñar las actividades de cada día es variable. Además, “los factores condicionantes” (tanto internos, como predisposición genética, edad, o sexo, y externos, como medicamentos, hormonas, o dieta) pueden inhibir o aumentar la propia capacidad para adaptarse a los estímulos que desafían sistemas corporales específicos. Bajo la influencia de esos factores condicionantes, cierto grado de estrés antes bien tolerado puede volverse patogénico y causar enfermedades de adaptación, las que afectan selectivamente el área corporal predispuesta. En el cuerpo, el sistema más débil se rompe bajo el estrés aunque todas las partes estén igualmente expuestas a él. Las *enfermedades de adaptación* (e.g., la hipertensión, la enfermedad cardiovascular, y las alteraciones psicosomáticas, incluida la migraña) representan funciones fisiológicas aberrantes en sistemas específicos corporales inducidas por activación prolongada o intensa.

En las personas que sienten que el estrés es desagradable o que tienen enfermedad franca relacionada con el estrés, se podría inferir que la capacidad o corto plazo para la adaptación ha sido malgastada o sobreamplificada. Los patrones comunes de autodisciplina en la comunidad académica ignoran los patrones cíclicos y, por ello, frustran los efectos benéficos. Cuando ha pasado el período mejor de adaptación, la persona puede reconocer cómo desciende su viveza y concentración o simplemente puede pasar por alto soluciones obvias. Un obstáculo a menudo representa fatiga más que dificultad de la tarea. Cuando finalizar una tarea particular se vuelve difícil o imposible, está indicada la diversificación mediante un

cambio voluntario de actividad. El estrés sobre un sistema ayuda a relajar otro y permite el reajuste cíclico que revitaliza al sistema agotado. La diversificación completa de la tarea original proporciona normalmente su propia satisfacción y genera un estado cualitativamente diferente en el que pueden ocurrir espontáneamente introspecciones y clarificación y resolver el obstáculo. Por último, la diversificación prepara para empezar de nuevo el trabajo en su nivel óptimo de adaptación.

Puesto que la presión del logro académico a menudo pone énfasis en cubrir cierta cantidad de material, algunos estudiantes aceptan una habilidad disminuida de aprendizaje de cara a maximizar el tiempo restante. Algunas tácticas psicológicas o algunos estimulantes químicos pueden restaurar parcialmente la viveza, pero las medidas que prolongan o intensifican la activación más allá del nivel óptimo son costosas fisiológicamente y desagradables.

La diversificación incompleta compromete el patrón cíclico y bloquea la recuperación del mismo modo que el trabajo prolongado. La preocupación mental deteriora la coordinación precisa que se requiere para los deportes, las artes, y los oficios, o el desempeño musical. La lectura por placer y las distintas modalidades de relajación pasiva (TV, oír música, dormir, meditación) se rompen fácilmente con asuntos forzados, pensamientos orientados a futuro, y estímulos fortuitos que distraen. Normalmente, el principio es una experiencia poco satisfactoria, tal vez frustrante, que no permite la relajación o el descanso. La persona tiene la sensación como si él o ella continuara trabajando sin alivio y es consciente de haber perdido un tiempo precioso.

Selye y Rogers ponen énfasis en que las adaptaciones positivas dependen de una conducta que haya sido regulada flexible y espontáneamente por la sensibilidad a los estados interiores. La experiencia inmediata no analizada, independiente de una experiencia pasada o de expectativas conceptualizadas, es la que sirve para guiar prudentemente la conducta de adaptación.

Selye postula que la dotación hereditaria de la energía de adaptación debe ser gastada por los humanos para satisfacer su urgencia innata para la autoexpresión y la realización. Cita datos que sugieren que los intentos frustrantes, infructuosos, constituyen distrés, suponen costos elevados de energía, y dejan secuelas fisiológicas irreversibles, pero que el estrés de una actividad exitosa es menos agotador, deja comparativamente menos cicatrices de ese tipo, y puede ser terapéutico en la restauración de un sistema sobrestresado. Pone énfasis en que, aparte de la meta o el objetivo, el proceso y la satisfacción de la realización proporcionan recompensas positivas que son reforzadoras y colmadoras. Las actividades que



cansan y agotan actúan así principalmente mediante la frustración causada por hábitos que impiden la adaptación óptima al gasto económico de energía y productividad y por actitudes o expectativas incongruentes con la habilidad natural o los recursos. Tales frustraciones desaniman a cualquiera tanto de invertir en el proceso activo como en experimentar gratificación con el grado de éxito alcanzado. Medir constantemente el desempeño contra una norma preconcebida bloquea la satisfacción de obtener introspección y el progreso sutil en el desarrollo creativo.

Regular la conducta de acuerdo a valores, conceptos, y expectativas adoptadas de los demás y de las instituciones societarias crea un enajenamiento fundamental del hombre moderno a partir de él mismo.<sup>10</sup> Responder a demandas externas que a menudo no están de acuerdo con la propia experiencia exige que cualquiera suprima o se divorcie de sus propios sentimientos. Esta discrepancia entre sentimientos y conducta es básica para examinar la distribución de energía y la incidencia de cefalalgia.

Los ejemplos que siguen describen los patrones característicos de adaptación entre estudiantes que sufrían de cefalalgia por migraña y la intervención para alterar la presencia y la severidad de las cefalalgias.

---

#### ESTUDIO DE CASO • TOM S

---

Tom S, un estudiante de medicina, casado y de 22 años, llegó a la clínica durante el último semestre de su año escolar con una cefalalgia que padecía desde hacía tres días. Había padecido de cefalalgias esporádicas desde secundaria, que había atribuido a “trastorno sinusal”. El dolor era usualmente frontal y periorbital, se manifestaba al despertar, o en ocasiones lo despertaba, pero mejoraba un poco con las actividades de la mañana. Suponía que la actividad aliviaba la congestión sinusal. Otras cefalalgias se presentaban al mediodía o al final de la tarde; era un hecho casi seguro la cefalalgia nocturna del domingo, y el irse a dormir tarde los fines de semana garantizaba una cefalalgia durante todo el día siguiente.

Los días de trabajo de Tom estaban altamente estructurados y no variaban. No tomaba desayuno, comía un lunch ligero, y una cena copiosa en casa. Las clases se concentraban en la mañana, y en las tardes estudiaba en la biblioteca 4 ó 5 horas sin descanso. Trabajaba por lo general en casa después de la cena, luego veía televisión durante 2 horas antes de irse a dormir.

Tom hacía millas en bicicleta alrededor del *campus* todos los días durante todo el año. Decía que disfrutaba la sensación de lanzarse a toda velocidad y sentir la estimulación del viento y el frío. Los fines de semana hacía recados y trabajaba en el mantenimiento de la casa. La diversión se planeaba cuidadosamente entre tarea y tarea en la casa. En algunas ocasiones él y su esposa salían fuera con los amigos los fines de semana.

Este semestre final de la escuela de pregrado, cuando estaba esperando respuestas a sus solicitudes de ingreso en la escuela de medicina, fue el único en que Tom estaba sintiendo poco entusiasmo espontáneo para el estudio. Por primera vez sus grados no eran un asunto central, porque las notas de este semestre no había que mandarlas a los comités de admisión. A pesar de ello y tratando de mantener el mismo nivel, intentaba seguir con sus hábitos anteriores de estudio, esto es, períodos de 4 a 5 horas de estudio

sin descansos. Había eliminado sus descansos porque sentía que su concentración disminuía si se permitía cualquier distracción, y que podía mantener mejor concentración rehusándose a responder al descanso, el hambre, la sed, etcétera. Además, controlaba estrictamente el comer durante el día para suprimir los fuertes deseos de comer a horas desordenadas. Tomando una comida al día, había suprimido el hambre durante el día y mantenía el peso deseable.

Había desarrollado varios hábitos, algunos desapercibidos, por las cefalalgias. Tom siempre cenaba a la misma hora porque se “sentía mejor” y tenía más energía en la noche. Además, el comer podría abortar cualquier cefalalgia de la tarde. Ponía especial cuidado en dormir un número constante de horas porque se despertaba con cefalalgia si dormía más que de costumbre.

Tom reconocía sentir una impresión de recelo cuando esperaba noticias acerca de la escuela de medicina. Es más, no disfrutaba este semestre la escuela. Sin el reto de competición y la presión de las notas, a menudo sentía que estaba satisfecho estudiando menos y dominando las materias de estudio menos a fondo. Además, interpretaba el interés decreciente en la ciencias experimentales como indicios de que quería comenzar alguna disciplina aplicada. Deseaba que de una vez pasara ya su fase de pregrado. Los hábitos que ya tenía de largo tiempo y las exigencias perfeccionistas todavía operaban en él para sentirse culpable si no empleaba la cantidad usual de tiempo de trabajo. Por ello, dejaba transcurrir las cosas, tratando de mantener concentración y generar interés artificialmente.

Aconsejé a Tom que comiera pequeñas cantidades durante el día y se tomara una hora de recuperación a mediodía—antes del inicio habitual para evitar las cefalalgias de la última parte de la tarde. Informó que su tiempo de estudio en la tarde se volvió más corto pero más productivo si se tomaba descansos y paraba de trabajar cuando empezaba a sentirse cansado. Al introducir esos cambios mínimos se interrumpieron con éxito las cefalalgias. Encontró que su concentración era variable, y frecuentemente regresaba a los controles rígidos. Imponerse controles era una manera de alcanzar una alerta mental intensa cuando sentía que le costaba comenzar la tarea. Llamaba a este método “mi dosis de adrenalina”. Habiendo generado el primer estado intenso, pudo mantenerlo y recuperó el interés por el trabajo. Sin embargo, sabía que un día de disciplina rígida era seguido con toda seguridad por un día de fatiga.

Tom no cambió su costumbre de ver pasivamente la televisión en favor de compromisos más activos. Encontró que, habiéndose vuelto más sensitivo a las situaciones y a la fatiga, necesitaba más descanso y sueño. El tiempo inactivo con la televisión lo preparaba para el sueño y contribuía a un estado más descansado en la mañana.

---

## ESTUDIO DE CASO • DOROTHY D

---

Dorothy D, una estudiante de segundo año de la especialidad de matemáticas, fue transferida de una división universitaria a su ciudad de origen. Empezó a tener severas cefalalgias diarias en la mitad de su primer semestre en el *campus*. Vi por primera vez a Dorothy en una emergencia; sentía un fuerte dolor, estaba totalmente deprimida, y lloraba.

Dorothy se había apuntado a cinco cursos, pero había abandonado un curso agotador cuando empezó a tener cefalalgias. Vivía en un dormitorio donde las horas de estudio de la tarde eran a menudo interrumpidas por las visitas de amigos y estudiantes que buscaban ayuda para las tareas de matemáticas que tenían que hacerse en casa. En respuesta a esas interrupciones, había desarrollado la costumbre de estudiar durante cada descanso entre las clases y más tarde durante la noche. Había establecido un sistema de recompensa en el que tenía que terminar una cantidad determinada de trabajo antes de cenar o de tener cualquier diversión. El progreso era tan lento que a menudo posponía

la comida de la tarde hasta las 8 o las 9 P.M., y raras veces dejaba el dormitorio excepto para las clases. En otro intento para lograr espacios ininterrumpidos de tiempo, alquiló un pequeño refrigerador para poder tomar la mayoría de sus comidas en su cuarto. Para aumentar su frustración, estaba tratando de limitar lo que comía para perder 20 libras. Los deseos incontrolables de comer interferían con el estudio y, junto con el refrigerador que tenía a la mano, contribuían a que comiera a cada rato y que aumentara de peso. No tenía compromisos activos o intereses extracurriculares. Si se tomaba un descanso, era para vagar a sus anchas en el dormitorio, preocupada constantemente con el trabajo.

Después de las primeras semanas de escuela, Dorothy encontró que su concentración estaba disminuyendo fuertemente. El estudio requería un esfuerzo ajustado, y empleaba cada vez más tiempo en lograr cada intento. Su sistema de recompensas, diseñado para suplir la motivación, falló. Pronto se encontró manipulando cada necesidad básica –dormir, alimentarse, y los amigos– en un esfuerzo difuso de autodisciplina. Este patrón empobrecido ofrecía un gran contraste en comparación con el año anterior, cuando todavía vivía en su casa, en que acabó el curso con buenas notas, no tuvo dificultad alguna en mantener una disciplina adecuada para el estudio, se movía en muchos lugares del *campus*, y trabajaba 20 horas a la semana.

Para acabar con los ataques agudos de las cefalalgias diarias, recomendé a Dorothy que se tomara un fin de semana lejos del trabajo. Se le persuadió que se fuera a casa sin libros, descansara, y dejara que su familia se encargara de ella. Los ataques de cefalalgia fueron interrumpiéndose después de que empezó a frecuentar a sus amigos, sus salidas activas reiniciadas, e hizo viajes regulares a su casa los fines de semana.

Durante el segundo semestre, Dorothy se registró para un curso normal y trató de desarrollar diariamente nuevos hábitos. Al estudiar en distintas bibliotecas más que en el dormitorio, intercalando descansos para las comidas y viendo a sus amigos durante el día, y quedando en verse después del estudio, halló una creciente disposición para el estudio. Aprendiendo a reconocer la fatiga, evitó horas excesivas de esfuerzo improductivo. El tejer, el patinaje sobre hielo, y el tenis se convirtieron en diversiones agradables. Además, empezó un programa para bajar de peso bajo la supervisión de un médico. Con un consejo y apoyo realizó progresos gratificantes.

El nuevo equilibrio de Dorothy de salidas y diversiones se asemejaba a su patrón mientras vivía en su casa. Reconocía una tendencia persistente a interesarse en distintas actividades y a sentirse sobrecomprometida. Por ejemplo, la enseñanza voluntaria en otra escuela de secundaria se convirtió en un estorbo cuando los exámenes periódicos y los trabajos de los cursos le exigían horas extra. Si se comprometía, se sentía moralmente obligada a terminar la obligación sin tener en cuenta el costo que suponía para ella. Esos conflictos eran señalados por cefalalgia y la obligaban a visitas periódicas para reevaluar su equilibrio de compromisos con un tiempo flexible, abierto. Empezó a reconocer que había dedicar un tiempo no estructurado que podía planearse en el último momento para pasarlo con sus amigos o simplemente dedicarlo al recogimiento y la relajación.

El patrón anterior de vida social con los amigos y la vida familiar sirvió para preparar a Dorothy a establecer un trabajo positivo y patrones de vida en la universidad. La crisis de cefalalgia parecía representar una vulnerabilidad extrema al estrés de los cambios en el entorno físico y la soledad y la pena de dejar a su familia, así como una tendencia a tolerar esfuerzos no recompensados y a imponerse una autonegación punitiva excesiva. Cuando aprobé y alenté sus esfuerzos positivos para dedicarse a salir, ella poseía las destrezas sociales que se necesitaban, experiencia, y confianza para hacer amigos y sentirse a gusto con nuevas actividades. El apoyo de corto plazo y el consejo facilitaron una adaptación positiva adecuada.

## ESTUDIO DE CASO • LINDA H

Linda H, una estudiante de postgrado de sociología, casada y de 24 años, después de interrumpir los contraceptivos orales para quedar embarazada, empezó a tener cefalalgias incapacitantes antes de su período menstrual.

Linda se había matriculado para créditos de estudio independiente y se estaba preparando para los exámenes preliminares. No había fijado su calendario de clases sino que veía a sus profesores con los que acordaba reunirse cuando estuviera preparada para discutir su progreso. Entre otras obligaciones en las que trabajaba con regularidad figuraba el asistir a los seminarios departamentales, hacer presentaciones de seminarios, escribir artículos para su publicación, y traducir un manuscrito importante.

Usualmente Linda se dedicaba a trabajar en casa la mayor parte del día, yendo a la universidad sólo para las conferencias o seminarios. Mientras trabajaba, entremezclaba el estudio con una gran variedad de tareas y pasatiempos en casa, como la lectura, televisión y llamar por teléfono a sus amigos. Tomaba regulamente sus comidas y dormía períodos adecuados.

Linda estaba contrariada con las cefalalgias porque se sentía que era muy susceptible a sus estados interiores y nunca continuaba con algo más tiempo del necesario para que fuese productivo y agradable. Además, puesto que no tenía un empleo, sentía que este año era la primera vez en que había tenido libertad para fijar su propio horario.

Le pedí que se centrara en cómo se sentía cuando llevaba a cabo sus actividades. Al principio, esto fue una pregunta irrelevante. Después, desalentada por la falta de mejoría, consultó con su marido, quien señaló que ella nunca alcanzaba su estado de relajación y no conseguía desligarse de las preocupaciones por sus compromisos y deberes. El pensaba que estaba constantemente estructurando su tiempo incluso mientras tomaba ostensiblemente descanso. Ella se sorprendió con esta observación, pero admitió que eso era una patrón que tenía muy arraigado. Pensaba que había aprendido el valor de un horario flexible de su marido, al que consideraba un "hedonista", y quien determinaba sus actividades debido a su estado del momento. Lo consideraba a él una persona excepcionalmente talentosa y productiva. Al mismo tiempo, debido a que a él no le interesaba en absoluto una estructura de "orientación a presente", ella, por su parte, creía que debía proporcionar tal estructura por los dos.

Linda había trabajado durante la escuela de pregrado y la de posgrado. Pensaba que había sido capaz de relajarse mientras tenía el empleo y, aunque esto le quitaba tiempo que podía haber dedicado al estudio y a intereses personales, había disfrutado con la estructura y se sentía renovada por el cambio después de una autodisciplina con el estudio.

Linda empezó a admitir que se alteraba demasiado cuando estudiaba y escribía y que buscaba los pasatiempos para aliviar esa tensión. Muchas veces, sin embargo, acababa completamente frenética, hasta que, cansada físicamente, tenían que acostarse para dormir toda la noche. El cambio de una actividad a otra era claramente una señal de agitación más que un cambio intencional.

Cuando admitió este patrón de agitada preocupación, Linda fue más capaz de controlar su reactividad y de canalizar su energía de maneras más tranquilas y adaptativas. Comenzó a ahuyentar consecuentemente los pensamientos que irrumpían mientras veía televisión y empezó a salir a caminar diariamente para gastar el exceso de energía.

La lista de cambios vitales inminentes a que se enfrentaba Linda era asombrosa: prepararse para los "preliminares", planear su disertación, prepararse para un embarazo, y entrar al mercado académico de los empleos. No podía plantearse qué le parecía todo eso y consideraba que "no era gran cosa". Me pareció que la falta de desarrollo en sus sentimientos y conceptualización, la actitud no analítica, era la invariable respuesta de Linda ante las situaciones ambiguas, tal vez una manera de evitarlas. Su excesiva reacción a demandas inmediatas era un ciclo de autoenergización que terminaba en agotamiento y esfuerzos introspectivos faltos de ánimo.

Linda había ya admitido que llevaba un paso y un clima emocional óptimos para el trabajo, pero no era capaz de interpretar y controlar sus reacciones. Muchos de sus estados eran inescrutables para ella, y su agitación se convertía rápidamente en desadaptación. Con su habilidad en aumento para reconocer la experiencia subjetiva, pudo utilizar medidas para ampliar sus períodos de recuperación activos y pasivos.

El progreso de Linda era lento, pero las cefalalgias fueron disminuyendo y volviéndose menos severas. No se utilizaron medicamentos debido a la práctica médica generalizada de evitar cualquier quimioterapia durante un posible embarazo.

---

## ESTUDIO DE CASO • TERRY L

---

Terry L, un estudiante de administración, casado y de 24 años, llegó por primera vez a la clínica en su segundo año de posgrado. Sus cefalalgias eran fenómenos viejos, pero se habían vuelto más frecuentes y severas durante ese semestre. Los fines de semana padecía cefalalgias matutinas severas, y las cefalalgias de la tarde eran comunes 2 ó 3 veces por semana.

Anticipándose a los exámenes preliminares de primavera y verano, Terry se había matriculado en un curso pesado y estaba también como oyente en otros tres cursos. El pensaba que esta estructura era una manera económica de cubrir el material necesario para los exámenes preliminares y la tesis. Tenía un empleo como ayudante de investigación, que implicaba programación de computadora y preparación de datos para un profesor de su departamento, que le llevaba doce horas a la semana distribuidas en períodos de 3-4 horas. Trató de cumplir de la mejor manera posible con este empleo para concluir con esa obligación varias semanas antes de lo proyectado. Trató de escribir un proyecto de tesis al mismo tiempo que pasaba los exámenes preliminares y terminaba el trabajo del curso. Si su trabajo de ayudante de investigación se terminaba pronto, los exámenes preliminares y su tesis podrían recibir más atención.

El compromiso con los cursos, ser oyente, y la asistencia de investigación habían consumido totalmente las horas diurnas de Terry. El trabajo de investigación fue relegado a las últimas horas de la tarde, puesto que tales horas no le eran apropiadas para la lectura y el estudio. Programó el horario de las semanas de computación con antelación, pues así pensaba que no tendría que variar su calendario como él lo tenía pensado. Típicamente, Terry programaba los días de tal manera que fueran imposibles los descansos y el almuerzo. Presupuestaba dos horas para la cena en casa y luego volvía al estudio. La mayoría de los fines de semana los dedicaba al estudio, con alguna excursión ocasional en esquí los domingos con su esposa y amigos. Trabajaba hasta las 11 P.M. y luego veía televisión para relajarse y dormir.

Durante la semana, las cefalalgias comenzaban mientras Terry hacía el trabajo del proyecto de investigación de computación. Podía reconocer una asociación entre la tendencia de trabajar rápido para terminar una cantidad asignada de trabajo y la presencia de una presión en su cabeza, que terminaba en una cefalalgia pulsátil. Cuando se le aconsejó que tomara un descanso para recuperación entre las clases y el trabajo de computación y que dedicara un tiempo para el desayuno y la comida, trató de modificar su calendario invariable durante algunas semanas. Su tentativa de cambiar los hábitos redujo inmediatamente el número de cefalalgias, pero Terry volvió inmediatamente a los viejos patrones. A medida que se acercaban los exámenes preliminares, empezó a imponerse una estructura más fuerte, y a veces rechazaba parar el trabajo aun cuando tuviera una cefalalgia severa.

Los sábados se veía usualmente afectado por las cefalalgias. Terry se despertaba con dolor, intentaba ignorarlo mientras trabajaba, y al final se sentía cansado y necesitaba irse a la cama. Desatendía las instrucciones de que descansara para potenciar los analgésicos. Los analgésicos producían un efecto sedativo ligero, que intentaba evitar, y así

posponía tomar la medicación hasta que la cefalalgia se hacía severa y le impedía trabajar. De igual modo, se oponía a la desagradable sensación de agitación que sentía cuando usaba una combinación de ergotamina y cafeína.

Durante los exámenes, este calendario rígido e invariable, sin ninguna diversión, le demostró que no era gratificante. Terry había optado por esta estructura en un intento de maximizar su visibilidad en el departamento, para destacar ante los profesores que iban a examinarlo. Quería igualar el paso y la productividad de otros estudiantes, pensando que debía ser igual a ellos o sobrepasarlos tanto en el tiempo real que empleaba como en la publicación y la terminación del programa, lo que le permitiría un empleo dentro de 3 años. Estableció su patrón de trabajo de acuerdo a lo que veía que hacían los demás estudiantes, y se sentía contrariado por el hecho de padecer cefalalgias cuando trataba de igualar el paso de ellos.

Este patrón competitivo lo había establecido Terry durante sus años de pregrado. Su tendencia actual para apresurarse estaba motivada por su preocupación por la competencia. Había solicitado una ayudantía de enseñanza pero le dieron una ayudantía de investigación. Encontrar un empleo no era una necesidad financiera, puesto que el empleo de su esposa proporcionaba el ingreso adecuado, pero pensaba que “el marido debía trabajar”. El haber obtenido una ayudantía de investigación en lugar de una de enseñanza tuvo muchas implicaciones para él. Los estudiantes graduados veían en la ayudantía de enseñanza una preparación útil para la enseñanza posterior y como base para todo el esfuerzo académico. Terry pensaba que la ayudantía de investigación era un trabajo puramente técnico para el que no había reconocimiento profesional y que no iba a contribuir a su propio desarrollo. Aún más, estaba convencido de que una ayudantía de enseñanza representaba una evaluación por parte del departamento positiva e implícita de la capacidad y que era además señal de que era aceptado. Aunque reconocía que el proceso de adjudicación parecía desviarse en favor de los estudiantes extranjeros, los estudiantes de otros estados, y los que necesitaban ayuda financiera, más que basarse en la capacidad y el logro académico, le parecía que el haber sido aceptado en el departamento estaba en duda, y temía una respuesta fría a su tesis y unas referencias pobres para empleo. Pero no tenía una base objetiva que respaldara esos temores.

Analizando este obvio patrón desilusionador, especialmente en lo que se refería a la frustración que sentía cuando trabajaba en la computadora, aconsejé a Terry que planeara diversiones y periodos de recuperación para prever su acmé de gasto de energía diaria. Estuvo de acuerdo en intentar modificaciones pero nunca las continuó más de algunas semanas. Aunque pudo darse cuenta que sus cefalalgias de la tarde eran menos frecuentes si comía algo al mediodía, rápidamente volvía al viejo patrón de omitir esa comida en favor de 30 minutos en la computadora. Su razonamiento consistía en que así podía terminar el proyecto unos cuantos días antes. Al año, este patrón se había vuelto más exagerado. Parecía ser incapaz de iniciar la tesis en unidades manejables. Pensaba que no podría terminar la tesis en los 3 meses restantes a menos que le dedicara cada momento de vigilia. Las cefalalgias eran claramente el precio que aceptaba tener que pagar por el paso al que se había comprometido mantener.

El único progreso consistió en su capacidad para reconocer los precipitantes y patrones de sus cefalalgias. Por ejemplo, empezó escrupulosamente a evitar el alcohol y los viajes en coche porque siempre desencadenaban cefalalgias. Nunca examinó seriamente o cuestionó su pensión al logro y al sobreesfuerzo.

## CONCLUSIONES

Un simple programa de examen de la incidencia y los precipitantes de la cefalalgia a causa de la migraña demuestra fácilmente los patrones de

adaptación que se relacionan con las cefalalgias estudiantiles. Los valores que motivan esos patrones habituales deben también ser expuestos y examinados para que el estudiante gane introspecciones ante los efectos agotadores de su estilo de adaptación.

He podido comprobar que una parte importante de mi funcionamiento es el de dar el visto bueno al proceso de examen y cuestionamiento de valores, metas, y normas de conducta. Mucha gente joven parecen estar dispuestos a examinar y a verificar sus sentimientos, pero necesitan un permiso para hacerlo. Raras veces es necesario sondear extensamente en los asuntos emocionales. A medida que la persona se hace susceptible a las sensaciones asociadas con activación inflexible y falta de diversión reconoce también las modificaciones necesarias en sus hábitos. Cambiar los hábitos personales es algo gradual y desagradable al principio, pero el cambio es un proceso de aprendizaje que se convierte en autoafianzador a medida que se vuelve congruente con la experiencia orgánica.

## REFERENCIAS

- 1 Arnold P. Friedman, *et al.*: "Classification of Headache: The Ad Hoc Committee on the Classification of Headaches". *Archives of Neurology*, 6:173-176, 1962.
- 2 Donald J. Dalessio: *Wolffs Headache and Other Pain* (New York: Oxford University Press, 1972), p.347.
- 3 Friedman, *et al.*, *op.cit.*
- 4 Dalessio, *op.cit.*, p.267.
- 5 Arnold P. Friedman: "Current Concepts in the Diagnosis and Treatment of Chronic Recurrent Headache". *Medical Clinics of North America*, 56:1261-1269, May 1972.
- 6 Louis M. Hoskins: "Vascular and Tension Headache". *American Journal of Nursing*, 74:846-851, May 1974.
- 7 T. Dalsgaard-Nielsen: "Some Aspects of the Epidemiology of Migraine in Denmark". In A.L. Cochrane (ed.): *Background to Migraine, Third Migraine Symposium* (New York: Springer-Verlag, 1970), p.15.
- 8 Carl R. Rogers: "Learning to be Free". In Carl R. Rogers and Barry Stevens (eds.): *Person to Person: The Problem of Being Human* (New York: Pocket Books, 1967), pp.41-43.
- 9 Hans Selye: *Stress without Distress* (New York: J.B. Lippincott, 1974).
- 10 Carl R. Rogers: "Toward a Modern Approach to Values: The Valuing Process in the Mature Person". In Rogers and Stevens, *op.cit.*, pp.4-21.

## BIBLIOGRAFIA

- Ambielli, Michael. "Migraine Headache: Current Therapy". *Journal of Neurosurgical Nursing*, 14:203-206, August 1982.
- DeBrun, Suzanne Ryan. "Headaches in Adolescents". *American Journal of Maternal Child Nursing*, 6:407-411, November/December 1981).

Greenberg, J.S. "A Study of the Stressors in the College Student Population". *Health Education*, 4, 12:8-11, 1981.

Vierke, Scott: "The Life-Styling Program: Moving Toward High Level Wellness... A Division of the Student Wellness Resource Center, Southern Illinois University". *Health Values* 4:237-241, September/October 1980.



La autora describe cómo pudo negociarse y desarrollar un puesto en una agencia de voluntarios que proporcionaba consulta y servicios educacionales a otras agencias comunitarias.

## CAPITULO VEINTINUEVE

# **EL ABUSO DE DROGAS: UNA PREOCUPACION COMUNITARIA**

ANGELA SUPPLEE CHESSEER

Habiendo pasado recientemente 2 años trabajando como enfermera en rehabilitación por el uso de drogas y salud mental comunitaria, veo hacia atrás esa experiencia para recordarla ahora con una mezcla de frustración y de pasmo. La frustración proviene de mi creencia, basada en esta experiencia, de que en realidad no existe un solo “problema de drogas” que pueda aislarse y erradicarse. La complejidad del problema de abuso de drogas puede ser abrumadora cuando uno se da cuenta de que, puesto que no existe un problema solo, no puede haber tampoco una sola solución. Existen en cambio multitud de “problemas de la gente”, que se expresan y a los que se responde dentro del contexto de comunidad con el uso autodestructivo de una gran variedad de sustancias químicas. El pasmo que siento está basado en las prisas que vi que se daban cuando las personas y los grupos dentro de las comunidades comenzaron a tenderse la mano y a apoyarse de maneras nuevas e innovadoras. Al tratar de compartir esta experiencia, trataré de no permitir que mi entusiasmo por los resultados potenciales de la respuesta de una comunidad al abuso de drogas, oscurezca la realidad de que este planteamiento del problema

no es una panacea. Es, más bien, un método factible de respuesta a las necesidades físicas y emocionales de una población bajo riesgo identificada dentro de una determinada comunidad.

Al tratar de organizar y comunicar las muchas ideas y sentimientos que tengo acerca de mi trabajo como enfermera durante ese tiempo, me encuentro a mí misma planteándome las siguientes preguntas: ¿Cómo fue que me involucré? ¿En qué basé mi práctica de enfermería? ¿Qué fue lo que hice? ¿Cuáles fueron los resultados? ¿Lo haría de nuevo? Es de esperar que el proceso de contestar a estas preguntas proporcione un marco organizado desde el que describir los aspectos salientes de esta oportunidad para la práctica de enfermería.

En su primer libro, *Toward a Theory for Nursing*, Imogene King afirma

La enfermería es una parte de muchos sistemas sociales; emerge de sistemas sociales y funciona dentro de ellos. La enfermería sufre cambios y se modifica ella misma en respuesta a las fuerzas sociales constantemente cambiantes dentro de una cultura; ejerce también influencia en los cambios dentro de la sociedad y en sus instituciones. La enfermería tiene su herencia profundamente enraizada en el pasado, su transición en el presente, y un futuro imprevisible.<sup>1</sup>

Tal aserto es ciertamente una descripción precisa de lo que yo pude experimentar como enfermera trabajando con comunidades con problemas de salud relacionados con el abuso de drogas. Mi práctica de enfermería fue alterada y se extendió en respuesta a los problemas comunitarios con que me encontré. Como enfermera se me permitió acceso a muchos segmentos de la comunidad y, afortunadamente, mi práctica en conjunción con el trabajo de otros promovió cambios humanizadores y generadores de crecimiento dentro de los grupos en desarrollo y los ya existentes en la comunidad. Cuando nosotras, como enfermeras individuales, examinamos críticamente nuestras experiencias profesionales y las compartimos entre colegas, podemos preservar lo que nosotros valoramos de nuestro acervo, facilitar la transición a nuevos roles en el presente, y procurarnos unas a otras ayuda mutua cuando nos lanzamos hacia el futuro imprevisible. Esto me regresa hasta mi primera pregunta: ¿Cómo fue que me involucré?

Mi interés inicial en el abuso de drogas comenzó cuando era estudiante todavía no graduada de enfermería en una universidad sureña. En ese tiempo, el uso de drogas en el *campus* universitario era un fenómeno generalizado y notorio para todo aquel que no cerrara los ojos a ello. Como consecuencia, establecí relaciones con estudiantes compañeras y con pacientes que padecían problemas físicos o emocionales ligados al

uso de drogas. Muchos de ellos mostraban confusión, desánimo, y hostilidad en lo tocante a sus dificultades para buscar y encontrar personas que tuvieran interés tanto por escuchar sus problemas como por ofrecerles una ayuda concreta. Yo me sentía perpleja en un principio por esto porque había dos centros médicos de importancia y gran cantidad de servicios de asesoría tanto en el *campus* como fuera de él. Así, cuando escuchaba con atención tanto a quienes consumían drogas como a las personas que se desempeñaban como procuradores de cuidado a esta población encontraba grandes discrepancias, temor, e incapacidad para llegar a asumir riesgos interpersonales entre unos y otros. Quienes consumían drogas temían ser atrapados, expulsados de la escuela, o rechazados como personas. Quienes les procuraban cuidado temían ser estafados, no poder lidiar con un problema para el que la mayoría no había sido preparada, y, en consecuencia, ser rechazados tanto profesional como personalmente. Esta dificultad de comunicación parecía insalvable hasta que llegué a involucrarme con un grupo de personas del *campus* y de la comunidad que decidieron empezar una línea de emergencia de voluntarios y un centro ambulatorio para crisis, en donde voluntarios entrenados con consultación profesional procuraban asesoría de respaldo y ayuda de emergencia a quienes consumían drogas.

Como resultado de involucrarme en este esfuerzo conocí a un psiquiatra que estaba interesado tanto en la clínica como en la investigación en el abuso de drogas y al director de una agencia privada, no lucrativa, que daba consulta amplia en todo el estado y asistencia técnica a los programas de abuso de drogas. Coincidiendo con la época de mi graduación, el psiquiatra, como jefe de la sección de neurofarmacología del departamento de psiquiatría de uno de los centros médicos universitarios, obtuvo una subvención del Instituto Nacional de Salud Mental para procurar un programa de educación continua para una diversidad de profesionales que tenían contacto con drogadictos. Se tomó la decisión de que una enfermera con experiencia en trabajo comunitario y tratamiento antidrogas sería una ventaja en ese esfuerzo. Yo quería el empleo, llené una solicitud para ello, me contrataron bajo la subvención, y, mediante un arreglo con un subcontrato, prestaba mis servicios como asistente al director de una agencia privada de consulta. Debido a los fondos públicos y privados que respaldaban mi puesto, yo tenía dos misiones generales. Primero tenía que servir en el programa de educación continua de la facultad de la universidad que auspiciaba los talleres sobre el abuso de drogas y los servicios de consulta para los participantes de una región que comprendía varios estados. Segundo, tenía que procurar entrenamiento, asistencia técnica, y consulta a agencias y grupos comunitarios

dentro del estado que estaban trabajando con el abuso de drogas o que resultaban afectados por ello en sus comunidades. El puesto era de creación reciente y yo era la única enfermera involucrada. Me sentía abrumada por las complejidades de la situación.

Una de las ventajas en verme abrumada consistía en que me forzaba a dedicar un tiempo a valorar mis experiencias que conocí antes de graduarme en los centros para crisis de drogas, en las salas de emergencia, educación sobre drogas en las escuelas públicas, en una comunidad terapéutica, y en un programa de mantenimiento de la metadona. Yo quería compaginar los aspectos comunes de todas esas experiencias con el fin de desarrollar un marco para mi práctica clínica prevista con individuos, grupos, y agencias en respuesta a los problemas de los drogadictos. Mi experiencia previa me había enseñado que el abuso de drogas no es un fenómeno aislado. Smoyak, en un artículo acerca del alcoholismo, que es una de tantas formas del abuso de drogas, habla de la idea de que nadie es un alcohólico aislado.<sup>2</sup> Al hablar con los drogadictos, comprobé que, cuando se les daba la oportunidad de examinar sin obstáculos intereses interpersonales acerca de la familia, los amigos, la escuela, y el trabajo, raramente se concentraban únicamente en su comportamiento de consumo de drogas. El uso de drogas indicaba angustia, alertando al cliente y a quien le ayudaba de otros problemas que el cliente tenía. Se ha escrito, y estoy de acuerdo con Watzlawick, Beavin y Jackson, que

Las ciencias de la conducta parecen basarse todavía en un alto grado en una visión monádica del individuo y en la visión honrada por el tiempo de las variables aislantes. Esto se hace particularmente obvio cuando el objeto de estudio es perturbado. Si una persona que exhibe un comportamiento perturbado (psicopatología) es estudiada en aislamiento, entonces el estudio debe concernir con la naturaleza de la condición y, en un sentido más amplio, con la naturaleza de la mente humana. Si los límites de la investigación se extienden para incluir los efectos de su comportamiento sobre los demás, sus relaciones hacia ello, y el contexto en el que todo esto tiene lugar, el enfoque varía de la mónada artificialmente aislada a la relación entre las partes de un sistema más amplio. El observador del comportamiento humano así va desde un estudio ilativo de la mente al estudio de las manifestaciones observables de la relación.<sup>3</sup>

Como ha señalado Klein, “el individuo que se enfrenta a cualquier contingencia es dependiente de los recursos que una determinada comunidad tiene que ofrecer y resulta afectado por los medios de enfrentamiento que la comunidad o bien los hace disponibles para él o se los niega”.<sup>4</sup> El define a la comunidad como “un dominio interactivo en donde los individuos buscan con mayor o menor éxito seguridad, apoyo, y significación”.<sup>5</sup> Por consiguiente, si los individuos que abusan del uso de drogas se considera que padecen perturbaciones concernientes con las relaciones interpersonales dentro de una variedad de sistemas, se desprende en

consecuencia que las alteraciones dentro de la comunidad pueden ya sea ayudar u obstaculizar el sentido de relacionalidad e identidad dentro de esos sistemas. Caplan habla de este aspecto crucial de los sistemas de apoyo de la comunidad dejando asentado que su enfoque se centra “no tanto en la etiología de los desórdenes mentales de la población... sino en las fuerzas promotoras de salud a los niveles de persona-a-persona y societario que hacen a la gente capaces de vencer los desafíos y tensiones que tienen en la vida”.<sup>6</sup>

Basándome en la creencia en estas ideas, empecé mis esfuerzos hacia la asistencia a individuos, grupos, y agencias dentro de comunidades para crear y aplicar sistemas de apoyo para aquellos que abusaban de las drogas.

Mi disponibilidad como consultora y asesora técnica en lo concerniente al abuso de drogas fue dado a conocer a los grupos de la comunidad y a las agencias. Luego esperé a que me pidieran que ayudara. En un principio, me preocupaba que pudiera quedarme sentada en un solitario esplendor y sin nada que hacer, pero no era ése mi destino. Los primeros grupos con los que entré en contacto provenían de centros locales de crisis de drogas. Mirando hacia atrás, esos centros fueron un lugar oportuno para comenzar porque, de muchas maneras, caracterizaban a los sistemas de apoyo de la comunidad descritos por Caplan como “agregados sociales continuos que procuran a los individuos oportunidades de retroalimentación acerca de sí mismos y de validación de sus expectativas acerca de los demás, que pueden compensar deficiencias en esas comunidades dentro del contexto más amplio de comunidad”.<sup>7</sup> Los centros de crisis eran agencias que habían emergido para hacer frente a las necesidades de quienes abusaban de las drogas creando un servicio como otra alternativa más a las agencias burocráticas tradicionales, y se hallaban ubicadas en áreas adecuadas para que quienes consumían drogas pudieran acudir con facilidad en busca de ayuda. Generalmente ex-consumidores de drogas, líderes cívicos, y unos pocos profesionales solidarios trabajaban juntos para crear esta especie de servicio no ortodoxo. Los voluntarios de la comunidad constituían el personal de estos centros y proporcionaban asesoría, referencia a otros lugares, primeros auxilios de emergencia, o simplemente un lugar en donde pudieran estar. Estos voluntarios eran la verdadera columna vertebral de los centros. Solicitaron en primer lugar mi ayuda para diseñar e implementar programas de entrenamiento para voluntarios de la comunidad.

Mi primer paso fue entrar en conocimiento con los miembros del personal de los centros para determinar cuáles eran sus ideas sobre el entrenamiento. El entrenamiento necesitaba tomar en cuenta los variados

antecedentes del personal voluntario –estudiantes de secundaria y universitarios, amas de casa, ex-consumidores de drogas, hombres de negocios– y la variedad de clientes que buscaban ayuda en los centros. Juntos en colaboración diseñamos un programa de 8 semanas para preparar al personal en técnicas de asesoría, intervención de crisis, suicidología, abuso de drogas, y cuidado médico de emergencia. Comencé el entrenamiento utilizando el desempeño-de-rol y métodos de discusión y centrán-dome en destrezas de comunicación y ayudando a los miembros del personal a reconocer y a tratar con sus propios sentimientos así como con los de los clientes. Al principio estaba asombrada, y luego pasé a contar con el alto grado de motivación y destreza mostrado por los residentes de la comunidad cuando luchaban con los principios que se les enseñaban y con ellos mismos. Estaban ansiosos de tender la mano a otros en su comunidad de una manera productiva y promotora de crecimiento, y asumían sus responsabilidades como miembros del personal muy seriamente. Aunque la meta identificada de entrenamiento consistía en preparar al personal para trabajar con clientes que buscaran ayuda, muchos de los miembros del personal me informaron que ellos utilizaban lo que estaban aprendiendo en los centros en sus casas, escuelas, lugares de trabajo, e iglesias. De nuevo, se hizo aparente que así como nadie se vuelve drogadicto solo, tampoco existe un centro para drogas o su personal en aislamiento de las demás partes de la vida en la comunidad.

Luego de que empezaron a ser entrenados los voluntarios del centro de crisis en todo el estado, surgieron nuevos problemas en la comunidad. Muchos de los grupos que habían trabajado en la creación de centros quedaban desilusionados por el cuidado acostumbrado físico y emocional que recibían quienes abusaban de las drogas, y las agencias más tradicionales estaban indecisas y amenazadas por los servicios nada ortodoxos recientemente creados. Ambos bandos se pusieron con el tiempo en contacto conmigo expresando la necesidad de coordinar los servicios, pero previendo muchos problemas potenciales. Abiertamente ninguno de los grupos hablaba de manera directa con el otro, y se hizo obvio que las dificultades entre los grupos podían reducirse a cuatro procesos comunitarios básicos: comunicación, toma de decisiones, articulación del sistema, y mantenimiento de fronteras.<sup>8</sup> Comencé a sentirme como una fuerza mantenedora de la paz de las Naciones Unidas, y lo único que yo deseaba era poder decirles a cada grupo que llamara al otro en lugar de llamarme a mí. Sin embargo, me di cuenta de que, si la solución fuera tan simple como eso, no habría problemas. Poco a poco comencé a ver el problema como una oportunidad de fomentar un entendimiento creciente entre grupos y agencias y, así lo esperaba yo, aminorar en algo la fragmentación

de servicios al consumidor de drogas. ¿Cuál podría ser la mejor forma de alcanzar esta meta? Decidí que debía intentar una estrategia de cambio llamada el “enfoque normativo-reeducativo” que sostiene que

el cambio en un modelo de práctica o acción ocurrirá sólo cuando las personas involucradas pasen a cambiar sus orientaciones normativas a los viejos patrones y desarrollen compromisos con otros nuevos. Y los cambios en las orientaciones normativas suponen cambios en las actitudes, valores, destrezas, y relaciones significativas.<sup>9</sup>

Si el personal de las agencias podía apreciar que lo que le sucedía a un cliente en un sistema tenía un efecto en los otros sistemas, entonces quizás podrían explorar de manera colaborativa qué es lo que tenían para ofrecerse mutuamente y al cliente en función de servicios y de ayuda. Con un enfoque revisado en la cooperación entre agencias, los servicios en abuso de drogas podrían ser más auténticos y realistas, con menos clientes perdidos en ese desorden y fracasando por sus fallas mientras las agencias se enredaban en definir y defender su propio y muy particular campo de acción.

Cuando empecé a implementar este tan ambicioso plan, me di cuenta de que no había ni una sola muestra a la que seguir. El estado tenía muchas y diversas comunidades locales, cada una con sus necesidades propias y únicas en lo que respecta a la prestación de servicios para quienes abusan de las drogas. Las comunidades de la montaña diferían de las comunidades en los lugares con playa y ambas se diferenciaban de las de las zonas urbanas. Debido a lo ampliamente diferentes que eran las orientaciones de valores entre las agencias y los trabajadores de todas ellas, comprendí que sería muy ingenuo esperar que alguna de las agencias o algún trabajador cambiara sus prácticas por otras nuevas sin algo tangible a cambio. En consecuencia empecé con un enfoque de *quid pro quo*. Cuando recibía llamadas de alguna agencia manifestando dificultad en la coordinación de los servicios a quienes abusaban de las drogas, me presentaba personalmente de visita a la agencia. Primero, examinábamos qué es lo que hubieran preferido que sucediera en lugar de lo que estaba en realidad pasando. Después, lanzaba la pregunta de qué podrían ellos ofrecer a la otra agencia o trabajador en pago por un cambio en la práctica o en la acción por parte del otro. Generalmente, se preparaba una reunión con la otra agencia involucrada para estudiar más a fondo el asunto, y con frecuencia estas reuniones significaban la primera vez que el personal de un centro de crisis negociaba directamente con otra agencia de la comunidad, y viceversa. Aunque en ocasiones estas reuniones llegaban a ser candentes, con los ánimos encendidos en uno y otro lados, el proceso de comunicación comenzó a tener repercusiones en la toma

de decisiones, la articulación del sistema y en el mantenimiento de fronteras. Como resultado, emergieron muchas soluciones creativas y mutuamente apoyadoras en los problemas.

Por ejemplo, los lugares locales de emergencia requerían que un miembro del personal del centro se sentara junto con los pacientes durante los fines de semana con mucha actividad a cambio de entrenamiento para primeros auxilios y respaldo médico. Los consultores de la escuela estaban de acuerdo en referir a los estudiantes con problemas de drogas a los centros a cambio de entrenamiento interno para maestros y educación para las drogas para los estudiantes. Las iglesias procuraban comida de emergencia o un techo para los clientes del centro de crisis a cambio de oradores en los programas de la iglesia o asesoría para el pastor en los asuntos de drogas de la parroquia. A medida que el tiempo pasaba los miembros voluntarios del personal ganaban experiencia y confianza en sus capacidades de ayuda de una manera de-persona-a-persona en amplios segmentos de la comunidad. Las agencias tradicionales comenzaron a valorar las contribuciones que los trabajadores voluntarios podían ofrecer, y grupos dentro de las comunidades empezaron a transmitir formas nuevas a la vez que ganaban un mayor respeto por la experiencia y singularidad de cada uno de ellos. La gente manifestaba alivio porque ya no sentían que el peso del problema de las drogas caía únicamente en su agencia, sino que podían pedir y recibir ayuda de otros que trabajaban en el mismo campo.

Nada de esto sucedió de la noche a la mañana. Fueron necesarios muchos meses de duro trabajo de comunicación y de creación de una atmósfera de confianza antes de que los voluntarios de los centros de crisis y otros grupos comunitarios fueran haciéndose independientes. A veces sucedía que la confianza se venía abajo y era necesario levantarla de nuevo. Con todo, se desarrollaron nuevas relaciones entre los individuos y los grupos cuando se ponían en contacto para ayudarse entre ellos en lo que se había vuelto una meta compartida —un enfoque coordinado para la prestación de servicios a una población identificada de drogadictos. Verdaderamente, el abuso de drogas se convirtió en un interés comunitario.

Durante el tiempo que pasé en este proyecto, las cosas que más me impresionaron personal y profesionalmente fueron el talento y la creatividad de los voluntarios de la comunidad. La oportunidad de involucrarme en sus entrenamientos y de trabajar a su lado a medida que ganaban confianza en sus capacidades para ayudar y para hacer la vida en la comunidad más enriquecedora y satisfactoria para aquellos que dudaban de sí mismos y de los demás fue una aventura absolutamente maravillosa.



Podían desarrollar casi siempre una confianza inicial y una simpatía con los clientes mucho antes que los profesionales, y los voluntarios estaban deseosos de trabajar horas extra para que más clientes pudieran beneficiarse. Por último, el entrenamiento que recibieron benefició a la comunidad en gran manera porque los voluntarios lo aplicaron a su propia vida diaria al igual que lo hacían en los centros. Por tanto, estoy convencida de que, si tenemos que desarrollar sistemas que pugnen por llenar las necesidades de cuidado de salud dentro de un contexto comunitario, los voluntarios de la propia comunidad van a ser cruciales para el éxito y la supervivencia del sistema. Ellos ofrecen una perspectiva única y un conocimiento profundo de su comunidad del que los profesionales pueden adolecer si sólo hablan con ellos. Los voluntarios van a necesitar recibir entrenamiento y ayuda de los profesionales, pero pueden servir ciertamente como enlaces eficaces entre las agencias y aquellos que necesitan de sus servicios, en los que se incluyen tanto quienes abiertamente van en busca de ayuda como los que no.

Yo pude ver este enfoque de trabajo en el área del abuso de drogas, y presumo que puede servir también en otras áreas del cuidado de salud. Se trata de un enfoque no libre de problemas, pero la recompensa a la comunidad y a los individuos y grupos involucrados puede ser fenomenal. Ahora soy sabedora de que en toda comunidad siempre hay muchas personas que quieren ofrecer su talento para llegar hasta los demás y yo por mi parte espero no practicar jamás sin reconocer, fomentar, y valorar esos talentos y contribuciones.

Cuando veo hacia atrás en la totalidad de esta experiencia y me pregunto a mí misma si volvería a hacerlo otra vez, la respuesta es un rotundo ¡sí! Hasta cierto punto, sí eché de menos el contacto de-uno-a-otro con el cliente como lo había tenido cuando era estudiante. Sin embargo, conservé mis destrezas clínicas y conservé el contacto con el escenario de la calle trabajando en el cambio en el centro de crisis local y con los servicios médicos de emergencia en los convenios locales. Aun cuando estas actividades eran para mí desafiantes y divertidas, aumentaron mi conciencia de que un enfoque completamente individual en un caso no puede ser efectivo en procurar cuidado. Simplemente son demasiados los clientes en comparación con el número de profesionales disponibles para procurar cuidado y servicios adecuados. Los clientes estaban hasta tal punto entrelazados con otras personas y sistemas dentro de la comunidad que una solución de problemas eficaz resultaba imposible a menos que se coordinaran los servicios. Por todas estas razones decidí enfocar mi práctica diseñando, coordinando, e implementando los servicios comunitarios que alentarán el poder llegar hasta las poblaciones en

riesgo identificadas y el ayudarlas. No soy de la opinión de que el centrarse en los grupos va a llevar a ignorar las necesidades del individuo, sino que más bien va a acrecentar en todos los individuos la oportunidad de recurrir a toda clase de servicios o a que se les puedan ofrecer estos servicios.

Como Peplau dice de la enfermería

Funciona en forma cooperativa con otros procesos humanos que hacen posible la salud para los individuos en las comunidades. En situaciones específicas en las que un equipo profesional de salud ofrece servicios de salud, las enfermeras participan en la organización de las condiciones que faciliten las tendencias progresivas naturales en los organismos humanos. La enfermería es un instrumento educativo, una fuerza maduradora que aspira a alentar hacia adelante una vida personal y comunitaria creativa, constructiva, productiva.<sup>10</sup>

Tengo la esperanza de que mi práctica ha incorporado y continuará incorporando el espíritu de esta definición de la enfermería.

## REFERENCIAS

- 1 Imogene King: *Toward a Theory of Nursing* (New York: John Wiley & Sons, 1971), p.1.
- 2 Shirley A. Smoyak: "Therapeutic Approaches to Alcoholism". *Occupational Health Nursing*, 21:28-33, April 1973.
- 3 Paul Watzlawick, Janet Helmick Beavin, and Don D. Jackson: *Pragmatics of Human Communications* (New York: W.W. Norton, 1967), p.21.
- 4 Donald C. Klein: *Community Dynamics and Mental Health* (New York: John Wiley & Sons, 1968), p.13.
- 5 *Ibid.*, p.4.
- 6 Gerald Caplan: *Cupportive Systems and Mental Health* (New York: Behavioral Publications, 1974), p.vii.
- 7 *Ibid.*, p.4.
- 8 Klein, *op.cit.*, p.35.
- 9 Kenneth Benne and Robert Chin: "General Strategies for Effecting Change in Human Systems". In Warren G. Bennis, Kenneth Benne, and Robert Chin (eds.): *The Planning of Change* (New York: Holt, Rinehart and Winston, 1969), p.34.
- 10 Hildegard E. Peplau: *Interpersonal Relations in Nursing* (New York: G.P. Putnam's Sons, 1972), p.16.

## BIBLIOGRAFIA

- Masland, Robert P., Jr. "Adolescent drug and alcohol use: How to deal with it". *Consultant*, 20:190-197, June 1980.

Se describen en este capítulo las ventajas de valorar e intervenir en la familia en el contexto de su entorno natural.

## CAPITULO TREINTA

# LOS HOGARES: UN ENTORNO NATURAL PARA LA TERAPIA FAMILIAR

SHIRLEY A. SMOYAK

Para las enfermeras, los hogares de las familias y los pacientes son ambientes confortables de trabajo; las enfermeras han realizado visitas domiciliarias a lo largo de los años, por una amplia variedad de razones, para alcanzar varias metas diferentes. La enfermería como *curación y confortación* y la enfermería como ayuda a la gente a *enfrentar* se ha desarrollado en el propio ambiente del paciente desde que la enfermería existe. De hecho, a principios de la década 1901-1910 era más común encontrar a las enfermeras en los hogares de los pacientes, eran contratadas como enfermeras de servicio privado, más que encontrarlas trabajando en hospitales o agencias. Hoy el cambio se ha vuelto hacia la comunidad, con la estructura de pago algo diferente, pero con el mismo marco de la gente en sus propios entornos. La enfermería como consejo puede ser desem-

Jere Bradley, Christine Branco, Mary Duffy, y Sue Pearl han ayudado en la preparación de este capítulo al compartir observaciones clínicas y al dirigir una revisión de la literatura como parte de sus estudios de graduación en enfermería psiquiátrica en Rutgers, The State University of New Jersey.

peñada eficazmente, si no más eficazmente, donde la gente vive y trabaja normalmente. Este capítulo se centrará en una de las dimensiones del *consejo*, la terapia familiar. También se relacionarán y discutirán las ventajas y desventajas de efectuar la terapia familiar en los hogares.

Cambiar los lugares de la terapia familiar de la clínica de pacientes externos o el centro de salud mental al hogar es una consecuencia natural del cambio clínico desde confiar en el informe de la realidad del paciente (frecuentemente percibido de una manera distorsionada o demasiado subjetiva) hasta incluir los puntos de vista de los miembros de la familia. Como establecieron Behrens y Ackerman en uno de sus primeros artículos, “a menudo los ojos del paciente eran los únicos a través de los cuales los terapeutas veían el mundo y la situación vital del paciente, un punto de vista frecuentemente distorsionado por la propia percepción de enfermo del paciente”<sup>1</sup>.

Antes de los finales de la década de 1951-1960 y principios de la de 1961-1970, las familias de los enfermos mentales se consideraba que eran benevolentes o irrelevantes para el funcionamiento perturbado del individuo. Los clínicos, si alguna vez tenían en cuenta la influencia de la dinámica familiar, actuaban así sólo en función del pasado del paciente. Las interacciones presentes de la familia no se registraban ni se analizaban. En situaciones en las que las historias familiares formaban parte del recuerdo del paciente, eran recogidas fragmentariamente, al entrevistar a miembros de la familia que se suponía sabían de qué se trataba y se daba por hecho que se expresaban sin prejuicio alguno.

En unas dos décadas, este viejo punto de vista de la familia ha experimentado un cambio importante. La literatura sobre dinámica, interacciones, y terapia familiares ha aparecido súbitamente. Existen muchos textos básicos amplios sobre terapia familiar y muchas revistas profesionales y científicas dedicadas exclusivamente a temas de la familia. Las instituciones para el tratamiento del enfermo mental no reflejan todavía completamente ese entusiasmo por la nueva conceptualización de la enfermedad mental. Mientras que cada vez hay más probabilidades de que por lo menos un clínico de una agencia va a ser identificado por poseer destrezas en terapia familiar, todavía prevalecen los modelos tradicionales de tratamiento.

Cuando se incluyen entre los enfoques clínicos la terapia familiar, normalmente se calendarizan a lo largo de las líneas de la “hora terapéutica” más tradicional. A las familias se les da una cita en la clínica o la agencia y se espera que acudan a ellas. Los clínicos realizan la mayor parte de su trabajo en oficinas y rara vez las dejan excepto para encuentros o reuniones con otros miembros del personal o, posiblemente, para reu-

nirse con el personal de otras agencias, como facultades o departamentos de salud. El cambio es difícil; la resistencia a nuevas ideas clínicas, destrezas, y lugares de tratamiento es muy elevada. Tanto los clientes como los clínicos tienen que trabajar arduamente para realizar el cambio.

## VENTAJAS

Las ventajas de dirigir la terapia familiar en los hogares pueden ser categorizadas inicialmente como las que son abstractas y las que son más concretas. Ejemplos de ventajas abstractas son los modos de acción interpersonal, la clase de “vibraciones” resultantes, los niveles de poder que se vuelven operativos, los terapeutas como intrusos, y los pacientes como huéspedes. Las ventajas concretas incluyen la accesibilidad obvia de los miembros de la familia debilitados, postrados en cama, o reacios, las observaciones de artefactos culturales y medidas vitales, la conciencia del lugar de la familia en un ambiente comunitario, etcétera. Los rituales desafían la categorización clara como ventajas abstractas o concretas. A continuación se presentan descripciones específicas de ventajas abstractas, concretas y ritualísticas.

### *Abstractas*

Una de las más importantes ventajas abstractas de la visita domiciliaria para realizar terapia familiar es que el terapeuta es visto por la familia como alguien que realiza un esfuerzo inusual y que desea entender y llegar a conocer a la familia y sus problemas en su propio ambiente. El terapeuta comunica su buena voluntad para que los miembros de la familia se sientan a sus anchas al permitirles permanecer en un ambiente que es agradable y natural para ellos. Puesto que el terapeuta ha realizado un esfuerzo extra para ser útil, se invita a la familia a que esté dispuesta a trabajar cómodamente en sus propias dificultades.

En un escenario de oficina, el “jefe de la oficina”, o el terapeuta, generalmente tiene asignada una instalación para sentarse, con cosas dispuestas para el confort del terapeuta. En el hogar de una familia, el terapeuta debe esperar a que le digan dónde sentarse. Al principio, esto puede ser algo desagradable, pero las indicaciones acerca de dónde se llevará la sesión, dadas por un miembro de la familia, son partes valiosas de datos acerca de cómo los miembros se organizan a sí mismos, qué valor se le da a la sesión y quién está a cargo de tales asuntos. Algunas

familias eligen el comedor o la mesa de la cocina, pareciendo indicar que desean rápidamente “ir al grano”. Otras sugieren la sala de juegos o la de estar, con sillas o sofás que impiden más que facilitan el diálogo. La planificación inicial de dónde se llevará a cabo la sesión da al terapeuta una indicación acerca del compromiso o motivación de la familia. En un escenario de oficina, los únicos datos son si los miembros de la familia llegaron o no a la cita, y, si lo hicieron, cuántos llegaron. En la casa, hay muchas más señales para la disposición y la buena voluntad.

El alivio de la ansiedad se maneja mucho más fácilmente en los hogares. En un escenario de oficina, el terapeuta frecuentemente ve niveles de ansiedad inflados artificialmente. Primero, el entorno extraño de una oficina crea una amenaza para el sí mismo, el cual, cuando se multiplica por cada miembro de la familia, produce un cuarto lleno de gente ansiosa. Si traen los animales domésticos, ellos también están ansiosos, y la posibilidad de “accidentes” aumenta. Las vejigas de los animales domésticos y las de los niños pequeños son buenos barómetros de la ansiedad.

Las cámaras de televisión, las habitaciones de visión unidireccional, el equipo de registro, los zumbadores de intercomunicación, y otras cosas contribuyen a la paranoia situacional. Aun cuando se explique, la tensión deja vestigios. Cuando se usan los aparatos de registro en la casa, las familias señalan que son menos ofensivos, puesto que la familia se percibe más en dominio de lo que está pasando. Por ejemplo, los miembros de la familia pueden señalar las conexiones eléctricas y sugerir mejores arreglos de iluminación si se va a usar equipo de video. Se convierte en una parte del proceso, más que tener el proceso impuesto desde fuera.

En los hogares, hay entretenimientos fácilmente a disposición de los miembros que necesiten alivio inmediato de la ansiedad. Incluso los niños pequeños saben dónde está el baño, cómo tomar un vaso de agua, dónde pueden encontrar un pañuelo, etcétera. Los teléfonos y los timbres de la puerta proporcionan en ocasiones interrupciones “salvadas-por-el-timbre”; también dan al terapeuta la oportunidad de ver cómo se maneja la interrupción y cómo se explica la presencia del terapeuta. Puede manejarse el escape temporal de interacciones muy tensas al recordar de pronto a qué cacerola hay que bajarle el gas, o abrir la regadera, o sacar al perro. El paseo, el caminar, tocar el tambor, haraganear —de todo ello es más posible que se eche mano en las casas como conductas de alivio de la ansiedad.

Los niños de todas edades pueden corretear más fácilmente adentro y afuera, según se les antoje, o bien ser dirigidos por sus padres o el terapeuta. Los niños que todavía no están adelantados en modos verbales de interacción pueden traer sus materiales favoritos de juego a las sesio-

nes. A veces, mientras la mitad de su atención se dirige hacia el objeto de juego, la otra mitad proporciona comentarios transparentes como el cristal respecto de la dinámica y problemas de la familia. Los niños han esquematizado los problemas familiares con los elementos del juego, casas de muñecas, muñecos, dibujos, y modelos refinados de mecanos, que son producidos durante la misma sesión, o traídos a la sesión para “mostrar-y-decir”. Si la sesión se llevara a cabo en una oficina, es completamente imposible que pudieran traer esos materiales.

Los niños pequeños y la gente mayor pueden estar presentes más fácilmente cuando la terapia se dirige en los hogares. Los valores y expectativas respecto de esos seres humanos se vuelven muy visibles mediante la manera en cómo son presentados e incluidos (o excluidos) de los asuntos familiares. El terapeuta es capaz de ver si ellos “cuentan” algo en las decisiones familiares al observar cómo se integran en las discusiones.

Muchas veces un asunto significativo se pasa por alto en una familia debido a la omisión de datos, en forma de miembros ausentes o personas no mencionadas. Cuando el lugar de la terapia es el hogar, las oportunidades de conocer a los miembros antes ausentes son más accesibles. Mediante un calendario creativo y con una pequeña ayuda de la familia, el terapeuta puede finalmente lograr reunir al miembro “ausente” (alguien que se había rehusado a asistir a la agencia o al centro). Cuando se hace una visita domiciliaria, las personas que no habían sido mencionadas nunca, pero que son muy significativas, frecuentemente se presentan (*e.g.*, una tía mayor que habita el piso de arriba o un hermano que vive al lado).

Los terapeutas familiares saben que las formas no verbales de comunicación son tan importantes como las formas verbales, si no más. Los gestos que acompañan a las palabras sirven para validar o descalificar lo que se ha dicho. La ropa comunica mensajes acerca del contexto, el *status* social, la autoestima, informalidad frente a formalidad, etcétera. Todas esas cosas son completamente diferentes en escenarios naturales, como los hogares.

Los vestidos de las personas, las maneras, y los gestos en las oficinas normalmente son específicos de oficina. Esto es, el principio de “cuando estés en Roma, sé romano (donde fueres haz lo que vieres)” actúa con toda su fuerza. Cuando los clientes van a la oficina, se visten y se comportan como creen que lo exige la oficina. Son más las veces en que esto no está de acuerdo con las conductas y la vestimenta en otras circunstancias y puede, de hecho, servir a la función de “encubrir” problemas y asuntos serios.

Cuando el terapeuta llega al hogar de la familia, es posible comunicar

el mensaje mucho más significativamente de que se está considerando a *toda* la familia, y no solamente a la persona que “no está bien”. Cuando las familias llevan a la clínica a la persona que “no está bien” para que sea tratada, es más difícil definir el problema como un sistema más que como un problema individual. Las familias que visitan clínicas y oficinas encuentran más fácil dejar al miembro trastornado, sea un niño o un adulto, y regresar más tarde cuando la “parte” ha sido reparada. Este movimiento por parte de la familia no es posible dentro de los hogares.

Cualidades abstractas como confort, tensión, cordialidad, deprivación, alegría, secretos profundos, miedo, espontaneidad, formalidad, farsa, y otros se pueden observar en los hogares. Toda persona que planea incluir visitas domiciliarias en sus destrezas clínicas deberá consultar a Henry y Lewis, valiosos maestros del proceso de documentar esas abstracciones que son la auténtica esencia de la vida de la familia.<sup>2,3</sup>

### *Concretas*

Las propiedades físicas del entorno del hogar pueden verse literalmente de una ojeada. La observación de primera mano es más valiosa que las horas de descripción verbal por parte de los pacientes o los clientes. De hecho, se podría argumentar que es demasiado costoso para las familias exigirles el uso de tiempo de terapia para describir sus ambientes físicos; más bien, es obligación del terapeuta recorgerlos mediante observación directa. Friedman pide a las familias con las que planea trabajar que lo lleven a dar una vuelta por cada cuarto de la casa; al actuar así, informa que él espera de las familias que sean tan abiertas acerca de sus instalaciones donde viven como acerca de su vida sexual o sus creencias religiosas.<sup>4</sup>

Los niños son excelentes guías para esa vuelta. Su comentario durante la marcha acerca del espacio usado o cómo se define el territorio es muy valioso. Se ve un sentido de apertura o lugares fuera de límites. También se hace visible la disponibilidad o la falta de espacio privado. El que se encarga de la limpieza y el cuidado se vuelve parte de la vuelta, y, por ello, una parte importante de la división de trabajo de la familia destaca claramente.

La cocina y las áreas de las comidas proporcionan información útil en cómo se valora la nutrición, y qué patrones existen de adquirir, preparar, y comer los alimentos. El dominio relativo de la comida frente a otras materias, como la recreación, limpieza, y sueño se hace evidente. Si en las propias habitaciones domina o no su función o si todos los



espacios tienen una naturaleza de varios propósitos puede igualmente determinarse.

El espacio asignado a determinadas personas es también importante. Muchas veces el paciente identificado es el que tiene el área más pequeña para dormir, casi siempre sin privacidad, y una señalada ausencia de pertenencias personales en todo el hogar. Si el espacio del hogar está dominado por los niños o los adultos es otra señal importante para las relaciones de poder dentro de las familias. Conocer el mapa territorial permite al terapeuta atender más agudamente a los conflictos de división de trabajo y reclamaciones jurisdiccionales; muchas veces la familia trata de presentar una cara, pero el terapeuta sabe que las señales del espacio muestran lo contrario.

Las fotos familiares son interesantes en función de si existen o están ausentes, cuánto hace que fueron tomadas, y quién está retratado. Donde estén colocadas las fotos sugiere también quién es importante, respetado, recordado, olvidado, etcétera. Las clases de objetos artísticos presentes y cómo están colocados dicen mucho también acerca de los valores y el aprecio familiar. El terapeuta debe desarrollar destrezas para advertir los altares de la familia, esto es, estantes o lugares especiales para títulos, trofeos, premios, certificados, diplomas, etcétera. En una familia cuyos compañeros de matrimonio se presentaron a sí mismos en la clínica debido a que la esposa era frígida, la terapeuta tuvo una nueva visión del problema después de una visita al hogar. La terapeuta había notado que, en un aparador, justo enfrente del lecho matrimonial, había una exposición completa de todos los trofeos de atletismo que el marido había ganado desde secundaria. Era un altar que daba fe de sus proezas, y al mismo tiempo de la incompetencia de la esposa. Otras familias exhiben trabajos de arte de los hijos o pinturas o trabajos de punto de los miembros. En algunos hogares, no hay nada que alguien haya hecho o cultivado, como plantas.

También pueden verse claramente señales concretas del estilo familiar de organización. En algunos hogares, el área del teléfono más cercana al área de mucho paso muestra innumerables mensajes, listas, recordatorios. Algunas familias muy ordenadas mantienen calendarios de quién hace qué tarea, o qué niño tiene que ser recogido dónde y cuándo. En otros hogares, no hay nada de todo eso, lo que sugiere una interacción más limitada con la comunidad en general.

Los vehículos —de qué clase y en qué número— también hablan fielmente de cuán móvil es la familia. Los automóviles proporcionan una correlación muy clara con los valores materiales de la familia y su sentido de cuánta comodidad juzgan ellos que les es necesaria. También indican,

de una manera aproximada, el grado operativo entre unos y otros. Por ejemplo, una familia de nueve con una furgoneta habla de un calendario altamente sincronizado y más miembros que viajan juntos en cualquier momento.

### *Rituales*

Las familias tienen rituales diarios y también acontecimientos especiales menos frecuentes, como cumpleaños y aniversarios, y los asuntos todavía más especiales, como bodas, bautizos, *bar mitzvahs*, funerales, y graduaciones. Los terapeutas harían bien en asegurarse de que la familia los invite a esas ocasiones especiales, para que observen los rituales diarios más mundanos.

Los rituales menores alrededor de levantarse, prepararse para el trabajo o la escuela, tomar las comidas, prepararse para una excursión, o acostarse proporcionan un cuadro rico de cómo la familia ha dispuesto sus interacciones y reglas de organización. Si, durante el transcurso de la terapia familiar, se ha hecho evidente que los conflictos surgen en un momento determinado del día, sería sensato planear entonces una visita, para tener un cuadro claro de la dinámica. Las personas implicadas en un conflicto no son buenas informantes de cómo las cosas fallaron o cuál fue la secuencia de los acontecimientos.

En una familia en la que la madre describía la hora de cenar como “mi diario infierno-en-la-tierra de las 6 p.m.”, la terapeuta llegó media hora antes de que se sirviera la comida y se quedó una hora después. El padre no había llegado (lo que ocurría cada cinco noches de 7); el niño de 9 años dijo que siempre “se paraba a tomar cerveza” hasta que los niños estaban listos para irse a la cama. La madre no dijo nada, pero guardó la mitad de lo que había preparado, dejándolo en la estufa para que estuviera caliente para su marido, murmurando por lo bajo algo acerca de su duro trabajo durante el día. La otra mitad de la comida la dispuso en la mesa para ella, los tres niños, y la terapeuta —una clara desproporción en términos de cantidad. Cada niño tenía un trozo pequeño de pollo, unas cuantas papas fritas, y una pequeña ración de guisantes. Cuando se quejaron de que todavía tenían hambre, se les dijo que terminaran su leche y comieran pan. Ninguno sugirió comer algo de lo que se había guardado para el padre. Los niños empezaron a reñir a la mesa, lo que continuaron dentro de la casa y fuera hasta que la madre les pegó a dos y envió al tercero a que se duchara. Cuando su marido llegó a casa y comió sólo una parte de lo que estaba calentándose en la estufa, la

terapeuta preguntó cómo se había iniciado esta secuencia ritual tan especial y qué función tenía ahora.

En las bodas y en otros rituales más extensos, los patrones de deferencia entre generaciones y entre las dos familias relacionadas son muy ilustrativos. La terapeuta es capaz de visualizar un sociograma vivo y hacer un análisis de interacción de Baley en el sitio mismo. La interacción entre generaciones y la demarcación del *status* de los niños *versus* el *status* de los adultos es también altamente ilustrador.

## DESVENTAJAS

La desventaja de la que con más frecuencia se habla al realizar terapia en los hogares es administrativa o de costo personal. Los administradores están mal dispuestos a ver a los clínicos “perdiendo” tiempo en los viajes de ir y venir con una familia. Cuando la agencia tiene familias que viven en áreas lejanas, esto se convierte en problema en términos de tiempo, y el tiempo es ciertamente dinero. Los clínicos en la práctica privada se niegan a gastar tiempo en viajes hasta las familias porque esto no es por lo común reembolsable directamente, y es visto como una pérdida de ingreso para ese tiempo clínico valioso.

Sin embargo, los clínicos deberían considerar usar provechosamente el tiempo de manejo de ida y de regreso con las familias. Por ejemplo, de camino a la familia, pueden recordarse mentalmente las sesiones pasadas y las estrategias planeadas, o puede ponerse en un tocacintas de baterías la más reciente cinta de audio. El tiempo después de la visita puede dedicarse a grabar en cinta el resumen y las observaciones de uno.

En algunas familias literalmente no hay lugar disponible para una sesión privada con una subunidad de la familia. Por ejemplo, si la pareja marital deseara trabajar sobre dificultades sexuales, sin que oyeran los niños, muchas veces no hay un área a prueba de sonido en dónde hacerlo. En muchas familias pobres, en los meses del invierno, sólo tienen calefacción en una habitación. Si los adolescentes quieren trabajar sobre algunos de sus asuntos privados, se da el hecho de que pueden ser escuchados a través de las delgadas paredes.

En las áreas pobres del interior de la ciudad, la seguridad personal de la terapeuta es una verdadera preocupación. El miedo al daño corporal cuando la terapeuta trata de realizar visitas domiciliarias durante la noche en áreas de los barrios pobres, desorganizados, y peligrosos, no debe ser desestimado.

En familias con muchos miembros y muchos niños, la terapeuta a

veces se abruma con el gran bullicio y la incapacidad para controlar el caos aparente. Esto es especialmente problemático si la terapeuta es hija única o viene de una familia pequeña, ordenada. Se requiere desensibilización, puesto que al cambiar el modo usual de interacción en general, las familias extendidas no son una meta realística o necesaria. Muchas veces una terapeuta adicional podría servir para ocuparse de los ruidosos niños mientras la otra terapeuta dirige la sesión con los adultos. Cuando los adultos son los que producen el desorden, la terapeuta debe decidir si el problema está en el propio patrón de ruido. Si no es así, la terapeuta va a necesitar estrategias personales para soportar el ruido.

En ocasiones, las familias se resisten a la idea de la visita domiciliaria. Este es el caso cuando no quieren que los vecinos sepan que han buscado ayuda en un centro de salud mental o de una terapeuta profesional. Están preocupadas porque el coche extraño o la visitante descubrirán su secreto. También se resisten a las visitas domiciliarias las familias que tienen miembros en el hogar (abuelos, cuñados) que no conocen que este segmento de la familia ha buscado ayuda. En algunas situaciones, la familia ha falsificado los datos relativos a sus ingresos, y no quieren que la terapeuta informe a la oficina del negocio que son gente acomodada.

Los psiquiatras son probablemente los más resistentes y negativos entre los profesionales de la salud en relación con las visitas domiciliarias. Como Bertram Brown puntualizó, “el doctor piensa, en general, que debe poseer un sentido de control y porqué correr el riesgo yendo al hogar”<sup>5</sup>. Algunos psiquiatras dicen que es tarea de la enfermera motivar, a los pacientes que se resisten, a que acudan al hospital o al consultorio del médico. Los psiquiatras se encuentran muy a disgusto cuando piensan en realizar la terapia familiar en los hogares. Ven esto y lo discuten en términos de “reversión de rol” con la familia encargada de ello en vez de ellos. Echan de menos los “puntales”, como escritorios, aparatos de intercomunicación, secretarías, y una persona que haga el papel de niñera para los niños que están delante.

Algunos terapeutas intentan las visitas domiciliarias y las encuentran mucho más desagradables en relación con el “shock cultural”. Los clínicos de clase media, que nunca han visto de cerca la pobreza, encuentran enfrentarse a ella ante todo difícil, si no imposible. Señalan que es una ventaja para la familia cambiar el lugar y acudir a la clínica o a un consultorio para la sesión de terapia; el cambio de sitio teóricamente abre a la familia para un cambio en patrones de integración. Los que no están de acuerdo dicen que la transferencia del aprendizaje de los modos de interacción ensayados en la clínica al ambiente domiciliario nunca sucede realmente.

Los clínicos de clase media también experimentan un shock cultural en el otro extremo del espectro socioeconómico. La mayoría de los terapeutas de clase media con amplia práctica todavía pueden recordar vívidamente su incomodidad al intentar controlarse a sí mismos cuando por primera vez el mayordomo los acompaña hasta la biblioteca de la familia para la sesión familiar.

En casos en los que la ley ha intervenido en los asuntos de la familia, como en las disputas de custodia y cosas así, o procedimientos de prisión, al principio puede no ser apropiado sugerir una visita domiciliaria. La familia puede ver esto como otra intrusión en su privacidad y negarse o mostrarse abiertamente hostil. En esos casos, sólo cuando se haya establecido la relación podría ser útil la visita domiciliaria.

---

#### ESTUDIO DE CASO • LA FAMILIA SCHWARTZ

---

La familia Schwartz incluía a Daniel, un esquizofrénico de 28 años, sus padres, y su hermano menor que vivía fuera de la casa. Los padres tenían un pequeño restaurant judío de golosinas en el que trabajaban 12 horas al día. Los padres se quejaban de la conducta esquizofrénica de Daniel (afecto inapropiado, gritos, acusaciones paranoicas) y su incapacidad para mantener un empleo. Lo llevaron a un centro de salud mental algunos días después de que regresó a casa para vivir con ellos. En el centro, todos estaban bien vestidos, y sus voces eran calmadas y bien moduladas. Se dio entrada al asunto y una terapeuta hizo una cita para hacer una evaluación de toma de contacto en la casa.

La toma de contacto y las siguientes ocho sesiones todas se llevaron a cabo en el departamento de la familia. Las sesiones eran usualmente muy ruidosas, con empujones físicos y ademanes que acompañaban a los argumentos sobre quién tenía que hacer qué y lo que Daniel tenía que hacer con su vida. Daniel actuaba como amortiguador entre su madre y su padre, separándolos físicamente con su enorme cuerpo cuando el conflicto subía de tono. El padre usualmente se refería a él como "Coco" y la madre llamaba compasivamente a Daniel "mi bebé". La ropa habitual de los padres era para estar en casa, ropa interior, y batas o combinaciones raras de *jeans* y camisas descosidas. Daniel se ponía la misma sudadera y el mismo mono de algodón, aparentemente sin lavar, en cada sesión. A veces durante una discusión fuerte, el padre se iba a la cocina durante un corto rato, y luego volvía a discutir otra vez. En esos momentos la madre y el hijo se abrazaban y en ocasiones lloraban. Durante la octava sesión, Daniel agarró un largo cuchillo de cocina y amenazó con acuchillar a sus padres si no dejaban de "¡volverlo loco, loco, loco!" La terapeuta intervino quitándole el cuchillo después de un corto forcejeo. Este episodio la acobardó un poco, y pidió a la familia que acudieran al centro para la próxima visita.

Cuando llegaron al centro para la siguiente visita, no se vio ninguna semejanza con su comportamiento habitual. Todos estaban bien vestidos y arreglados; nunca levantaron la voz. Decían repetidamente que todo estaba bien y que tal vez debía terminar ahora la terapia. Cuando se les volvió a ver en casa, comenzaron rápidamente a trabajar sobre las consecuencias de la simbiosis y la separación de Daniel de la familia.

---

**ESTUDIO DE CASO • LA FAMILIA WHITE**

---

Jean y John White se habían casado antes dos veces cada uno, y tenían niños de cada uno de los cuatro matrimonios. Este matrimonio, de 7 años de duración, había tenido “su” hijo, Jonathan, un niño de 6 años gravemente alterado. Había sido atendido por casi un año en la terapia de juego de una clínica local. En su expediente había varias anotaciones acerca de sus queridos y dedicados padres y sus medios hermanos. La clínica no tenía sospecha de otros trastornos familiares y no había hecho una valoración de la familia.

Una de las muchachas adolescentes, Sara, llamó la atención del departamento de policía; había sido detenida por vender marihuana en la calle, y también era sospechosa de estar implicada en el tráfico de drogas duras. El juez de jóvenes refirió a la familia al centro de salud mental. Cuando la terapeuta llegó a la casa para la evaluación de ingreso, la sala de estar se parecía mucho a un escenario (John era director de escena en el teatro de la ópera). A su vez, John pidió a varios miembros de la familia que se pusieran “al frente y en el centro” y dijeran su parte acerca de Sara y Jonathan, también. Al final, cuando la obra terminó, y todos se sentaron en círculo, la terapeuta hizo algunas preguntas de diagnóstico de sistemas. A medida que surgía la ansiedad de la familia, se descubrió cierta dinámica interesante. Las muchachas adolescentes de Jean (Sara incluida) se apretaban contra John y empezaban a acariciarle sus piernas y muslos de una forma muy provocativa. Decían al unísono cosas como “está bien, corazón; todo va a arreglarse”. El hijo de John apoyaba su cabeza en Jean, y decía “están chaladas, totalmente chaladas”. Jonathan se balanceaba y se chupaba el pulgar y la mano en su extraña manera habitual. Los gatos siameses (cuatro de ellos) maullaban inquietos y deambulaban en la periferia del grupo. Cuando la sesión alcanzó un alto grado de tensión, John y Jean tomaron cada uno un gato y comenzaron a acariciar su barriga; Sara y el hijo hicieron lo mismo. No quedando ya más gatos, la otra muchacha adolescente tomó a Jonathan y lo acariciaba y le hacía halagos exactamente como si lo estuviera haciendo con los gatos. Jonathan sonreía plácidamente y detuvo su conducta de balanceo.

De esta y de las sesiones siguientes, el “problema” de Jonathan recibió una nueva luz como señal de un sistema total gravemente alterado. Esta familia continuó comenzando cada sesión de una manera más bien formal, de puesta en escena teatral, pero luego empezó a trabajar sobre la redefinición de límites, fronteras, y obligaciones de cada miembro de la familia. Sara no tuvo más episodios de delincuencia, y la terapeuta de juego de Jonathan estaba sorprendida de su cambio “espontáneo” de conducta.

---

**ESTUDIO DE CASO • LA FAMILIA SLOAN**

---

Kevin era un niño adoptado de 8 años con un hermano “natural” de 6 años. Los padres llevaron a Kevin al centro para confirmar su creencia de que era esquizofrénico y debía ser instalado en un centro residencial de tratamiento. El dirigir las sesiones de terapia en el hogar reveló ambientes hogareños muy rígidos, casi estériles. Cualquier chispa de espontaneidad que Kevin mostraba era “leída”, por la familia, como conducta alterada. Esta idea fue expresada verbalmente y reforzada tantas veces que Kevin empezó a actuar de ese modo, creyendo del todo que estaba loco.

Las sesiones en el hogar mostraron cuán poca tolerancia tenían los padres por cualquier desviación de sus expectativas. Los padres venían de ambientes de la clase media baja y valoraban más lo poco que tenían que los niños. El hermano más joven había aprendido a adaptarse a sus demandas y casi todo el tiempo permanecía ajeno a todo.

La cocina parecía como si acabaran de instalarla. Nada estaba fuera de lugar, y nunca

se veía un trozo de comida. Estas personas verdaderamente sólo comían para vivir; la comida no era agradable y no era un complemento social.

La terapia familiar en el hogar, durante más de 2 años, resultó en una reevaluación dramática por los padres sobre qué importaba en sus vidas. Las medidas flexibles de esos cambios incluyeron comprar un gato (completado con una caja-cama y juguetes esparcidos por toda la casa) y galletas y dulces repartidos sobre la mesa de la cocina. Los padres están ahora comprometidos en un programa responsable de paternidad. Si esta familia hubiera sido vista en un ambiente clínico, hubieran pasado desapercibidas las señales más importantes acerca de su estilo de vida.

## DISCUSION

Una úlcera duodenal o una tonsilitis aguda parecen lo mismo, tanto si el paciente se encuentra en su casa o en el hospital. No ocurre así con los problemas familiares. Las familias se comportan de maneras totalmente diferentes cuando se encuentran en su propio ambiente, en comparación a cuando se les pide que lo expresen con palabras en un consultorio extraño.

Dirigir las sesiones de terapia en los hogares más que en los consultorios añade una nueva dimensión al entendimiento de las interacciones familiares, sus problemas, y sus estilos de vida. La terapia puede valorar más fácilmente los patrones y las reglas de organización que son sanos y útiles, así como los que son problemáticos o disfuncionales.

El modo exacto o el estilo de los terapeutas en cuanto a su trabajo con las familias puede variar en los escenarios hogareños. Son posibles diferentes grados de formalidad o estructura. Se puede usar equipo de registro portátil para muy buenos propósitos (por ejemplo, como un documento que puede pasarse a la familia para que se dé cuenta de su progreso, o como herramienta de enseñanza para otros maestros).

Por el momento no existe un estudio que haya sido diseñado sistemáticamente e informado en la literatura que arroje luz sobre la eficacia de la terapia en los hogares *versus* los ambientes de consultorio. Se dispone de mayores números de materiales de estudios de caso o anécdotas. Gran parte del problema en diseñar un estudio científico de la terapia familiar en el hogar es la falta real de un método para describir la patología en términos de sistemas de familia. Los esfuerzos en esta dirección están en marcha ya, y surgirán estudios nuevos sobre el lugar más eficaz posible.

Mientras tanto, las enfermeras que trabajan como consejeras con familias tendrán que diseñar sus propios métodos para evaluar la terapia. Los seminarios de personal y los coloquios profesionales pueden proporcionar a la enfermera y a otros profesionales de salud mental la arena para discusiones de contabilidad, eficiencia, y medidas de cambio.

## REFERENCIAS

- 1 Marjorie Behrens and Nathan Ackerman: "The Home Visit as an Aid to Family Diagnosis and Therapy". *Social Casework*, 37, 1:11-19, 1956.
- 2 Jules Henry: *Pathways to Madness* (New York: Random House, 1965).
- 3 Oscar Lewis: *Five Families* (New York: A Mentor Book, The New American Library, Basic Books, 1959).
- 4 Alfred Friedman: "Family Therapy as Conducted in the Home". *Family Process*, 1:132-140, March 1962.
- 5 Bertram Brown: "Home Visiting by Psychiatrists". *Archives of General Psychiatry*, 7:98-107, July-December 1962.



Este capítulo describe cómo una agencia de salud domiciliaria promueve la autonomía e independencia entre sus enfermeras y cómo haciéndolo así facilita un cuidado al cliente de alta calidad.

## CAPITULO TREINTA Y UNO

# **LA AGENCIA DE SALUD DOMICILIARIA: UN ENFOQUE DE MANEJO DE CASO HACIA EL CUIDADO DEL CLIENTE**

EILEEN FIGGE  
SHARON PARKER-ETTER

La Community Health and Nursing Service (CHNS) se organizó en 1898 como la Instructive District Nursing Association por un pequeño grupo de mujeres que tenían interés por los “enfermos pobres” y la tasa de mortalidad infantil en su comunidad. La agencia originalmente se instituyó para

- Dar cuidado de enfermería a los enfermos pobres en sus casas
- Proveer asistencia médica a quienes de otra forma no podían procurarse atención profesional en tiempo de enfermedad
- Fomentar la limpieza
- Enseñanza de un cuidado adecuado del enfermo<sup>1</sup>

Desde 1898, la agencia ha sufrido muchos cambios y ha evolucionado hacia una organización multifacética que incluye un programa de visitas

domiciliarias, abarcando servicios de enfermería, ayudantes de salud domiciliaria, y terapia física, ocupacional y del habla. Otros servicios de la agencia incluyen un programa de nutrición para los pacientes ambulatorios de edad avanzada, un servicio de comidas-sobre-ruedas, servicio de faenas domésticas, clínicas de enfermería para personas ancianas, servicios sociales, y un programa de voluntarios activos. Algunos elementos de la carta constitucional original persisten todavía, pero se incluyen dentro de la misión de la agencia y del compromiso de prestación de salud y servicios relacionados con los residentes no institucionales de la comunidad mediante un programa diseñado para asegurar continuidad de cuidado en la restauración y mantenimiento de la salud y la prevención de la enfermedad.<sup>2</sup>

Las metas del programa de visitas domiciliarias nacen del planteamiento de la misión de la agencia y son

- 1 Proveer cuidado de salud multidisciplinario, completo, profesional sobre una base centrada en la familia para el enfermo, inválido, y lesionado en su lugar de residencia, y promover la mejor recuperación y/o salud posible mediante la implementación de planes de cuidado de salud individualizados.
- 2 Atender a los enfermos imposibilitados e incapacitados en casa que necesitan servicios múltiples de salud para que puedan permanecer en sus propios domicilios.
- 3 Ayudar a que los clientes funcionen al máximo nivel de sus habilidades personales.
- 4 Ayudar a que los cliente usen los recursos apropiados de la comunidad para propósitos de prevención, mantenimiento, y tratamiento, de acuerdo con sus necesidades individuales.<sup>3</sup>

## ENFOQUE DE MANEJO DE CASOS PARA EL CUIDADO DEL CLIENTE

El enfoque de manejo de casos para el cuidado del cliente es algo que es particularmente apropiado para una agencia como el CHNS, que aprueba creencias tales como la dignidad de la humanidad, el cuidado participativo centrado en el cliente, la independencia del cliente en el hogar, el cuidado completo de salud, y la responsabilidad y la confiabilidad para el mantenimiento de la salud. El enfoque de manejo de caso pone énfasis en la delegación del manejo directo e indirecto del cuidado del cliente a la enfermera de salud comunitaria (CHN), junto con la autoridad

apropiada, herramientas, apoyo, y dirección para lograr esta responsabilidad.

Las expectativas de rol de una CHN en un modelo de manejador de caso incluyen las funciones de cuidado primario, la coordinación del servicio, el enlace con la comunidad, la abogacía del cliente, la educación sanitaria, y la supervisión de los servicios del cliente.

## LA ADMISION DEL CLIENTE AL SISTEMA

La admisión del cliente al programa de visitas domiciliarias comienza con una referencia del cliente a la agencia por el coordinador del cuidado hospitalario del paciente, un miembro de la familia, otra agencia comunitaria, un amigo, un vecino, o él mismo. A menudo, antes de que el cliente abandone el hospital, se le proporciona el nombre de la enfermera que lo visitará para que se sienta más a gusto cuando la CHN lo contacte por primera vez. Como manejadora de casos, la enfermera asignada contacta al cliente y hace una cita para la primera visita. Durante la primera visita, la CHN llevará a cabo una valoración sistemática del cliente y su entorno de cara a identificar las fortalezas y las necesidades del cliente y para tener una idea del alcance y el tipo de los servicios que necesita. Durante la etapa temprana de asociación con el cliente, la enfermera incluye a la familia u otro proveedor de cuidado con objeto de involucrarlos mejor en el proceso, y para lograr cualesquiera datos adicionales necesarios para redefinir y validar el diagnóstico de enfermería.

Basándose en el diagnóstico de enfermería, el paso siguiente del manejador de casos es desarrollar, conjuntamente con el cliente y el proveedor o proveedores de salud, las metas centradas en el cliente hacia las cuales todos van a trabajar. Las metas, que se expresan en términos de conductas resultantes del cliente en vez de acciones de enfermería, se convierten entonces en la base para el plan de cuidado del cliente. La responsabilidad para el desarrollo del plan de cuidado recae en el manejador de casos, quien usa la entrada a partir del médico del cliente, el proveedor de cuidado, y personas relacionadas para desarrollar el plan más eficaz y completo posible para el cliente. Nuestra experiencia ha sido que este método de trabajar con el cliente y el proveedor de cuidado alienta la toma de decisiones y la autorresponsabilidad de ambos, y crea un compromiso mayor de su parte para alcanzar las metas establecidas.

La implementación del plan de cuidado es responsabilidad de la manejadora CHN de casos, la que incluirá como parte del plan una declara-

ción, acordada mutuamente por el cliente y el proveedor de cuidado, de quién asumirá qué responsabilidades en la cumplimentación del plan. El énfasis se pone en que el cliente y el proveedor de cuidado asuman la máxima responsabilidad posible. La CHN puede que tenga que administrar el cuidado directo en algunas situaciones, pero su responsabilidad primaria usualmente es la de coordinar la entrega de los demás servicios necesarios para el cliente y la enseñanza. Esto incluye enseñar al cliente y a los demás no sólo acerca de asuntos relacionados específicamente con las necesidades de salud del cliente, sino también qué necesitan saber para tener el mejor uso del sistema de entrega de cuidado de salud en su propio interés.

La evaluación del plan de cuidado y el progreso hecho hacia el logro de las metas del cliente, con inclusión de los ajustes necesarios al plan, es un proceso continuo del principio al final de la asociación con el sistema del cliente. El servicio al cliente continuará mientras exista una necesidad demostrada y validada y mientras la agencia pueda ayudar al bienestar del cliente.

## EL ENFOQUE DE LIDERAZGO COMPARTIDO

Hasta aquí, se puede decir que la gerencia de casos por la CHN es completamente igual que muchos otros enfoques para la enfermería de salud comunitaria. Aparentemente, parece que así es. Sin embargo, son las cosas no evidentes las que la hacen diferente y fomentan la autoestima y la independencia en la enfermera individual.

La filosofía que sustenta el enfoque de manejador de casos se basa en la toma de decisiones descentralizada, la dispersión de planificación, el apoyo de compañeros, y la creencia de que el personal es capaz de ser un recurso excelente para unos y otros. Creemos que esta filosofía ayuda a disminuir la fricción entre el personal y promueve una comunicación eficaz entre él.

En el nivel operacional, las manejadoras CHN de casos son mutuamente iguales y responsables para el director del programa. El director y las demás CHN no pasan por alto o menosprecian al manejador individual de casos con los clientes, aunque pueden cooperar con cada uno en una amplia variedad de formas. En un ambiente así, no se debe dudar en hacer preguntas o buscar consejo de una compañera; más bien, eso es lo que se espera. Realmente, debe haber pensamiento, planificación, y procesos de escenario de metas compartidas que sirvan de cimiento al programa total. Para estar seguros, uno de los factores clave en el éxito

de nuestros esfuerzos es la práctica que nosotras llamamos *liderazgo compartido*.

Un modelo de liderazgo compartido es aquel en el que se han distribuido distintos roles y funciones de liderazgo entre el personal de acuerdo a las destrezas de cada individuo, sus habilidades, y deseo de participar.<sup>4</sup> En este modelo de liderazgo, el propósito del director del programa es ayudar al personal a reconocer y satisfacer sus propias necesidades de involucrarse, de comprometerse, de logro, y de práctica profesional exitosa de enfermería dentro del contexto del programa de la visita domiciliaria y la agencia como un todo.

Debería ponerse énfasis en que el empleo de un patrón de liderazgo compartido no debe implicar en manera alguna abdicación de responsabilidad o autoridad por el líder designado. Más bien, significa que el líder no es la única fuente de motivación, de metas, y de planes para el programa. El director del programa sigue siendo la autoridad responsable tanto en el programa como entre el personal y la comunidad, pero el proceso del desarrollo del programa y su fortalecimiento son compartidos con el personal.

De lo que pensamos se puede deducir fácilmente que no todos los que pueden ser personal potencial estén listos, deseosos, o capaces de trabajar en un escenario de liderazgo compartido. En consecuencia, los candidatos se criban cuidadosamente ateniéndonos a las cualidades que hemos encontrado que mejor ajustan a la persona a nuestra situación. A lo largo de algún tiempo, hemos visto que, primero, la enfermera debe ser capaz de proporcionar cuidado experto de enfermería basado en un profundo conocimiento de la ciencia de la enfermería y la habilidad para usar un juicio firme en la toma de decisiones independiente.

Segundo, se debe estar en contacto íntimo con el “arte de la enfermería”. El arte de la enfermería empieza donde la ciencia de la enfermería termina y compromete la intuición. Las enfermeras que tienen la habilidad de incorporar lo intuitivo conjuntamente con lo científico hallan soluciones para los problemas de cuidado del cliente más fácilmente accesibles a esos problemas.

Tercero, hemos descubierto que un sentido de pensamiento original o creativo es un activo tremendo para nuestro personal. Contribuye al crecimiento y desarrollo totales del individuo y del programa. En nuestro sistema, las distintas ideas son valoradas y juzgadas esenciales para el desarrollo y la entrega de un cuidado de calidad para el cliente. Una persona que posee imaginación y pensamiento original se ajusta mucho más fácilmente al enfoque de manejo de casos y halla menos estrés en

implementar las destrezas necesarias de manejo en la entrega de cuidado al cliente.

Cuarto, una base ética definida personalmente para la práctica de la enfermería profesional es esencial. Ciertamente, la agencia y el programa de visitas domiciliarias tienen postulados claramente identificados de ética y políticas a los cuales debe volverse la enfermera, pero nuestra experiencia nos dice que quien se ha sometido a sus propias creencias éticas usualmente tiene una fuerte orientación de realidad; tiene la habilidad para conceptualizar, para hacer compromisos y ser responsable; está orientado a metas; se preocupa por los demás y es sensible, veraz, y estable. Todas esas cualidades son muy valiosas para la administración de un cuidado de calidad para el cliente y para el ajuste fácil del manejo de casos.

Quinto, y último, nunca se pondrá demasiado énfasis en que el sentido del humor es una de las más deseables cualidades en toda enfermera, y con toda seguridad en una que desea practicar en un contexto de liderazgo compartido y de manejo de casos.

## LLEGAR A SER UN MANEJADOR DE CASOS

Cuando una nueva enfermera se ha incorporado al personal, comienza un programa básico de orientación que dura varios meses. Este programa incluye todos los aspectos usuales de orientación acerca del dónde, cuándo, porqué, y cómo de la agencia y el programa de visita domiciliaria, dedicando también algún tiempo al personal y clientes en las demás áreas de programas de la agencia. Esto último se presenta para que la nueva enfermera pueda hacer uso de esos servicios cuando trabaje con sus propios clientes.

Después de un corto tiempo, la enfermera comienza el proceso de volverse independiente en actividad y gradualmente asume una asignación total de personal. Con experiencia en el sistema, la enfermera desarrolla la competencia esperada en valoración de clientes, establecimiento de metas, desarrollo de planes de cuidado, medición del avance hacia metas, preparación de informes, dirigir conferencias, supervisar y dirigir al personal no profesional, y administración de tiempo. La enfermera también mejora su habilidad para delegar responsabilidad en el cliente y el proveedor o proveedores de cuidado. Durante este tiempo de orientación, mientras se desarrolla el sistema de apoyo de compañeras, y más adelante, el director del programa sigue siendo consultante, consejero, y persona de recursos para la nueva enfermera del personal.

El desarrollo y la educación del personal son partes activas e integrales de la enfermería profesional en el CHNS. Hay un plan centralizado de educación en servicio para todo el personal así como planes individualizados. En estos últimos, la persona trabaja con el director del programa para establecer un plan que le aliente a desarrollar sus propios intereses y habilidades, las cuales, a su vez, proporcionan diversidad y añaden fuerza a todo el personal. Esta filosofía fue sabiamente afirmada por Rudyard Kiplin en este párrafo de un libro favorito, *El libro de la selva*:

Ahora ésta es la ley de la selva  
 –tan vieja y tan cierta como el firmamento,  
 Y el lobo que la guarde prosperará,  
 Pero el lobo que la rompiere deberá morir.  
 Como la enredadera que se ciñe al tronco del árbol,  
 La ley transcurre hacia adelante y hacia atrás,  
 Porque la fuerza de la manada es el lobo,  
 Y la fuerza del lobo es la manada.<sup>5</sup>

Además del programa organizado de desarrollo del personal, también entra mucho desarrollo informal. Trabajamos juntos en un escenario de espacio abierto, donde hay intercambio frecuente de información entre el personal. Hay mucha consulta informal entre nosotros en nuestras áreas personales de buen criterio, pericia, y experiencia, las que en verdad refuerzan el apoyo mutuo y la lealtad entre nosotros, así como el crecimiento personal y profesional. Nos decimos afectuosamente unos a otros “no es pecado el no saber hoy, pero sí es pecado no haber intentado saberlo para mañana”. Puedo asegurarles que esto nos mantiene alertas y nos sirve para hacer uso del buen surtido de recursos materiales disponibles.

Otra actividad que forma parte del desarrollo del personal, e incluso más como parte del enfoque del liderazgo compartido, es el involucramiento del personal en el desarrollo activo y la modificación de normas, criterios, y estándares de práctica dentro del programa de visitas domiciliarias. El personal también trabaja conjuntamente para desarrollar o revisar pautas y mecanismos para el desempeño en la evaluación de la revisión de las compañeras que se basan en las normas, criterios, y estándares acordados.

La evaluación del desempeño individual del personal se intenta primero como herramienta educacional y como método para fomentar el crecimiento y el desarrollo de la persona. El proceso de evaluación es básicamente un esfuerzo de equipo, debido al aspecto de la revisión de compañeras, y al hecho de que todo el personal está implicado en desarrollar y seleccionar los criterios que se van a usar.

La política de la agencia señala que el nuevo personal sea evaluado al final de los dos primeros meses de trabajo y de nuevo al final de lo que es, de hecho, un período de prueba de 4 meses. Los criterios de evaluación usados para esas dos primeras revisiones son criterios de la agencia a partir de la descripción del empleo y los estándares de la enfermería profesional, los cuales se han explicado a la CHN al momento del empleo. El proceso real de la evaluación individual comienza cuando la enfermera usa una herramienta de autoevaluación, la preconferencia, en la que se le invita a que valore su propio progreso hasta ese momento, ya sea desde el empleo o desde la anterior evaluación. Este proceso ayuda a que los individuos identifiquen las áreas de desempeño en las que están marchando bien y las áreas que necesitan refuerzo. A su vez, esos hallazgos se convierten en la base para discusión con el director del programa. Esta conferencia pone la base para lo que los individuos pueden hacer para ayudarse a sí mismos a mejorar su desempeño o añadirlo a lo que puede ser ya satisfactorio o un desempeño mejor. Juntos, el individuo y el director del programa establecen las metas y los estándares de desempeño hacia los cuales la persona trabajará durante el período siguiente de 12 meses. Esas metas y estándares se incorporan luego a la siguiente evaluación de desempeño. De este modo la enfermera conoce claramente cuáles son las expectativas, el marco de tiempo, y los medios con los que alcanzarlas con cualquier ayuda que pueda necesitar del director y compañeras.

Habría que señalar que, aunque la evaluación se planea y calendarice a intervalos regulares, el personal aprecia la dirección constructiva y la retroalimentación precisa en cualquier momento. Ellos desean actuar bien, pero pueden necesitar guía y apoyo cuando se enfrentan a una situación particularmente desafiante y difícil. Ese tipo de apoyo no siempre se necesita en función de lo que más deberían hacer las enfermeras, sino en recordarles que no esperen que en todo momento estén todas las cosas para todos los clientes y alcanzar lo imposible. El elogio a los trabajos bien realizados forma parte también de la retroalimentación día-a-día que la enfermera recibe del director y compañeras.

Hasta aquí, hemos descrito los conceptos de liderazgo y de manejo usados dentro del programa de visitas domiciliarias para promover autonomía e independencia entre el personal en su trabajo diario. Nos apresuramos a añadir que creemos que la verdadera autonomía e independencia en la práctica de la enfermería profesional se basan igualmente en el concepto de *colegialidad*. La colegialidad es compartir la responsabilidad y la autoridad con nuestros colegas, y reconoce que, mediante una colaboración genuina, se potencia el esfuerzo individual. El respeto forma



parte también de la colegialidad en tanto que reconocemos y alentamos la contribución que los demás hacen a nuestra tarea mutua. La colegialidad presenta un reto especial porque implica un equilibrio delicado entre colegas, exigiendo que seamos conscientes de los terrenos extremos y centrales de responsabilidad y autoridad que son nuestras características de unión con nuestros asociados.<sup>6</sup> La colegialidad también proporciona satisfacciones especiales cuando es una realidad que se siente entre colaboradores.

## PARTICIPACION DE LAS ESTUDIANTES

Es nuestra opinión que, habiendo desarrollado y mantenido un programa que proporciona cuidado total de calidad a los clientes y promueve el crecimiento personal, la autonomía, y la independencia entre el personal, deberíamos compartirlo con las que van a ser nuestras colegas. Con esta finalidad, la agencia contrata con una o dos de las escuelas o bachilleratos de enfermería en la comunidad para proporcionar experiencias clínicas en enfermería de salud comunitaria para sus estudiantes.

Conforme las estudiantes participan en el programa de visitas domiciliarias, se vuelven conscientes de que el director facilita un medio profesional que alienta al personal a ayudarse a sí mismo y a los demás de manera tal que se promueve el éxito de todo el sistema. Como dice el dicho, “el éxito trae más éxito”; eso motiva y alienta a nuestro personal a usar su creatividad y a variar su enfoque para la solución de los problemas del cliente y otros relacionados con el trabajo. Las estudiantes están conscientes de eso y se dan cuenta que todo el personal del programa de visitas domiciliarias son modelos excelentes de rol.

Específicamente, hemos visto que las estudiantes son capaces de asumir mayor responsabilidad por el cuidado del cliente puesto que las manejadoras de casos están rodeadas de un fuerte sistema de apoyo de colegas. La responsabilidad de las estudiantes se mejora porque ellas responden por la calidad del cuidado que dan, no sólo al cliente y al miembro de la facultad, sino también al personal que maneja el caso y a la agencia. Quizá por primera vez en la educación de enfermería de las estudiantes, éstas sean percibidas por los clientes y una agencia como profesionales responsables y no como novicias. La respuesta a esto por las estudiantes es la de entusiasmo y mayor autoconfianza, y expectativas crecientes de sí mismas y del cliente en cuanto a lo que pueden realizar juntos. Una de las cosas más agradables de ver en las estudiantes en ese momento es su comprensión de que los clientes que no pueden salir de

casa pueden enfrentar con auténtico éxito sus limitaciones y que el bienestar puede convertirse en realidad, y que no es sólo un concepto de libro de texto.

Para decir lo último, cuando se les da a las estudiantes responsabilidad y autoridad proporcional para tomar decisiones y llevarlas a cabo en la prosecución de cuidado de calidad para el cliente, es una experiencia de aprendizaje gratificante.

## REFERENCIAS

- 1 *CHNS Agency Charter*. (Columbus, Ohio: Instructive District Nursing Association, 1898).
- 2 *Community Health and Nursing Service Annual Report* (Columbus, Ohio: Community Health and Nursing Service, 1981).
- 3 *Policies of the Home Visiting Program* (Columbus, Ohio: Community Health and Nursing Service, 1982).
- 4 David W. Johnson and Frank P. Johnson: *Joining Together: Group Theory and Group Skills* (New York: Prentice-Hall, 1975), p.22.
- 5 Rudyard Kipling: *The Jungle Book* (Kingsport, Tennessee: Kingsport Press, 1895).
- 6 Margretta M. Styles: *On Nursing: Toward a New Endowment* (St. Louis: C.V. Mosby, 1982), pp.142-144.

## BIBLIOGRAFIA

- Bell, Mary L. "Management by Objectives". *Journal of Nursing Administration*, 5, 10:19-26, May 1980.
- Bevil, Catherine W. and Gross, Linda C. "Assessing the Adequacy of Clinical Settings". *Nursing Outlook*, 11, 29:658-661, November 1981.
- Christman, Luther. "Accountability and Autonomy Are More Than Rhetoric". *Nurse Educator*, 3:3-6, July-August, 1978.
- Criske, Karen L. "Accountability: The Essence of Primary Nursing". *American Journal of Nursing*, 79:890-894, May 1979.
- Hull, Richard T. "Responsibility and Accountability Analyzed". *Nursing Outlook*, 12, 29:707-712, December 1981.
- Kohnke, Mary F. "The Nurse's Responsibility to the Consumer". *American Journal of Nursing*, 78:440-442, March 1978.
- Manthey, Marie. "A Theoretical Framework for Primary Nursing". *Journal of Nursing Administration*, 6, 10:11-15, June 1980.
- McClure, Margaret L. "The Long Road To Accountability". *Nursing Outlook*, 1, 26:47-50, January 1978.
- Partridge, Ray B. "Nursing Values in a Changing Society". *Nursing Outlook*, 6, 26:356-360, June 1978.
- Stryker, Ruth. "How to Develop a Therapeutic Community". *Journal of Nursing Administration*, 4, 10:14-17, April 1980.

La practicante de enfermería en un sistema emergente de cuidado de salud pone énfasis en la responsabilidad del cliente por los resultados del cuidado de salud.

## CAPITULO TREINTA Y DOS

# LA PRACTICA DE LA ENFERMERIA DISTRIBUTIVA EN UNA ORGANIZACION DE MANTENIMIENTO DE SALUD

MARY ELLEN YAHLE

Debido a que la provisión del cuidado de salud está sujeta a la evaluación y la institución de alternativas, la enfermería, como la profesión más extendida de salud, debe desempeñar una parte activa en la planificación del cambio innovativo. La incorporación del concepto de cuidado primario y la emergencia de tales sistemas de cuidado de salud como organización del mantenimiento de la salud (HMO, *health maintenance organization*) da la oportunidad para actualizar los patrones de la carrera de enfermería distributiva.

## EL SISTEMA DE MANTENIMIENTO DE SALUD

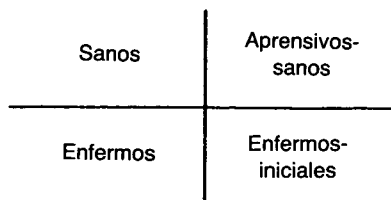
Cada individuo dentro de un sistema social es un organismo complejo que responde, en un *continuum* de tiempo-espacio, a una amplia variedad de estímulos: físicos, fisiológicos, psicológicos y sociales. Cualquier cam-

bio, sea del desarrollo o inesperado, tendrá un efecto sobre el individuo o individuos que están en contacto con él. Un nuevo vecindario, un cambio en los empleos, un suspenso en un curso escolar, un nuevo niño, una pierna rota, un ataque cardíaco de un amigo, un nuevo presidente, la muerte de uno de los padres –todo será experimentado de distintas maneras por cada individuo.

La organización del mantenimiento de salud se ha diseñado para que responda a las necesidades cambiantes del cuidado de salud de su población cliente –un grupo de individuos complejos que responden a una gran variedad de estímulos. Para colmar las necesidades dinámicas de sus miembros individuales, el sistema de cuidado de salud debe proporcionar servicios totales basados en un *continuum* de salud-enfermedad.

Uno de tales sistemas es el Arizona Health Plan localizado en Phoenix. Establecido en cooperación con los Family Health Associates, Inc., y el Connecticut General Medical Program, proporciona cuidado de salud en una base de pago anticipado para contratar organizaciones empleadoras cuyos empleados tienen la opción de inscribirse en el Arizona Health Plan o buscar alternativas de seguro de salud. Si se inscriben en el Health Plan, deben hacerlo como unidades familiares. Por lo menos un miembro adulto por cada unidad debe ser empleado y todos los miembros deben residir en Maricopa County, Arizona. Los miembros pagan mensualmente primas de seguro y están de acuerdo en participar activamente en mantener niveles óptimos de salud.

Satisfacer las necesidades de cuidado de salud de esta población exige aceptar el concepto de salud-enfermedad sobre un *continuum* en el tiempo. Por ello, el Arizona Health Plan ha adoptado las categorías de clientes sugeridas por Garfield:<sup>1</sup>



La explicación de esta clasificación clarificará las necesidades específicas de salud en cada categoría.

**Sanos:** Los individuos que se sienten así mismos como sanos, que no presentan síntomas clínicos o hallazgos diagnósticos, y que son percibidos como sanos por los profesionales de la salud.

**Aprensivos-sanos:** Los individuos que se perciben a sí mismos como experimentando síntomas cuando no puede identificarse una enfermedad estructural de base; quienes, a pesar de visitas frecuentes a la HMO, no experimentan cambio significativo y por ello sienten frustración dentro de sí mismos y con los profesionales de salud.

**Enfermos-iniciales:** Individuos que se perciben a sí mismos y que son percibidos por los profesionales de la salud como asintomáticos pero que tienen una enfermedad identificada crónica por naturaleza, y que requieren control y manejo para mantener su estado de bienestar.

**Enfermos:** Los individuos que se perciben a sí mismos y que son percibidos por los profesionales de la salud como experimentando hallazgos médicos/clínicos significativos que indican procesos activos patológicos.

Los individuos identificados como aprensivos-sanos, sanos, y enfermos-iniciales, requieren enfoques de salud basados en la definición de Lysaught de *cuidado*: intervenciones para individuos en estado de bienestar e intentos para mantener ese *status*.<sup>2</sup> El uso de personal de enfermería profesional en la práctica de la salud distributiva es la más apropiada para esos individuos. Los que han sido identificados como enfermos requieren enfoques basados en la definición de Lysaught de *curación*: el tratamiento y el manejo de la enfermedad o la lesión una vez que ha ocurrido.<sup>3</sup> Esos individuos requieren la intervención activa del médico, la enfermera, y el personal paramédico en la restauración del individuo a un estado de bienestar; esto ha sido identificado como una función de la práctica de la enfermería episódica.<sup>4</sup>

## LA ENFERMERIA DISTRIBUTIVA EN LA HMO

El cuidado de la enfermería distributiva pone énfasis en la práctica de la enfermería que está orientada fundamentalmente hacia el mantenimiento de la salud y la prevención de la enfermedad. Esta se entiende como algo continuo por naturaleza, raramente aguda, y como tomando lugar en forma creciente en la comunidad o en las agencias de cuidado de salud que surgen. No puedo pensar en un lugar más apropiado para practicar la enfermería distributiva que no sea la organización de mantenimiento de salud, lo que hago como una especialista de enfermería clínica que funciona como proveedora de cuidado primario en un departamento de neuropsiquiatría.

Cada vez más, las enfermeras se preparan para asumir posiciones autónomas, para servir como agentes de cambio, para funcionar como abogados de los clientes, y para participar completamente en equipos

multidisciplinarios de salud. Para satisfacer las necesidades cambiantes del cuidado de salud, se han desarrollado niveles de enfermería clínica, cada uno de ellos con educación especializada, entrenamiento, y responsabilidades. El desarrollo de la enfermería general, la practicante de enfermería, y la enfermera clínica especialista ha impactado la profesión y a otros profesionales de salud.

En el Arizona Health Plan, la enfermera profesional en las tres categorías está asumiendo una mayor responsabilidad por la provisión directa del cuidado de salud. A medida que se han implementado enfoques de salud orientados a las poblaciones designadas como sanas, aprensivas-sanas, y enfermos-iniciales, la enfermera se ha involucrado cada vez más en la distribución del cuidado primario y, por ello, es capaz de actualizar los conceptos de la práctica de la enfermería distributiva.

En el Arizona Health Plan, la enfermería en la sala de urgencias es la que tiene que responder a los clientes clasificados como enfermos –los que están sufriendo una condición aguda o una exacerbación de la enfermedad o la lesión. En esta facultad, la enfermera general proporciona servicios de apoyo en la vigilancia de signos y funciones vitales, y ayudando con los tratamientos médicos. Cuando el cliente en la sala de urgencias es identificado como aprensivo-sano o enfermo-inicial, la enfermera realiza consejo de salud y refiere al cliente al departamento indicado de la HMO. Así, los enfoques basados en los conceptos de cuidado distributivo se desempeñan en un escenario de curación episódica.

La dirección de equipo es una función de la enfermera general en los departamentos de práctica familiar, medicina interna, pediatría, y cuidado de urgencias. El énfasis se pone sobre el manejo del flujo de clientes y los patrones de dotación de personal así como en el funcionamiento del departamento, más que en la intervención primaria con los clientes.

Las enfermeras con conocimiento y habilidades especializadas se usan en los departamentos de medicina interna y de evaluación de salud. La enfermera implicada en cardiología proporciona servicios a la población enferma-inicial con problemas de hipertensión y síntomas cardíacos controlados. Sus funciones incluyen valorar, planear, implementar, y vigilar los enfoques del tratamiento que incluyen dieta, medicamentos, y ejercicio; establecimiento de clínica de problema específico para clientes con hipertensión; y dirigir los exámenes físicos para los pacientes nuevos referidos y los que se presentan para seguimiento.

La enfermera en el departamento de evaluación de salud está implicada con los procedimientos de cribaje (*screening*) de salud. Hace las historias médico-sociales y participa en los exámenes físicos. Los hallazgos de éstos los evalúa conjuntamente con los datos de laboratorio. Así,

identifica a los clientes de alto riesgo y enfermos-iniciales, a los que refiere para su manejo por los profesionales de salud adecuados. Además, participa en la clínica de problema-específico para el manejo de la hipertensión, la diabetes, y el estrés.

La enfermería sanitaria de campo es una especialidad dentro de la HMO que requiere por lo menos preparación de nivel de bachillerato y experiencia de trabajo con familias en la comunidad. Los clientes que se ven pueden ser aprensivos-sanos, enfermos-iniciales, o enfermos; con mucha frecuencia, algún cliente a lo largo de un período de tiempo es identificado en las tres categorías. Las interacciones con los clientes tienen lugar en la HMO, el hospital, o el hogar del cliente. Las funciones de esta enfermera son variadas e incluyen poner en claro y coordinar las comunicaciones para clientes, sus familias, profesionales de salud, y consultantes; valorar y vigilar las condiciones de los clientes, implementar los planes de tratamiento y de enseñanza antes y después de la hospitalización y sobre una base de pacientes ambulatorios; y verificar la necesidad de una hospitalización prolongada y la preparación de los planes para dar de alta. Un aspecto importante de esta intervención de enfermería implica dar información y contactos de asistencia para el cliente y la familia. Se encarga de específicos tales como el uso de equipo y tratamientos especializados para el cuidado en el hogar; valoración de las medicaciones, alimentación intravenosa, dieta, y ejercicios; curas y curación y tracción de las heridas.

La enfermera profesional en el programa de dependencia del alcohol y drogas interviene directamente con los individuos y sus familias identificados con el problema de abuso de drogas. Esos clientes se clasifican como aprensivos-sanos y enfermos-iniciales. Esta enfermera proporciona valoración de los problemas de bebida o abuso de drogas; programas educacionales para promover el entendimiento de esos problemas y proporcionar modos alternativos para enfrentar el estrés; vigilar el plan de tratamiento establecido para los clientes individuales; y adelantar programas para identificar los efectos del problema y el tratamiento para el cliente y la familia.

Las practicantes de enfermería son enfermeras registradas que han recibido un entrenamiento formal especializado en áreas específicas de interés a continuación del programa básico de enfermería. El foco de su compromiso en esta habilidad es con el cuidado directo del paciente en pediatría y en la práctica familiar. La practicante de enfermería de planificación familiar proporciona intervención directa para clientes identificados como sanos, aprensivos-sanos, y enfermos-iniciales. Proporcionan programas de cribaje (*screening*) usando la historia médico-social, pruebas

de laboratorio, y exámenes físicos; realiza procedimientos diagnósticos como frotis de Papanicolaou, exámenes de mama, frotis vaginales, y toma de cultivos; e inicia y sigue mediante protocolos médicos específicos los métodos de control natal, vaginitis, valoraciones de infertilidad y embarazo, embarazo normal durante el primer trimestre, e infecciones del tracto respiratorio superior y urinario. También proporciona programas de educación formal e informal sobre sexualidad, anatomía y fisiología ginecológica, estados de salud-enfermedad, opciones de planificación familiar, alternativas para el embarazo, enfermedades venéreas, y autoexamen de pecho.

La practicante de enfermería de práctica familiar ve una población compuesta por clientes sanos, aprensivos-sanos, y enfermos-iniciales. Esta enfermera proporciona una valoración del estado de salud basado en la historia de salud, el examen físico, y los hallazgos de laboratorio. Inicia y sigue mediante protocolos médicos específicos condiciones agudas tales como infecciones del tracto respiratorio superior y urinario, vaginitis, y fracturas. Prepara para las pruebas de embarazo. Trabaja con individuos y grupos para el manejo de los problemas crónicos de salud de la diabetes, la hipertensión y la obesidad.

Las practicantes de enfermería pediátrica intervienen con lactantes, niños, adolescentes sanos, aprensivos-sanos, y enfermos-iniciales, y sus familias. Funcionan en el consultorio, el hospital, y el hogar para proporcionar valoración del crecimiento y desarrollo normales y siguen de principio a fin el cuidado para clientes identificados como de riesgo alto. Participan en programas de cribaje (*screening*) para alteraciones cerebrales mínimas, incapacidades de aprendizaje, aptitud escolar, e inmunizaciones. También dirigen exámenes de rutina de “sanos” para la escuela, campismo, y atletismo; además, inician protocolos médicos específicos para otitis, faringitis, dermatitis del pañal, infecciones del tracto respiratorio superior, problemas de alimentación, y manejo de condiciones crónicas de salud como el asma. Las practicantes de enfermería pediátrica promueven educación formal e informal sobre crecimiento y desarrollo, manejo infantil, enfermedades usuales de la infancia, y autoexámenes de pecho para las madres.

Una enfermera profesional es responsable de la educación de la población cliente y el personal del Health Plan. Participa directamente con la población cliente sana, y en colaboración con otras agencias de salud proporciona educación sanitaria para los aprensivos-sanos y los enfermos-iniciales. Sus funciones incluyen establecer programas orientados hacia una vida plenamente sana, dieta mejorada, factores de alto riesgo, y detección temprana de la enfermedad, y distribución de literatura que



proporcione información sobre el mantenimiento de la salud. Dentro de la agencia es responsable del desarrollo del personal y su enseñanza; colabora en la planificación de la clínica de diabetes, hipertensión, obesidad, síndromes dolorosos de la parte inferior de la espalda, y problemas pulmonares.

Las enfermeras que están funcionando en el área de la HMO de asuntos de los consumidores y marketing sirven como abogados para los clientes y para el sistema del cuidado de salud. Explican el paquete de beneficios del Arizona Health Plan a los clientes potenciales. También llevan a cabo la evaluación de los servicios y beneficios, clarificando las inquietudes de los miembros y dándoles sugerencias para una intervención posterior. Así, facilitan la retroalimentación entre los profesionales del plan de salud y los miembros de la HMO.

Las enfermeras preparadas a nivel de maestría funcionan en los departamentos de obstetricia y ginecología y de neuropsiquiatría. La especialista clínica materno-infantil trabaja primariamente con mujeres sanas gestantes, y mujeres aprensivas-sanas y enfermas-iniciales con problemas ginecológicos. Proporcionan cribaje (*screening*) para mujeres con embarazos de alto riesgo; planificación y manejo para mujeres con embarazos normales y problemas ginecológicos; y educación para grupos prenatales y postnatales. En colaboración con las practicantes de enfermería pediátrica, dirige las clases de cuidado materno-infantil.

Como especialista clínica en enfermería de salud psiquiátrica-mental, mi función primaria es proporcionar cuidado directo a los clientes identificados como aprensivos-sanos y enfermos-iniciales.

## LA ENFERMERIA DISTRIBUTIVA Y LA SALUD MENTAL

Mi filosofía y la orientación del departamento de neuropsiquiatría exige que el cliente se vuelva activamente implicado en la planificación y el proceso del tratamiento. Después de todo, es *su* terapia. Esta implicación da la oportunidad al cliente de volverse responsable del mantenimiento de su propia salud física y mental tal como se especifica en el contrato con la HMO.

Los demás profesionales de salud mental en el departamento y yo usamos los conceptos de psicoterapia de corto plazo, con énfasis especial sobre la negociación de los contratos de tratamiento y el establecimiento de metas específicas de conducta y actitud para facilitar el cambio del cliente. Creemos que la terapia de corto plazo proporciona la intervención más apropiada y eficiente dentro del escenario del mantenimiento de

salud porque el énfasis se pone sobre el “aquí-y-ahora” y sobre la identificación de metas basadas en la realidad para restablecer el bienestar del cliente. En consecuencia, nuestra política designa los clientes elegibles para la terapia de corto plazo como los que están sufriendo problemas de origen reciente y aquellos cuyos problemas pueden resolverse dentro de un corto período de tiempo.

Los individuos se refieren al departamento de neuropsiquiatría por un profesional de cuidado de salud, casi siempre el médico familiar o el proveedor primario. La verificación del departamento, que incluye una serie de pruebas psicológicas y psiquiátricas, se realiza antes de que el cliente acepte el tratamiento. Esta verificación se repite a continuación del cumplimiento del contrato de tratamiento para señalar los cambios y proporcionar retroalimentación al cliente y a la terapeuta. A continuación de la verificación inicial, el cliente es evaluado\* por los profesionales de salud mental, los que hacen recomendaciones para el plan de tratamiento. En este momento, el cliente puede dejar el sistema de salud mental y ser referido otra vez al proveedor de cuidado primario en el Health Plan o ser referido a otra agencia comunitaria para el tratamiento de largo plazo. El cliente es aceptado para cuidado (fig. 32-1) si eso es lo apropiado para las necesidades del cliente y dentro de los límites de tratamiento del departamento.

Recibo mi carga de casos de clientes sirviendo como “válvula de admisión” sobre una base de rotación conjuntamente con otros profesionales de salud mental. Una vez que un cliente es designado como apropiado para el tratamiento, el cliente y yo procedemos a las negociaciones del contrato. Con frecuencia, el cliente debe ser educado en el proceso de la lectura del contrato. Esta negociación se convierte en una estrategia temprana e importante de intervención. El cliente y yo nos ponemos de acuerdo para trabajar, durante un intervalo de tiempo acordado, en los problemas identificados del cliente. Los planes y estrategias de tratamiento se establecen entonces mutuamente para ayudarlo a alcanzar sus metas. Dependiendo de sus problemas y metas, el cliente puede contratar para la psicoterapia individual, de grupo, familiar, o de la pareja.

Además del contrato general de tratamiento, se usan como estrategias de intervención contratos individualizados basados sobre problemas específicos. Por ejemplo, un contrato de antisuicidio se hace con individuos

\* La *evaluación* se refiere aquí específicamente a su uso en la HMO. En este escenario, la evaluación se refiere a la valoración del cliente y su problema y la evaluación de su conveniencia para el tratamiento dentro del departamento.

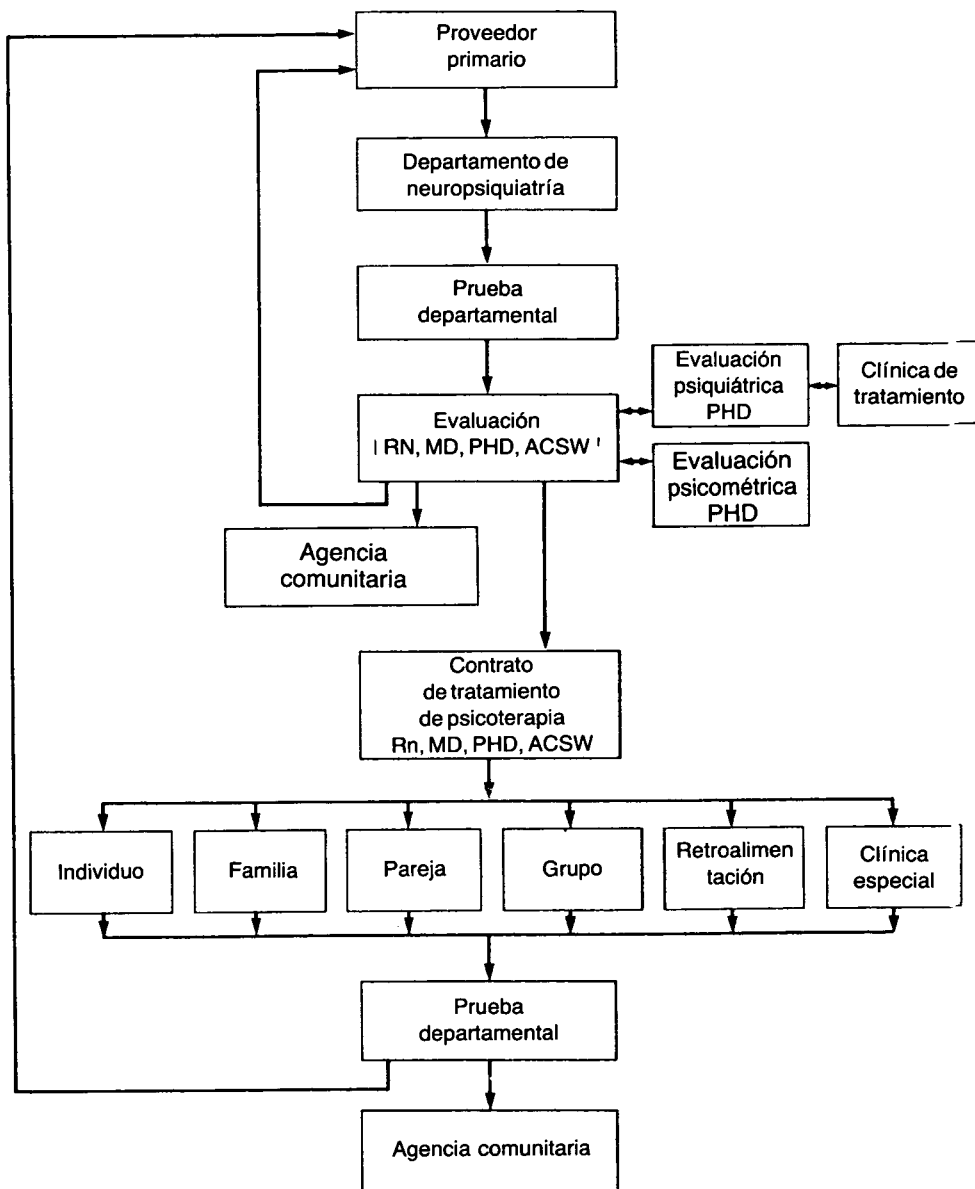


FIGURA 32-1  
 Proceso de referencia en el departamento de neuropsiquiatría.

preocupados con el control del impulso autodestructivo. El acuerdo de no dañarse a sí mismo estructura las acciones del cliente al proporcionarle fronteras para una conducta aceptable, reforzando así el tratamiento más prolongado con la terapia y el acuerdo original del cliente con el Arizona Health Plan para mantener niveles óptimos de salud.

Además de la psicoterapia individual, de grupo, familiar, y de pareja, se han instalado clínicas de problemas especiales para ayudar a los clientes a enfrentar las inquietudes comúnmente identificadas de adolescentes y mujeres, como los de crecimiento y desarrollo normales, entrenamiento de asertividad, identidad emergente, sexualidad, y técnicas de solución de problemas. Se están desarrollando otros problemas clínicos especiales para ayudar en el manejo del estrés, tabaquismo, y eficiencia de los padres. Una clínica de cefalalgias ofrece cribaje (*screening*) y valoración del origen del problema, alternativas para el uso excesivo de medicación, e información acerca de dieta, ejercicio, y estrés en relación a los síntomas.

La terapia de retroalimentación me interesa especialmente, y la he usado como una intervención para algunos individuos clasificados como aprensivos-sanos y enfermos-iniciales. Esta técnica ayuda al cliente con un síntoma físico identificado que interfiere de distintas maneras con su estado de vida a volverse más consciente de las respuestas interrelacionadas emocionales, sociales, bioquímicas, y fisiológicas de su cuerpo al estrés y la relajación. Con el uso del entrenamiento autógeno de relajación y retroalimentación sensorial, vigilado con equipos especializados, animo al cliente a controlar la sintomatología y a aprender respuestas más apropiadas a la percepción del estrés.

Como miembro del equipo de salud mental, comparto mis responsabilidades clínicas con psiquiatras, psicólogos, y trabajadoras sociales. Además de la terapia, otras responsabilidades del equipo de salud mental incluyen planificación de largo alcance, selección de personal nuevo, revisión de compañeros, y evaluación de la eficiencia del programa. Como miembro del equipo más grande del Health Plan, trabajo en colaboración con otras enfermeras profesionales en la preparación de programas, revisión de compañeras, y planificación de largo alcance, y con los médicos en el establecimiento y la vigilancia de enfoques de tratamiento y planificación de programas. Así, la organización de mantenimiento de salud ofrece un escenario de funcionamiento colaborativo para ayudar a los clientes a maximizar su potencial de salud.

## CONCLUSION

La organización de mantenimiento de salud exige que el cliente acepte su responsabilidad legítima para los resultados de su conducta relacionada con la salud, mientras que pone a su disposición una amplia gama de servicios de salud-enfermedad adecuados para la gente sana, aprensiva-sana, enferma-inicial, y enferma. Para la practicante de enfermería, la HMO presenta un escenario en el que enfermeras preparadas en distintos niveles pueden funcionar en colaboración mutua y con otros profesionales del cuidado de salud para proporcionar servicios de salud que optimicen modos de vida sana para los clientes-suscriptores con énfasis en la promoción, el mantenimiento, la recuperación de la salud, y la prevención de la enfermedad. Así, veo a la organización de mantenimiento de salud como el escenario para la práctica de la enfermería distributiva.

## REFERENCIAS

- 1 Sidney Garfield: "The Delivery of Medical Care". *Scientific American*, 22:15-23, April 1970.
- 2 Jerome P. Lysaught: "Distributive Nursing Practice: Development and Fusion of Roles". *Action in Nursing* (New York: McGraw-Hill, 1974), p.182.
- 3 *Ibid.*, p.181.
- 4 Report of the National Commission for the Study of Nursing and Nursing Education: *An Abstract for Action* (New York: McGraw-Hill, 1970), pp.91-92.

## BIBLIOGRAFIA

- "The HMO Approach To Health Care: Are Health Maintenance Organizations Finally Taking Hold?" *Consumer Reports*, 47:246-250, May 1982.
- Patterson, D. Y. "The Future of Health Maintenance Organizations". *Hospital and Community Psychiatry*, 33:746-749, September 1982.
- Schenk, C. "HMOs and Nursing". *Georgia Nursing*, 41-44, December 1981.

Este capítulo presenta un marco de sistemas para estudiar y practicar la enfermería de salud ocupacional como una especialidad dentro de la práctica de la enfermería distributiva.

## CAPITULO TREINTA Y TRES

# LA PRACTICA DE LA ENFERMERIA DISTRIBUTIVA EN LA SALUD Y LA SEGURIDAD OCUPACIONAL

CHARLENE C. OSSLER

El escenario de trabajo presenta una oportunidad única para la práctica de la enfermería distributiva. El proveedor más importante de cuidado de salud en los lugares de trabajo es la enfermera de salud ocupacional. Ella trabaja con un equipo de profesionales o sola para promover la salud y seguridad óptimas para los conjuntos de población trabajadora.

Aunque este grupo de población se encuentra esencialmente bien, los trabajadores están expuestos a múltiples riesgos potenciales que interactúan con sus *status* de salud y sus conductas de estilo de vida. Esas interacciones pueden colocar en riesgo al trabajador; por ello, la meta de un programa de salud y seguridad ocupacional es prevenir o minimizar esas interacciones que comprometen la salud y la seguridad del trabajador. Este capítulo presenta un marco de sistemas para estudiar y practicar la enfermería de salud ocupacional.

## LA ENFERMERIA DE SALUD OCUPACIONAL

La enfermería de salud ocupacional es la síntesis de los principios de enfermería y de las ciencias de salud pública para conservar la salud de los trabajadores en todas las ocupaciones. Esta especialidad incluye la prevención primaria, secundaria, y terciaria y requiere destrezas y conocimiento en cuidado de salud distributiva, epidemiología, ecología, toxicología, y seguridad. La enfermera de salud ocupacional emplea destrezas de proceso para satisfacer las necesidades cambiantes del cuidado de salud de un grupo de trabajadores así como de una organización de negocios. Considerada como un subgrupo de la enfermería de salud comunitaria/pública, la enfermería de salud ocupacional es una de las más viejas especialidades de enfermería.

Hay dos hechos registrados de enfermeras que trabajaban en salud ocupacional en el Siglo XIX. Betty Moulder fue contratada por un grupo de compañías mineras de carbón de Pennsylvania en 1888 para cuidar a los mineros enfermos y accidentados y a sus familias. Ada Mayo Stewart fue contratada en 1895 para implementar un servicio de cuidado de salud para los empleados y sus familias de la Vermont Marble Company. La enfermería de salud ocupacional y la comunitaria eran en ese tiempo más sinónimas que ahora porque muchas comunidades eran “ciudades de compañías”. La mayoría de los residentes de una comunidad eran empleados de la compañía principal de la ciudad. La enfermera de salud ocupacional proporcionaba servicios de cuidado de salud en el hogar así como en el lugar de trabajo.

El concepto de programas de salud para empleados fue adoptado muy lentamente por las empresas. La Primera Guerra Mundial trajo incremento de productividad y una extensa fuerza de trabajo que incluyó a las mujeres. Esto provocó un incremento en el número de enfermeras de salud ocupacional de 60 en 1914 a 871 en 1918. Un fenómeno similar ocurrió en 1943 cuando el número aumentó a 11,000. La Social Security Act de 1935 dio más impulso al otorgar fondos federales para establecer departamentos a nivel estatal de salud y seguridad ocupacional. Muchos de ellos emplearon a enfermeras consultantes de salud ocupacional.

La pérdida de fondos y del énfasis federal sobre la salud y la seguridad de los trabajadores están asociados a un descenso en el número de enfermeras y programas de salud ocupacional desde 1950 a 1965. El aumento consiguiente en los informes de lesiones y enfermedades relacionadas con el trabajo y la aprobación en 1970 de la Occupational Safety and Health Act logró hacer que resurgiera la enfermería de salud ocupacional. Existen

ahora aproximadamente 28,000 enfermeras de salud ocupacional y se espera una demanda anual de 600 nuevas enfermeras de salud ocupacional.<sup>1</sup>

El rol de la enfermera de salud ocupacional es uno de los más variados en la profesión. Mientras que la enfermera de salud ocupacional sigue teniendo la responsabilidad de los servicios directos de enfermería para los trabajadores, la enfermera también puede involucrarse en el manejo del control de pérdidas, de la vigilancia ambiental, y del desarrollo y la evaluación de los programas. Este rol de expansión requiere que las enfermeras de salud ocupacional usen un enfoque sistemático para analizar la organización dentro de la que trabajan y las necesidades de los empleados.

## UN MARCO DE SISTEMAS

La figura 33-1 ilustra un enfoque de sistemas para la enfermería de salud ocupacional. Como un subsistema que funciona dentro de una organización de negocio, la unidad de salud ocupacional es influida por el ambiente

**ENTORNO** (Factores contextuales): Legislativos – Económicos – Socioculturales – Políticos

### ENTRADAS

Trabajadores y familias  
Equipo de salud y seguridad ocupacional  
Manejo de organizaciones industriales/de negocio  
Instalaciones  
"El trabajo"  
Riesgos relacionados con el trabajo

### PROCESOS DE RENDIMIENTO

Administración de los procesos  
Provisión de cuidado de salud  
Consejo, educación de salud  
Colaboración con el equipo de salud ocupacional  
Vigilancia del entorno  
Manejo del control de pérdida  
Consulta  
Educación  
Investigación

### SALIDAS

Servicios de salud ocupacional  
Estado de salud de población agregada  
Grupos blanco, programas especiales  
Sistemas de registro  
Informes  
Cambio de la conducta del trabajador  
Modificación o protección contra riesgos

### EVALUACION (retroalimentación)

Análisis de costo-beneficio  
Marketing de los procesos de salud ocupacional  
Estudios epidemiológicos  
Auditorías  
Estándares  
Evaluación del estado de salud  
Salud y seguridad de los trabajadores

FIGURA 33-1

Marco de sistemas para la enfermería de salud ocupacional.



de este suprasistema. Los principales factores del entorno o contextuales que afectan a los negocios son legislativos, económicos, socioculturales, y políticos.

El impacto de la legislación ha sido una preocupación creciente para la industria. Citando las últimas 2 décadas de promulgación de leyes por el congreso, los industriales se quejan de una “avalancha de reglamentaciones”. Antes de la mitad de la década de 1961-1970, el congreso cabildeaba eficazmente para minimizar cualquier interferencia reguladora con el proceso de la libre empresa. El efecto combinado de los derechos civiles, los movimientos femeninos, y ecológicos y la mayor conciencia y preocupación pública sobre la salud y la seguridad ocupacional promovieron el decreto de varias leyes que afectan a la industria. Las más significativas de esas leyes se relacionan a continuación.

---

LEGISLACION Y DECRETOS EJECUTIVOS CON IMPORTANCIA  
PARA LA SEGURIDAD Y LA SALUD OCUPACIONAL

---

1964	Civil Rights Act
1966	Federal Metal and Non-Metallic Safety Act
1969	Federal Coal Mine Safety and Health Act
1970	Occupational Safety and Health Act
1970	Environmental Protection Agency Established
1970	Customer Product Safety Commission Established
1972	Equal Employment Opportunity Act
1972	Noise Control Act
1972	Clean Water Act
1976	Resource Conservation and Recovery Act
1976	Toxic Substances Control Act
1978	Quiet Communities Act

---

La Civil Rights Act de 1964 y la Equal Employment Opportunity Act de 1972 ambas fijaban restricciones sobre las políticas de contratación y empleo del individuo. Una de las reglamentaciones principales de la última Act fue la prohibición de la contratación discriminatoria sobre la base de la invalidez. En consecuencia, todos los factores probados en un examen de preempleo debieron demostrar ser necesarios para el desempeño adecuado del trabajo. Cada prueba empleada para valorar los factores relacionados con la aptitud para el trabajo deben demostrar que son un determinante seguro de esos factores. Como resultado, se volvió difícil rechazar dar empleo sobre la base del examen médico, y al examen

de preempleo se le dio el nuevo nombre de examen de precolocación. La Federal Metal and Non-Metallic Safety Act de 1966 y la Federal Coal Mine Safety and Health Act de 1969 fueron aprobadas después de una serie de accidentes fatales en esas industrias. Fueron precursoras de la Occupational Safety and Health Act (OSHAct) de diciembre de 1970 para proteger a todos los trabajadores. Cada ley decretó que eran obligatorios los estándares de salud y seguridad de los trabajadores. Durante el período de aprobación de varias de esas leyes, el público se volvió más interesado con los problemas ambientales. Como consecuencia, la dependencia del ejecutivo constituyó en 1970 la Environmental Protection Agency. Las responsabilidades principales de esta agencia son proteger el aire y el agua y regular los pesticidas, las sustancias tóxicas, y la radiación. La Consumer Product Safety Commission se estableció ese mismo año para garantizar al público seguridad en el uso de mercancías manufacturadas. La siguiente legislación (Noise Control Act, Clean Water Act, Resource Conservation and Recovery Act, Toxic Substances Control Act, y la Quiet Communities Act) fijaba estándares adicionales y reglamentaciones a los que las industrias debían responder.

Todas esas leyes tienen impacto directo e indirecto sobre la industria y su programa de salud ocupacional. La aprobación de la Occupational Safety and Health Act de 1970 tuvo efectos de largo alcance para los trabajadores, los profesionales de la salud y seguridad ocupacional, y las empresas. La Occupational Safety and Health Act creó tres nuevas agencias federales para implementar su comisión de asegurar “dentro de lo que fuera posible a cada hombre y mujer trabajadores en el país condiciones de trabajo seguro y sano”.<sup>2</sup>

La Occupational Safety and Health Administration (OSHA) fue ubicada dentro del Department of Labor; el National Institute for Occupational Safety and Health (NIOSH), en el Department of Health, Education and Welfare (ahora el Department of Health and Human Services); y la Occupational Safety and Health Review Commission (OSHRC) fue establecida como una agencia independiente de la dependencia ejecutiva. Las funciones principales de esas agencias incluyen la creación y ejecución de estándares (OSHA), investigación y educación (NIOSH), y el arbitraje de litigios (OSHRC). Se presenta un resumen de las facultades otorgadas a cada agencia por la P.L. 91-596, la OSHAct.

La OSHAct ha tenido numerosos efectos sobre las empresas y sus programas de salud ocupacional. Antes de su promulgación, no existía ningún sistema federal para vigilar los problemas de seguridad y salud de los trabajadores. Pocos estados habían reunido sistemáticamente datos relacionados con las enfermedades y las lesiones del trabajo. Los Depar-

---

**PRINCIPALES FACULTADES OTORGADAS POR LA OSHAct**

---

**DEPARTMENT OF LABOR  
(OSHA)**

**DEPARTMENT OF HEALTH  
AND HUMAN SERVICES (NIOSH)**

---

Establecer y modificar estándares obligatorios

Desarrollar criterios para los estándares nacionales

Dar cumplimiento a la Act por razón de ingreso para proceder a inspecciones e investigaciones y con emisión de citatorios e imposición de pena

Recoger y analizar los datos sobre seguridad y salud ocupacionales que apoyen esos criterios

Exigir a los patrones que mantengan estadísticas e informes exactos sobre lesiones, enfermedades, y muertes relacionadas con el trabajo y sobre la exposición del empleado a agentes tóxicos

Dar curso a investigaciones sobre seguridad y salud ocupacionales

Desarrollar y mantener una base de datos nacional de seguridad ocupacional y estadísticas de salud

Establecer criterios de manejo de sustancias tóxicas y agentes físicos dañinos; indicar tiempos y niveles seguros de exposición

Establecer y monitorizar programas educativos relevantes para el personal contratado

Emitir fallos de toxicidad en el lugar de trabajo a requerimiento del empleado o del patrón

Proporcionar permisos para ayudar a los estados a establecer y mantener programas de seguridad ocupacional y de salud a nivel estatal

Publicar un registro anual de todas las sustancias tóxicas conocidas

Dirigir programas educativos para los profesionales de seguridad y salud ocupacionales

---

**OCCUPATIONAL SAFETY AND HEALTH REVIEW COMMISSION (OSHRC)**

---

Tres miembros designados por el Presidente

Recibe la objeción por escrito del patrón a un citatorio de la OSHA por violación de los estándares

Esta objeción, Notice of Contest, debe ser presentada dentro de los 15 días después del citatorio

La OSHRC consigna el caso a un magistrado en ley administrativa

El juez determina la validez del litigio y puede denegarla o determinar una audiencia pública

Puede apelarse al fallo del juez ante un comisionado de la OSHRC por el patrón, el empleado, o un comisionado de la OSHRC

Las visitas de la Comisión pueden apelarse en la U.S. Circuit Court of Appeals

---

taments of Labor federales y estatales están obligando ya a reunir y analizar esta información de todos los empleadores dentro del sector privado de más de diez personas. Existe un nivel estatal de la Occupational Safety and Health Administration dentro de cada gobierno estatal para colaborar con la implementación de esta Act.

Como resultado, las empresas han iniciado o ampliado programas de salud ocupacional en el terreno. Se han desarrollado muchas firmas de consultoría en seguridad y salud ocupacional. Las organizaciones de negocios han unido fuerzas para proteger sus intereses apoyando la investigación y el cabildeo. La industria ha buscado caminos de costo-beneficio para cumplir con la OSHAct y para reducir sus tasas de enfermedad y lesiones relacionadas con el trabajo. Incapaces de cumplir con los nuevos estándares, algunas compañías citadas han sido obligadas a cerrar. La mayoría de las compañías, sin embargo, están aumentando su énfasis en la seguridad y la salud de los trabajadores y dándose cuenta de que tales acciones pueden ser de costo-beneficio.

Esas actividades han estimulado e incrementado la demanda de profesionales de salud y seguridad ocupacionales. Además, el rol de estos profesionales ha ampliado su radio de acción y complejidad. El suprasistema ha respondido desarrollando programas educacionales para formar a tales profesionales. En 1977, el NIOSH empezó a crear Educational Resource Centers en cada Department of Health and Human Services Region. Existen ya 14 Educational Resource Centers, los que proporcionan primariamente educación de nivel de graduados para enfermeras de salud ocupacional y médicos, especialistas en seguridad, higienistas industriales, y ergonomistas. Los centros son

- 1 Harvard University
- 2 Johns Hopkins University
- 3 University of North Carolina
- 4 University of Cincinnati
- 5 University of Illinois
- 6 University of Minnesota
- 7 University of Texas
- 8 University of Arizona
- 9 University of Washington
- 10 Mt. Sinai School of Medicine
- 11 University of Utah
- 12 University of California
- 13 University of Michigan
- 14 University of Alabama

Los centros también están obligados a dirigir programas de educación continua para profesionales relevantes, investigación, y asistencia técnica en salud y seguridad ocupacional. Los Educational Resource Centers han sido la fuente principal del personal de salud y seguridad ocupacional. Conforme esos individuos regresan al trabajo, la influencia de esta Act se ha dejado sentir en la industria, los medios académicos, y la investigación.

Simultáneamente, algunas variables económicas desempeñaban un rol principal al influir en la dirección de las empresas y los programas de salud ocupacional. En contraste con muchas agencias de cuidado de salud, las organizaciones empresariales señalan que el objetivo más importante es obtener utilidades. La utilidad neta es el indicador más significativo de éxito para un negocio. La habilidad de una empresa para maximizar su utilidad está estrechamente ligada a la macroeconomía de su suprasistema. Los ciclos económicos de las empresas fluctúan de acuerdo a los cambios en materias nacionales e internacionales como la política. Por ejemplo, los negocios tienden a prosperar en tiempos de guerra y a reducir sus utilidades durante los períodos de recesión. Los negocios americanos son interdependientes, como lo demostró el efecto de la reducción en la producción y las ventas de automóviles sobre industrias relacionadas como los fabricantes de acero y de neumáticos. Un estudio de 1978 indica que la habilidad de una empresa para proporcionar servicios de salud y seguridad ocupacional está relacionada con la predicción económica total.<sup>3</sup> Está disminuyendo el nivel de servicios ofrecidos a medida que crece el desempleo.

Además de esas presiones de mercado y políticas, las industrias están registrando costos crecientes relacionados con los empleados. La industria (todos los empleados del sector privado) es el principal comprador de seguros de salud. Este costo sobrepasó en 1983 los 55,000 millones de dólares. El seguro de salud es sólo uno de los componentes del paquete de beneficios para los empleados de una compañía. Otros componentes, como planes de pensión, vacaciones pagadas y ausencia por enfermedad, y seguro de vida, están todos incrementando sus costos.

Los accidentes relacionados con el trabajo se estima que cuestan a las empresas americanas más de 9,000 millones de dólares al año. Esta cifra no incluye los costos indirectos de un accidente industrial que están implicados en reemplazar un trabajador entrenado, reparación de equipo e instalaciones, y productividad disminuida. Y no incluye tampoco los costos de las enfermedades relacionadas con el trabajo. A medida que las tasas de accidentes y lesiones industriales aumentan, es seguro que las empresas recibirán la inspección de la OSHA, y las primas que tienen

que pagar por el seguro de compensación de los trabajadores se han elevado. En la industria de la madera de pulpa, esas primas llegaron al 26% de sus nóminas.<sup>4</sup>

Los programas de salud y seguridad ocupacional que pueden afectar esos costos son también caros. Los costos de tales programas están directamente relacionados con el principio de la economía de volumen. Un programa en una planta grande (más de 2,000 empleados) cuesta de 30 a 40 dólares por empleado anualmente. A medida que el volumen de empleados disminuye, este costo se eleva y puede llegar a los 200 dólares *per capita*.

Al disminuir las utilidades netas y aumentar los costos de capital y de trabajo, la industria se ha visto obligada a buscar métodos de reducir esos gastos. Uno de los resultados de esta experimentación ha sido incrementar los servicios de salud sobre el terreno y ampliar el radio de acción para incluir el cuidado primario de salud. Esto disminuye el uso de los servicios externos de cuidado de salud, que son el determinante primario del costo de las primas del seguro de salud. Las compañías más grandes están empleando a practicantes de enfermería, quienes pueden desempeñar las valoraciones físicas necesarias y proporcionar cuidado primario. Las industrias más pequeñas están usando distintos enfoques, incluidos la clínica de salud industrial, las unidades móviles, los departamentos locales de salud, contratos con proveedores privados, departamentos de urgencias y de pacientes ambulatorios y organizaciones de mantenimiento de salud.

La industria también ha cambiado el interés de sus programas de seguridad y salud ocupacional. Las estrategias de promoción de la salud se ven más frecuentemente en las plantas. La educación de salud y el entrenamiento de los trabajadores acerca de los riesgos y la protección personal se están convirtiendo en componentes de los programas de seguridad y salud.

Los factores socioculturales están relacionados estrechamente con otras variables del contexto. Estos factores incluyen el *ethos* sociológico y cultural típico de la región en la que la compañía está localizada y de la que obtiene sus empleados. Existen expectativas sociales de una empresa: su responsabilidad con la comunidad así como con la población trabajadora. Los patrones de educación, los significados fijados al trabajo individual, los valores de la población, y los roles asignados por la cultura propia son, cada uno, influencias socioculturales que van a afectar a una empresa y su programa de salud y de seguridad.

La variable contextual principal final es la política. La política es una fuerza importante en aumento en la estimulación y la dirección de cambio.

La actividad política interactúa con el proceso legislativo para establecer las normas y las leyes a las que debe responder la industria. La OSHAct, otra vez, es muestra de la fuerza de esta variable contextual. Un consorcio político de sindicatos, trabajadores, políticos, y activistas empujaron el movimiento para la intervención federal a fin de que garantizara la seguridad y la salud de los trabajadores. La aprobación de la OSHAct, sin embargo, fue asegurada por el apoyo a este asunto que le dio la administración Nixon; esto se atribuyó al movimiento político calculado de Nixon para aumentar su atracción a la clase de cuello azul.<sup>5</sup> La legislación fue ferozmente debatida y su forma final fue un compromiso entre los intereses del trabajo y la administración. La OSHAct, sus reglamentaciones, y su ejecución han permanecido como “fútbol político”. En consecuencia, han habido cambios influidos políticamente en los cargos administrativos del NIOSH y la OSHA. A continuación, ha habido confusión acerca de las metas y las actividades apropiadas de esas agencias. Esto ha servido para debilitar la implementación de la Act y contribuye a su ineficiencia en varios campos.<sup>6</sup>

Esta breve descripción de los factores principales contextuales prueba los fuertes efectos directos e indirectos que tienen sobre la industria y sus subsistemas. Pueden desempeñarse como inhibidores o constreñidores de las actividades de los sistemas de negocio. Por otro lado, si son analizados y encarados eficazmente, esos factores pueden proporcionar recursos para habilitar o promocionar la función de un sistema.

## ENTRADAS

Como se demostró en el modelo de la figura 33-1, las entradas son las demandas y los soportes introducidos a un sistema. En la teoría de sistemas, esas entradas se ven como importaciones de alguna forma de energía desde el entorno del sistema. Esas importaciones traen materia e información al interior del sistema para ser procesadas dentro del producto del sistema o salida.

Analizando el programa de seguridad y salud ocupacional como el sistema, las entradas significativas son los trabajadores, el trabajo, y sus riesgos relacionados, los profesionales de seguridad y salud ocupacional, el equipo del programa de seguridad y salud ocupacional, y la administración de la organización.

Cerca de 100 millones de norteamericanos están empleados en más de 6 millones de sitios de negocio. Más del 87% de esas plantas emplean a menos de 25 trabajadores.<sup>7</sup> Las mujeres forman el 41.9% de la fuerza

de trabajo cuya distribución de edad y clasificación de trabajo se muestra en los cuadros 33-1 y 33-2 respectivamente. Las tendencias generales en la composición de la fuerza de trabajo han sido (1) los trabajadores mejor educados (12.4 años en promedio), (2) aumento en el número de mujeres empleadas, (3) incremento en el número de trabajadores *especializados versus manuales*, (4) una fuerza de trabajo de mucha edad que imita la distribución variable de edad de la población general, (5) un aumento concurrente en el número de trabajadores con enfermedades crónicas e invalideces parciales, y (6) movilidad de trabajos en la que los trabajadores tienen un gran número y variedad de trabajos durante sus años activos. Otra tendencia significativa es el descenso en la sindicalización de la fuerza de trabajo. Los trabajadores norteamericanos nunca han estado altamente sindicalizados, pero el porcentaje de trabajadores no sindicalizados ha ido creciendo en la pasada década. Actualmente, sólo el 19.4% de la fuerza de trabajo está sindicalizada.

Como entrada principal al sistema, las poblaciones de trabajadores deben ser valoradas en varios parámetros. Estos incluyen *status* anterior y actual de salud; historia previa de trabajo y exposición a riesgos; prácticas laborales; actitudes y creencias acerca del trabajo, la salud, y la seguridad; información sociodemográfica (edad, estado civil, educación, residencia, etc.); y conocimiento y destrezas relevantes para el trabajo. Además, el profesional de salud ocupacional necesitará información acerca de las familias de los trabajadores y las interacciones familiares que pueden influir en la salud de los trabajadores y el funcionamiento de trabajo eficaz. Las historias de salud y de trabajo de los trabajadores son especialmente importantes para la enfermera de salud ocupacional. Esta información ayuda a la enfermera y al equipo de salud y seguridad ocupacional a emitir juicios apropiados para recomendaciones acerca de la contratación de empleo y sustitución; planear un programa eficaz de seguridad y salud ocupacional basado en las necesidades de los trabaja-

CUADRO 33-1 FUERZA TOTAL DE TRABAJO, POR EDAD Y SEXO, 1979 (EN MILES)

FUERZA TOTAL DE TRABAJO (DESDE LOS 16 AÑOS Y MAS)		EDAD (EN AÑOS)						
		16-19	20-24	25-34	35-44	45-54	55-64	65 y más
HOMBRES	61,466	5,309	8,983	16,402	11,615	10,088	7,141	1,928
MUJERES	43,531	4,504	7,100	11,208	8,134	6,861	4,579	1,145

*Handbook of Labor Statistics*, 1980. U.S. Department of Labor, Bureau of Labor Statistics, pp. 7-8.



CUADRO 33-2 PERSONAS EMPLEADAS POR LA PROFESION Y LA INDUSTRIA  
(EN PORCENTAJE DE LA FUERZA DE TRABAJO, 1979)

GRUPO INDUSTRIAL	PROFESIONALES Y TRABAJADORES TECNICOS	GERENTES	VENDEDORES	EMPLEADOS	ARTESANOS EMPARENTADOS	OPERARIOS, EXCEPTO LOS DEL TRANSPORTE	OPERARIOS DE EQUIPO DE TRANSPORTE	PEONES NO AGRICOLAS	TRABAJADORES DOMESTICOS PRIVADOS	TRABAJADORES DE SERVICIOS, NO DOMESTICOS	TRABAJADORES AGRICOLAS
Agricultura	2.2	1.0	0.2	2.5	1.7	0.6	1.4	8.0		0.3	82.0
Minería	14.8	7.9	0.6	11.4	26.7	28.7	5.9	2.8		1.3	
Construcción	3.0	11.7	0.5	7.0	55.5	4.9	3.1	13.9		0.5	
Manufacturas	10.7	7.1	2.3	12.0	19.6	38.0	3.6	4.8		2.0	
Servicios públicos y de transporte	8.9	9.8	0.9	22.6	21.5	2.4	23.6	7.4		2.9	
Mercado al por mayor y al por menor	2.0	19.1	20.9	17.5	7.8	5.0	3.7	6.0		17.9	
Hogares privados	0.9	0.1		0.9	0.5	0.2	0.4	9.8	83.5	3.8	
Trabajadores de servicios, no en hogares privados	38.3	7.6	0.7	19.3	5.4	2.8	0.8	1.6		23.6	
Servicios educacionales	55.0	6.8	0.1	18.8	2.2	0.4	0.2	0.9		15.6	
Administración pública	19.6	12.8	0.1	35.4	5.8	0.8	1.0	3.1		21.4	

Handbook of Labor Statistics, 1980, U.S. Department of Labor, Bureau of Labor Statistics, p. 53.

dores; y proteger a la empresa de la responsabilidad que ha sido asignada incorrectamente para los deterioros de salud adquiridos en un trabajo anterior o en una actividad no relacionada con el trabajo.

El mismo trabajo incluye los procesos y materiales usados para crear un producto. Como se ha visto en el cuadro 33-2, existen 10 grupos industriales principales, y los trabajadores tienen distintos trabajos dentro de esos grupos. Un sistema numérico de clasificación, el código de la Standard Industrial Classification (SIC), puede ser usado como un indicador del producto de una firma y el grado asociado de riesgo.<sup>8</sup> El sistema SIC, desarrollado bajo el auspicio del U.S. Department of Commerce, es de uso general entre las agencias gubernamentales y las organizaciones de negocios. La SIC categoriza a la industria por su tipo principal de actividad o de producto. El número de clasificación señala similaridad de los procesos de fabricación y de los tipos de materiales usados.

La categoría más amplia de la SIC es dos dígitos SIC. Con las adiciones sucesivas de dígitos numéricos, la clasificación se vuelve progresivamente más limitada. Las firmas manufactureras, por ejemplo, se identifican con los números SIC del 20 al 39. Cada número de dos dígitos dentro de esta gama señala una industria manufacturera principal. Cada uno de esos grupos principales de dos dígitos se subdividen en grupos individuales. El tercer dígito de posición en un número SIC indica la clasificación de grupo en la industria de la firma. El cuarto dígito y los adicionales se refieren a los productos primarios de una industria. Por ejemplo, el número 20 SIC se asigna a la categoría de "productos alimentarios y afines". El número 202 significa productos lácteos, y el SIC 2021 indica una firma que manufactura mantequilla de lechería.

El sistema SIC de dos-y-cuatro-dígitos se usa ampliamente para categorizar los datos industriales. Las estadísticas del Bureau of Labor sobre lesiones relacionadas con el trabajo, enfermedades, y muertes se analizan mediante los códigos SIC. Las agrupaciones SIC principales se usan también para comunicar los datos por el Bureau of the Census y la OSHA.

Hay una tosca aproximación del grado de riesgo para los trabajadores basado en el tipo de materiales usados en la manufactura de cierto producto. El código SIC 333, por ejemplo, señala la industria de fundición y refinado de metales no ferrosos. Esos trabajadores están expuestos al óxido de calcio, al monóxido de carbono, anhídrido sulfuroso, y calor. Los trabajadores de esas firmas tienen lesiones y enfermedades de naturaleza similar y requieren el mismo nivel de vigilancia médica y ambiental. Ciertamente, hay riesgos específicos dentro de cada establecimiento industrial que no pueden generalizarse. Sin embargo, los códigos amplios SIC de dos dígitos muestran una diferenciación en la ocurrencia de los

CUADRO 33-3 INDUSTRIAS CON LAS TASAS DE LESION Y ENFERMEDAD MAS ALTAS, ESTADOS UNIDOS, 1983\*

CODIGO SIC	INDUSTRIA	TASA DE INCIDENCIA†
2011	Plantas de envasado de alimentos	31.6
3493	Resortes de acero, excepto alambres	30.0
3792	Remolques rodantes y campers	28.2
3316	Perfiles de acero de acabado en frío	28.0
3261	Accesorios vítreos de plomería	28.0
334	Metales secundarios no ferrosos	27.8
2451	Casas rodantes	27.1
3462	Forjas de hierro y acero	27.0
3322	Fundiciones de hierro maleable	27.0
241	Campamentos madereros y contratistas madereros	26.9
3715	Remolques para camiones	26.7
2439	Trabajadores de madera estructural	26.4
3732	Construcción y reparación de buques	26.1
2086	Embotellado y enlatado de refrescos	25.7
2452	Construcciones prefabricadas de madera	25.4
3441	Forjado de metales estructurales	24.9
3713	Cajas de camiones y de autobuses	24.7
2013	Embutidos y otros alimentos preparados	24.7
2429	Aserraderos de productos especiales	24.2

\* Extrapoladas del Bureau of Labor Statistics Database, U.S. Department of Labor, 1983

† Tasa de incidencia =  $\frac{\text{Número de lesiones y enfermedades}}{100 \text{ trabajadores de tiempo completo}}$

problemas de salud relacionados con el trabajo. La construcción domina fuertemente la tasa de lesiones y enfermedades. Como se ve en el cuadro 33-3, las 19 industrias con las tasas nacionales más altas de lesiones y enfermedades eran industrias manufactureras. Las tasas más bajas registradas fueron para agentes de seguros, corredores, y servicios.

Existe bibliografía que detalla los procesos industriales, pero la enfermera de salud ocupacional puede obtener la información más precisa acerca de esto dirigiendo visitas imprevistas periódicas a la planta. Este examen se realiza para propósitos de entender las tareas esperadas de los trabajadores, valorar las prácticas de trabajo y el acatamiento de los estándares de seguridad y de salud, y desarrollar una lista de los riesgos presentes y potenciales de salud y seguridad en el lugar de trabajo. Esto se realiza en colaboración con el equipo de seguridad y salud ocupacional.

Este equipo está formado por la enfermera de salud ocupacional, el médico ocupacional, el higienista industrial, y el profesional de seguridad. Entre los miembros adicionales se pueden incluir un ergonomista, un educador de salud, un psiquiatra/psicólogo, un trabajador social, un químico o un toxicólogo. La mayoría de las empresas en Estados Unidos no tienen en el lugar de trabajo ni uno de esos profesionales de salud

ocupacional. El individuo que tiene las responsabilidades de la seguridad muchas veces es un supervisor o un capataz que al mismo tiempo desempeña otras tareas. En las compañías más grandes (más de 350 empleados), el modelo que predomina es la unidad de una enfermera.

En Estados Unidos, más del 50% de las enfermeras ocupacionales trabajan en unidades de una enfermera. Esas enfermeras trabajan con médicos comunitarios o médicos de nivel corporativo, los que proporcionan las directivas médicas necesarias o los reglamentos permanentes. Otro grupo grande de enfermeras ocupacionales trabaja medio tiempo con médicos, los que contratan con la empresa para proporcionar cuidado médico un número dado de horas o días por semana en la planta.

De las 28,000 enfermeras que practican la salud ocupacional, el 94% son enfermeras con registro, y el 6% son enfermeras prácticas licenciadas. La enfermera de salud ocupacional es típicamente una mujer de 40 años, ha sido empleada de la misma planta durante cerca de 10 años, y es graduada de una escuela diplomada de enfermería. Las firmas manufactureras emplean al 71% de las enfermeras de salud ocupacional.<sup>10</sup> Estas enfermeras deben ser capaces de realizar diversas funciones de enfermería, y con frecuencia se les ha enseñado a actuar así a través de sus experiencias de trabajo. Este perfil está cambiando a medida que los programas de la educación de bachillerato, de graduadas, y continua empezaron a dirigir las necesidades de las enfermeras de salud ocupacional.

La American Association of Occupational Health Nurses (AAOHN) es la organización profesional nacional para las enfermeras de salud ocupacional. La AAOHN está apoyada por secciones que constituyen asociaciones de nivel estatal, regional, y local. Los propósitos principales de la AAOHN son alentar el intercambio profesional, diseminar la información, representar a la especialidad en materias legislativas y políticas, promover educación, y fijar estándares para la práctica de la enfermería de salud ocupacional. Publica mensualmente una revista, *Occupational Health Nursing*, y la *AAOHN Newsletter* mensual para sus miembros.

El certificado como enfermera de salud ocupacional (COHN) se puede obtener de la American Board of Occupational Health Nurses (ABOHN). Este Board fue establecido en 1972 y otorgó su primer certificado en 1974 a un grupo de enfermeras con 15 años de experiencia de enfermería de salud ocupacional que había solicitado el certificado y pasaron ciertos criterios. Desde 1974, el ABOHN ha otorgado certificados a enfermeras con un mínimo de experiencia de cinco años de enfermería de salud ocupacional que llenan los criterios y que pasan con éxito un examen

escrito. Para diciembre de 1983, eran ya 2,648 enfermeras de salud ocupacional las que fueron certificadas por el ABOHN.<sup>11</sup>

Los médicos ocupacionales pueden también ser certificados por el consejo, y varios centros médicos ofrecen entrenamiento en la especialidad de medicina ocupacional. La mayoría de los médicos ocupacionales certificados por el consejo son empleados de las agencias oficiales, de firmas consultoras, y de industrias que son lo suficientemente grandes para tener un director médico corporativo. La mayoría de los médicos que proporcionan cuidado de salud a los trabajadores no están preparados en medicina ocupacional. El médico puede ser empleado como proveedor de salud por tiempo completo o por medio tiempo en el lugar o como un médico consultor que está disponible para consejo y cuidado directo cuando se necesita. El arreglo más común es que una planta de tamaño medio tenga un médico de medio tiempo en las instalaciones, y que las plantas más pequeñas tengan acuerdos verbales o escritos para servicios fuera de las instalaciones con un médico comunitario.

La higiene industrial es la especialidad con experiencia en reconocer, evaluar, y controlar los factores del entorno que pueden causar lesiones relacionadas con el trabajo dentro y fuera del lugar de trabajo. El higienista industrial está entrenado para usar muestreo cuantitativo y métodos analíticos para vigilar y controlar los agentes químicos, físicos, y biológicos en el entorno del trabajo. Los higienistas industriales están entrenados en niveles de auxiliares, de bachillerato, y de graduados. Pueden ser certificados por su organización profesional, la American Industrial Hygiene Association. Usualmente, los higienistas industriales son empleados solamente por las industrias grandes, firmas privadas de consulta, o agencias gubernamentales. Las compañías más pequeñas contratan los servicios de un higienista industrial. Los datos valorados y analizados por el higienista son más valiosos cuando están en relación con la información acerca de los grupos individuales y agregados de trabajadores. Puesto que el equipo de cuidado de salud es responsable de esta información, es preciso que los miembros colaboren estrechamente con el higienista industrial.

El cuarto miembro del equipo de seguridad y salud ocupacional es el especialista en seguridad. Este especialista se ocupa de las identificaciones, el control, y la prevención de los riesgos relacionados con el trabajo. El énfasis primario del programa de seguridad es prevenir accidentes, proporcionar educación de seguridad, dirigir los exámenes de seguridad, y hacer recomendaciones para manejar, e investigar los accidentes. Debido al alto costo de los accidentes industriales, este rol ha ido adquiriendo importancia creciente. El especialista de seguridad puede ser denominado

el *gerente de control de pérdida*. Las compañías grandes pueden tener un programa formal de seguridad con un director y personal de seguridad entrenados. Muchas veces la posición del especialista de seguridad es la que el individuo alcanza mediante promoción, y el entrenamiento se hace mediante programas de educación continua. El especialista de seguridad trabaja estrechamente con la supervisión primaria para implementar el programa de seguridad. Para ser eficaz, este especialista debe colaborar con el higienista y con los profesionales del cuidado de salud.

El otro personal que puede contribuir en un programa de seguridad y salud ocupacional es mucho menor en número y raras veces trabaja sobre el terreno, excepto en las industrias más grandes. El ergonomista se ocupa del diseño del trabajo al emparejar las necesidades anatómicas, fisiológicas, y psicológicas de los humanos. Esto implica descomponer un empleo en las varias tareas pequeñas que lo componen. Este análisis del empleo permite al ergonomista o ingeniero de factores humanos diseñar la maquinaria y los movimientos relacionados con el empleo con objeto de minimizar o eliminar los efectos adversos sobre el trabajador.

Los educadores de salud son adquisiciones recientes del programa de seguridad y salud ocupacional. Son usados las más de las veces para iniciar y seguir programas de largo alcance de promoción y mantenimiento de salud. Sin embargo, también tienen un rol al trabajar con empleados cuya propia actividad acordada consiste en su primera medida de protección contra la lesión y la enfermedad ocupacional.

La incidencia creciente del abuso de drogas y de los problemas de salud mental ha impulsado el uso creciente de psiquiatras, psicólogos, y trabajadores sociales. Los servicios de estos profesionales son ofrecidos usualmente a través de un programa de asistencia a empleados. La mayoría de las compañías refieren a los trabajadores a los recursos de la comunidad para tales servicios, pero las compañías más grandes encuentran que es de utilidad tener entre su propio personal especialistas de salud mental.

Los toxicólogos estudian las interacciones de los humanos y las sustancias tóxicas que se encuentran en el entorno. Con el número considerable de sustancias químicas presentes en el lugar de trabajo y las 100 nuevas que se introducen cada año, muchas firmas y profesionales requieren del consejo y los servicios de los toxicólogos. Su trabajo es apoyado y complementado por químicos. Aunque algunas compañías químicas importantes, como la DuPont, pueden emplear personal de toxicólogos y químicos, la mayoría de las industrias confían en el gobierno, en las firmas consultoras, y en las universidades para esos servicios.

En colaboración con la administración, esos profesionales de seguri-

dad y salud ocupacional dirigen el programa de seguridad y salud ocupacional en varios sitios. En una unidad sobre el terreno, puede ser un área aparte o un cuarto aislado en el mismo lugar de trabajo o en una oficina o edificio anexo. En las compañías más grandes, la unidad puede estar en un edificio separado. Usualmente, la unidad de salud ocupacional se compone de uno a tres cuartos en un sitio cercano al área de trabajo. Lee especifica qué debe incluirse en una unidad de salud ocupacional.<sup>12</sup>

Los programas de seguridad y de salud ocupacional fuera de terreno se localizan en las clínicas médicas industriales, los departamentos de emergencia y consulta externa de los hospitales, las organizaciones de mantenimiento de salud, y unidades móviles. Los proveedores pueden ser propietarios (*e.g.*, una clínica privada propia), voluntarios (una asociación de enfermeras visitadoras), u oficiales (un departamento local de salud). Recientemente, esas instalaciones fuera del terreno han aumentado en número y radio de acción de servicios en respuesta a los requerimientos de la industria.

La última entrada principal es la administración de las organizaciones de negocios. La administración de alto nivel toma las decisiones y las políticas que finalmente dirigirán el programa de seguridad y salud ocupacional. Con su control del presupuesto, la administración es una de las entradas más significativas del programa de seguridad y salud ocupacional. El conocimiento de administración y las actitudes sobre la seguridad y la salud ocupacionales son instrumentos para determinar el tipo de programa de seguridad y salud ocupacional ofrecido a los empleados de una compañía. Es preciso que la enfermera de salud ocupacional entienda la estructura de autoridad y de poder de la organización y conozca cómo realizar cambios en esa estructura.

La interacción de éstas y otras entradas permite que el sistema sea transformado por los procesos o rendimientos. Los procesos para una enfermera de salud ocupacional se definen por su destreza y nivel de conocimiento, la ley de la práctica del estado al que pertenece la enfermera, los estándares de la práctica determinados por las organizaciones profesionales, y la descripción del empleo de la enfermera de salud ocupacional.

Las destrezas y el conocimiento de una enfermera de salud ocupacional son su experiencia de educación profesional básica y la previa. Para la mayoría de las enfermeras que practican la salud ocupacional, había muy poco contenido o ninguno en su programa de educación básica acerca de la seguridad y la salud ocupacionales. Y la mayoría de las enfermeras que ahora ocupan nuevas posiciones de salud ocupacional no habían trabajado antes en ninguna industria. Por ello, muchas de las destrezas

---

**ESTANDARES DE LA AAOHN DE LA PRACTICA DE LA ENFERMERIA DE SALUD OCUPACIONAL**


---

- 1 Dirigir las entrevistas con los empleados para identificar necesidades físicas y emocionales
  - 2 Desarrollar e implementar un plan de cuidado de enfermería que se ocupe del cuidado y tratamiento continuo, la rehabilitación, y la reincorporación al trabajo
  - 3 Aconsejar a los empleados en sus necesidades físicas y emocionales
  - 4 Desarrollar y mantener un sistema de comunicación con médicos, gerencias, y trabajo para promover el entendimiento y la aceptación de las políticas y las prácticas de salud; asistir a la administración en la interpretación de las políticas y procedimientos de la compañía relacionados con la medicina; comunicarlos y relacionarlos a los empleados en términos significativos para ellos
  - 5 Proporcionar educación, asistencia, y motivación en las áreas de la salud y la seguridad
  - 6 Cooperar con las agencias de la comunidad en los proyectos de búsqueda de casos y en mantener actualizado el conocimiento de la disponibilidad de agencias sociales y de salud en la comunidad; servir como consultante para la comunidad y alentar el desarrollo de los recursos de la comunidad; actuar como lazo de unión con la comunidad para el establecimiento de un programa de desastres
  - 7 Desarrollar, revisar, y mantener una política de enfermería y un manual de procedimientos; participar en la formulación y mantenimiento de las directivas médicas firmadas dentro de los límites de la ley de práctica del estado al que pertenece la enfermera; participar en la formulación y el mantenimiento de un sistema de registro e información que satisfaga los requisitos legales y asegure la continuidad del cuidado y el carácter confidencial
- 

y el conocimiento de la enfermera de salud ocupacional han sido aprendidos en el empleo y a través de los programas de educación continua. Los tópicos educacionales más frecuentemente solicitados por las enfermeras de salud ocupacional incluyen destrezas de valoración de salud, elementos de toxicología, vigilancia del entorno y del lugar de trabajo, y manejo de las lesiones de emergencia y las enfermedades crónicas.<sup>13</sup>

La extensión de la práctica de la enfermera está definida legalmente por la actuación de práctica de la enfermera en el estado respectivo. La enfermera de salud ocupacional debe estar informada de las responsabilidades que esto supone para ella y puede tener que explicarle a la dirección las implicaciones de la actuación de la práctica. Por ejemplo, en algunos estados, la practicante de enfermería puede tener prohibido el llevar a cabo ciertas actividades que están permitidas en otros estados. Una corporación grande con subsidiarias en varios estados puede que no reconozca esto cuando desarrolle políticas y procedimientos que tienen que llevarse a cabo al nivel de la planta.

Los estándares de la práctica del cuidado de salud ocupacional se establecen por la American Nurses' Association y la AAOHN. La American Nurses' Association tiene tres publicaciones que guían la práctica de la enfermería general: *Standards of Nursing Practice, An Ethical Code for Nurses, y Nursing: A social Policy Statement*.<sup>14-16</sup> La AAOHN subraya



siete estándares para la práctica de la enfermería ocupacional.<sup>17</sup> Estos estándares sirven de base a tres funciones o procesos principales de la enfermera de salud ocupacional: cuidado de enfermería directo a los tres niveles de prevención, administración y colaboración.

Estos procesos pueden llevarse a cabo solos con la asistencia y consulta indirecta de otros profesionales o interdependientemente con una seguridad ocupacional y equipo de salud. Los rendimientos principales de un programa de seguridad y salud ocupacionales, así, deberían incluir:

#### CUIDADO DIRECTO DE ENFERMERIA

Proporcionar cuidado directo de salud para las lesiones, malestares, y enfermedades relacionadas con el trabajo.

Proporcionar cuidado directo de salud para problemas no ocupacionales de salud que impiden la capacidad del empleado para trabajar (esto puede oscilar desde el diagnóstico inicial y la referencia hasta el tratamiento completo).

Proporcionar cuidado emocional de salud y consejo.

Ofrecer educación de salud.

Dirigir las valoraciones físicas: preempleo, cribaje (*screening*) periódico de salud, pretransferencia o terminación, prerretiro, y regreso al trabajo.

Dirigir las emergencias de la planta sobre una base regular.

#### ADMINISTRACION

Desarrollar el diseño y la planificación del programa.

Asegurar la aceptación de las reglamentaciones relevantes estatales y federales.

Mantener un sistema adecuado de registros.

Inspeccionar la operación del programa de seguridad y salud ocupacionales: materiales, equipo, mantenimiento de las instalaciones, y dotación de personal.

Informar periódicamente a la dirección.

Evaluar y proporcionar retroalimentación.

#### COLABORACION

Participar en el Comité de Seguridad y Salud de dirección-trabajo.

Compartir y analizar los datos biopsicosociales sobre el conjunto de

los grupos de empleados con el higienista industrial y el jefe de seguridad.

Mantener un mapa epidemiológico que muestre esos datos para identificar “puntos claves”.

Incorporar a otros miembros del equipo de seguridad y de salud así como de trabajo a los procesos de planificación y evaluación.

Utilizar recursos locales, estatales, y federales (de los dueños, voluntarios, y oficiales) para ayudar en la dirección de un programa efectivo de seguridad y salud ocupacionales.

## SALIDAS O PRODUCTOS

El cuidado directo del paciente, la administración, y la colaboración transforman las entradas múltiples a un programa de seguridad y salud ocupacionales para producir salidas. Los productos más significativos de un programa son los niveles de salud y seguridad de los trabajadores. Son calculados de distintas maneras.

Las estadísticas de salud y seguridad ocupacionales se recogen, se analizan y se informan, como lo ordena la OSHAAct, por el Bureau of Labor Statistics (BLS) en el Department of Labor. Ya que éste es el único mecanismo de alcance nacional para recoger tales datos, las definiciones y categorías del BLS se usan para las estadísticas de salud y seguridad ocupacionales. De acuerdo a las exigencias de la OSHAAct, los accidentes que deben ser informados incluyen

Cualquier muerte relacionada con el trabajo

Enfermedades ocupacionales no fatales

Lesiones ocupacionales no fatales que impliquen por lo menos: pérdida de conciencia, restricción laboral o de movimiento, transferencia a otro trabajo o tratamiento médico además de primeros auxilios<sup>18</sup>

A partir de esos incidentes informados, el BLS calcula los *casos de días* de trabajo perdidos, los que describen a los trabajadores que, debido a un incidente relacionado con el trabajo, no pueden trabajar o tienen limitaciones de trabajo, o una combinación de ambas cosas. *Los días de trabajo perdidos—la actividad limitada de trabajo* son el número de días de trabajo en los cuales, debido a lesión o enfermedad ocupacional, un trabajador (1) estuvo temporalmente asignado a otro trabajo, (2) trabajó menos del tiempo completo en su trabajo usual permanente, o (3) trabajó

en su trabajo permanente asignado pero no fue capaz de desempeñar todas las tareas usuales asociadas a ese trabajo.

Las tasas de incidencia para enfermedad ocupacional, lesión, y muerte se calculan como el número de enfermedades, lesiones, o muertes por cada 100 trabajadores de tiempo completo. La incidencia de los días de trabajo perdidos también se calcula de esa manera. El cuadro 33-4 describe la distribución de las tasas de incidencia de lesión y enfermedad ocupacional para cuatro grupos industriales principales. Esas tasas de incidencia se usan para medir y comparar el cumplimiento de la salud y la seguridad de una empresa a lo largo del tiempo y con el de otras compañías. Para una firma individual, los datos para calcular las tasas de incidencia se obtienen de la forma no. 200 de la OSHA Act, Log and Summary of Occupational Injuries and Illnesses. Esta forma totaliza el número anual de muertes, lesiones, y enfermedades con días de trabajo perdidos, y las lesiones y enfermedades sin días de trabajo perdidos. Esas cifras constituyen el numerador de la fórmula de la tasa de incidencia.

$$\frac{\text{Número de lesiones y enfermedades X 200,000 horas}}{\text{Horas trabajadas del empleado}}$$

Las 200,000 horas en la fórmula estandarizan las tasas. Este número es el equivalente de 100 empleados que trabajan 40 horas semanales durante 50 semanas al año. Su empleo proporciona la base estándar, "por 100

CUADRO 33-4 TASAS DE LESION Y ENFERMEDAD OCUPACIONALES, SECTOR PRIVADO, EN LA INDUSTRIA, 1980

INDUSTRIA	EMPLEO DE MEDIA ANUAL (EN MILES)	TOTAL DE CASOS	TASAS DE INCIDENCIA POR 1,000 TRABAJADORES DE TIEMPO COMPLETO	
			Casos de día perdido de trabajo	Días de trabajo perdidos
Agricultura, silvicultura, pesca	970	84	40	579
Minería	809	115	67	1,683
Construcción	3,440	588	245	4,386
Fabricación	17,320	2,854	1,039	16,746

Bureau of Labor Statistics; U.S. Department of Labor: *Occupational Illnesses and Injuries, 1980*. (Washington, D.C.: Department of Labor, 1983).

**CUADRO 33-5 TASAS DE LESION Y ENFERMEDAD OCUPACIONALES  
PARA LAS INDUSTRIAS MANUFACTURERAS POR TAMAÑO  
DE EMPLEO, 1983**

INDUSTRIA Y TAMAÑO	TASA DE INCIDENCIA MEDIA
<b>AERONAVES Y PARTES</b>	
Todos los tamaños	6.3
1-19	6.5
20-49	12.6
50-99	15.2
100-249	17.4
250-499	13.7
500-999	11.1
1000-2499	7.0
2500 y más	4.1
<b>CASAS RODANTES Y CONSTRUCCIONES DE MADERA</b>	
Todos los tamaños	27.1
1-19	15.0
20-49	26.8
50-99	27.3
100-249	30.2
250-499	25.2

Extrapoladas del Bureau of Labor Statistics, Database, U.S. Department of Labor, 1983.

empleados de tiempo completo”, para las tasas de incidencia. Las horas trabajadas del empleado, el denominador, se calculan con la nómina o con los registros de tiempo e incluyen sólo las horas reales trabajadas.<sup>19</sup>

Esas tasas de incidencia proporcionan una estimación aproximada de la seguridad y la salud del trabajador. Como tales, se usan corrientemente para establecer una lista de prioridad para las inspecciones de la OSHA. Las tasas de incidencia a partir de datos para un año predeterminado se usan como punto de partida, y las tasas se comparan con el tipo y el número de empleados de la industria. El cuadro 33-5 compara las tasas de incidencia de lesiones y enfermedad ocupacionales para los dos tipos de industrias manufactureras por el tamaño de empleo. Se observan dos tendencias comunes: las tasas más bajas ocurren en las compañías más pequeñas y en las más grandes, y existe una amplia gama de tasas entre los distintos tipos industriales. Desde 1981, la OSHA ha tenido como blanco de inspección a las industrias que sobrepasaban la tasa de incidencia en su grupo y tamaño industrial.

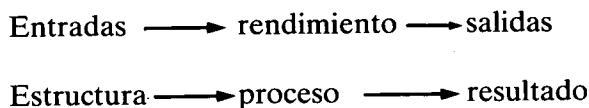
Se ha discutido frecuentemente que esas tasas son subestimaciones imprecisas de la incidencia real de la lesión y la enfermedad ocupacionales. Las tasas están limitadas por la definición de “casos notificables” que se usa y la dificultad en atribuir correctamente una enfermedad a un problema relacionado con el trabajo. Algunas lesiones graves pero no invalidantes, que no suponen días de trabajo perdidos, no se incluirían en

esas estadísticas. Por ejemplo, un trabajador puede sufrir una fractura y volver el mismo día al trabajo con un enyesado. Con toda seguridad se notifican menos casos de accidentes y lesiones relacionadas con el trabajo, y algunos casos de enfermedad ocupacional no se notifican como tales a menos que se presente una reclamación de indemnización.

Se ha intentado desarrollar otras medidas de las salidas o productos de un programa de salud y seguridad ocupacionales que pueden usarse para la evaluación y la retroalimentación.

## EVALUACION

La evaluación es un proceso que enlaza las salidas con las entradas cuando se completa el bucle de la retroalimentación. La *retroalimentación* es el mecanismo regulador que permite que el sistema use la información para autocorregirse. La evaluación se basa en una valoración de cómo el programa de salud y seguridad ocupacional cumple con los criterios o las metas preestablecidas. Esos criterios o metas están delimitados por tres componentes: estructura, proceso, y salida. Este modelo de evaluación está en sincronía con un paradigma de sistemas; cada componente se correlaciona con los tres elementos de un sistema.



La evaluación puede diseñarse para dirigir a cualquier componente o el resultado de la interacción de uno de los componentes con el otro. Por ejemplo, una evaluación estructural incluiría la valoración de variables de entrada tales como el tipo de personal, el tamaño de la unidad, y las horas en que los servicios están disponibles para los empleados. El proceso se refiere a lo que se hace con y para la población trabajadora. Se podría evaluar el tipo y la frecuencia de los exámenes físicos, la calidad del cuidado de salud, y el alcance de las ofertas de educación de salud. Las intervenciones de los registros de enfermería son ejemplo de la evaluación de un proceso. Las evaluaciones de resultados dirigen los resultados del programa de salud y seguridad ocupacionales. Los resultados que han sido identificados como beneficios de un programa de salud ocupacional incluyen:

Reducciones en las primas de seguro de indemnización de los trabajadores  
 Reducciones en los sueldos pagados durante la ausencia del trabajo  
 Reducciones en los costos para los exámenes físicos  
 Reducciones en los costos médicos no ocupacionales y primas relacionadas de seguro  
 Incrementos en la productividad relacionados con reducciones en el absentismo y la rotación en el trabajo  
 Incrementos en los sueldos reales para los trabajadores  
 Reducciones en los costos del cuidado médico de los empleados  
 Estado de salud y moral mejorados de los empleados<sup>20</sup>

Un tipo último de evaluación es la que se dirige a más de un componente. Los análisis de costo-beneficio y costo-eficiencia son técnicas que se están usando para dirigir este tipo de evaluación en la industria. Esos análisis son técnicas matemáticas para comparar los costos y los beneficios o los efectos de las alternativas del programa. Esas evaluaciones se basan en objetivos claramente definidos y medibles que deben ser alcanzados

---

#### PASOS EN LOS ANALISIS DE COSTO-EFICACIA Y COSTO-BENEFICIO

---

ANALISIS DE COSTO-EFICACIA	ANALISIS DE COSTO-BENEFICIO
1 Definir el problema que hay que enfrentar y fijar un programa de objetivos medibles a realizar.	1 Igual
2 Generar alternativas para alcanzar esos objetivos.	2 Igual
3 Delinear todos los recursos (entradas) que se consumirán en la implementación de cada alternativa (instalación, personal, equipo, tiempo del trabajador fuera de la producción).	3 Igual
4 Asignar valor monetario a cada factor de costo.	4 Igual
5 Determinar el efecto de las alternativas en términos <i>no-monetarios</i> (ausentismo disminuido, asimilación del conocimiento de salud, accidentes disminuidos).	5 Determinar los beneficios de cada alternativa en términos <i>monetarios</i> .
6 Tener en cuenta la depreciación, lo que es un procedimiento matemático que explica los efectos de la inflación a lo largo del tiempo.	6 Igual
7 Calcular la razón de efectos a costos.	7 Calcular la razón de beneficios a costos.
8 Comparar las razones entre las alternativas del programa.	8 Igual

por un programa. Se han desarrollado métodos alternativos para alcanzar esos objetivos. Los costos y beneficios de cada alternativa se determinan y se les asigna un valor monetario. Para el análisis de costo-eficiencia, sólo los costos se establecen en términos monetarios. Los efectos se establecen en términos de unidades de eficiencia. A partir de esos datos, se puede calcular y comparar la razón de costo-beneficio. Esto proporciona datos objetivos para la toma de decisiones y para la evaluación. Los pasos de esos análisis se señalan a continuación.

Ha habido algunos intentos para desarrollar criterios formales de evaluación para programas de seguridad y salud ocupacional. Webb usa un sistema ponderal para asignar puntos a los cuatro componentes de un programa de salud ocupacional: filosofía y política, estructura organizacional, recursos, y programa de servicios de salud ocupacional.<sup>21</sup> Uno de los juegos más completos de criterios son los *Standards, Interpretation, and Audit Criteria for Performance of Occupational Health Programs*.<sup>22</sup> Los evaluadores pueden usar esas guías para desarrollar planes de evaluación específicos de salud y seguridad ocupacionales.

## REFERENCIAS

- 1 Edward M. Dolinsky: "Health Maintenance Organizations and Occupational Medicine". *Bulletin of the New York Academy of Medicine*, 50:1126, 1974.
- 2 Public Law 95-596: *Occupational Safety and Health Act of 1970* (Washington, D.C.: U.S. Government Printing Office, 1971), p.1.
- 3 Alan Schatzkin: "Health and Labor-Power: A Theoretical Investigation". *International Journal of Health Services*, 8:213-234, 1978.
- 4 Daniel M. Berman: *Death on the Job* (New York: Monthly Review Press, 1978), p. 71.
- 5 Joseph A. Page and Mary Win O'Brien: *Better Wages* (New York: Grossman Publishers, 1973).
- 6 Frank J. Thompson: *Health Policy and the Bureaucracy: Politics and Implementation* (Cambridge: MIT Press, 1981).
- 7 U.S. Department of Health and Human Services, NIOSH: Report to the office of the assistant secretary for health on the NIOSH Program and status, June 24, 1977.
- 8 U.S. Department of Commerce: *Standard Industrial Classification Manual* (Washington, D.C.: U.S. Government Printing Office, 1972).
- 9 Jane Lee: *The New Nurse in Industry* (Washington, D.C.: U.S. Government Printing Office, 1978).
- 10 U.S. Department of Health and Human Services: *A Nationwide Survey of the Occupational Safety and Health Work Force* (Washington, D.C.: U.S. Government Printing Office, 1978).
- 11 Mayrose Snyder, ABOHN Executive Director: Personal Communication, San Diego, March 1984.
- 12 Lee, *op.cit.*, pp.11-14.
- 13 Judy H. Bernhardt: "Survey of Interest in Continuing Education for Occupational Health Nurses". *Occupational Health Nursing*, 28:35-38, November 1980.

- 14 American Nurses' Association: *Standards of Nursing Practice* (Kansas City, Missouri: American Nurses' Association, 1973).
- 15 American Nurses' Association: *Code for Nurses with Interpretive Statements* (Kansas City, Missouri: American Nurses' Association, 1976).
- 16 American Nurses' Association: *Nursing: A Social Policy Statement* (Kansas City, Missouri: American Nurses' Association, 1980).
- 17 AAOHN: *Standards of Occupational Health Nursing Practice* (New York: AAOHN, 1977).
- 18 Bureau of Labor Statistics, U.S. Department of Labor: *What Every Employer Needs to Know About Record Keeping* (Washington, D.C.: U.S. Department of Labor, 1978).
- 19 Bureau of Labor Statistics, U.S. Department of Labor: *Evaluating Your Firm's Injury and Illness Record, 1979* (Washington, D.C.: U.S. Department of Labor Report 637, April, 1981).
- 20 U.S. Department of Health and Human Service, NIOSH: *Costs and Benefits of Occupational Health Nursing* (Washington, D.C.: U.S. Government Printing Office, 1980).
- 21 Samuel B. Webb: "Objectives Criteria for Evaluating Occupational Health Programs". *American Journal of Public Health*, 65:31-37, January 1975.
- 22 Occupational Health Institute: *Standards, Interpretation, and Audit Criteria for Performance of Occupational Health Programs: Report to the National Institute for Occupational Safety and Health* (Chicago: Occupational Health Institute, 1975).



Ilustración gráfica de una población en riesgo y la necesidad de intervención a nivel societario.

## CAPITULO TREINTA Y CUATRO

# **SIGUIENDO A LA CORRIENTE EMIGRATORIA**

JO ANN GEARY  
JULIE CRANE

Las corrientes de trabajadores migratorios van hacia el Norte, desde Florida, Texas, México, y el sur de California para extenderse por los ricos terrenos agrícolas de la costa del Este, la parte superior del medio Oeste, y el Oeste en cada temporada de cosecha, aparentemente olvidados por todo el mundo excepto por ellos mismos. La vida de los trabajadores emigrantes es difícil y deshumanizada. Poco o nada tienen que puedan decir que es suyo, se hallan sumidos en la ignorancia, y virtualmente, faltos de poder para que las cosas sean de otra forma, puesto que casi todas sus energías se dirigen hacia el simple acto de conservar su vida, tal y como sucede. Cuando la cosecha se ha terminado en el otoño, las corrientes retroceden hacia el Sur, de nuevo a esperar el invierno, y luego empiezan otra vez el viaje hacia el Norte cuando está por llegar la siguiente temporada de cosechas. El ciclo se repite año tras año.

Típicamente, la emigración comienza a tomar forma cuando el líder de cuadrilla contrata con los agricultores proporcionarles un número dado de emigrantes para trabajar en las cosechas. El líder de cuadrilla consigue los emigrantes enviando a sus ayudantes a reclutar trabajadores, ofreciénd-

doles un bono de unos dólares por cada trabajador que logren reclutar. Los ayudantes del líder de cuadrilla les cuentan a los emigrantes de las “cosas buenas que pasan en el Norte” y les ofrecen un buen empleo con un buen montón de dinero, buen alojamiento, y la posibilidad de trabajar en las emparadoras en vez de doblar el lomo en el campo todo el día. El invierno ha sido difícil por el poco o ningún trabajo, por lo que el emigrante responde con la actitud de que “cualquier cosa es mejor que esto” y accede a llegar a un acuerdo con el líder de cuadrilla a pesar de que en realidad sabe que las cosas no van tan bien en el Norte o en cualquier otro lugar por mucho que le digan. Sin embargo, de alguna manera, nace la esperanza eterna de que puede que esta vez sea diferente.

El viaje hacia el Norte es duro y agotador tras kilómetros y kilómetros de carreteras aparentemente sin fin, pasando innumerables ciudades y pueblos, que son ignorados por los viajeros de los camiones, autobuses y coches destartalados, a menudo peligrosamente descuidados, viejos, que hacen las veces de albergue y de transporte hasta que se consigue el primer empleo. El líder de cuadrilla provee el transporte, así como la comida y las bebidas alcohólicas durante todo el camino, todo lo cual se carga a la cuenta del emigrante. El pago del viaje se le descuenta de las pagas al trabajador hasta que la deuda queda saldada. No hay un costo estándar para el alimento y el transporte. Varía para cada emigrante, pero es siempre un poco más de lo que él o ella pueden pagar. Se les da castigo inmediato y cruel a todos aquellos que protestan, y no parece haber más camino que el de continuar y tener esperanza.

Las necesidades del trabajador emigrante en cualquier esfera de la función humana son tantas que parecen estar completamente fuera de una solución definitiva. Las fuerzas de la sociedad parecen mitigar, más que mejorar, la suerte del emigrante en su vida a cada instante; sin embargo, hay quienes siguen haciendo lo posible, y nosotras estamos entre ellos. El material siguiente describe nuestras experiencias y percepciones mientras estuvimos trabajando en un proyecto de cuidado de salud del emigrante bajo el auspicio federal. Nuestro trabajo fue con los emigrantes que viajan por todo el litoral oriental, aunque las condiciones son del todo parecidas sin importar el lugar, y han permanecido siempre esencialmente inalterables.

## EL LUGAR DE TRABAJO

La jornada laboral del emigrante comienza antes del amanecer. Ello es con el objeto de confirmar al agricultor, pero principalmente al líder de

cuadrilla, que todos estarán en el campo y listos para trabajar al comenzar el día. Las primeras horas de la mañana y las últimas de la tarde son húmedas y frías; el mediodía es extremadamente caluroso. Algunas cuadrillas puede que regresen al campamento a comer, pero la mayoría pasan el día en los campos o muy cerca de ellos sin contar en absoluto con poder lavarse las manos o con medios adecuados para hacer sus necesidades. El líder de cuadrilla rara vez se encuentra en los campos. Puede que de vez en cuando realice alguna inspección al azar, pero son sus ayudantes quienes se encargan de supervisar a los trabajadores para asegurar el máximo rendimiento en el trabajo.

Las tensiones físicas a las que el trabajador se ve sometido varían un poco, dependiendo del tipo de cosecha. Por ejemplo, los duraznos deben cogerse muy cuidadosamente, lo que exige que el emigrante cargue un pesado costal en sus espaldas o en el cuello y trepe por una escalera. Está constantemente subiendo y bajando por una escalera tambaleante con una carga pesada encima de él. Por otra parte, el recoger papas exige que el trabajador esté durante horas en una posición agachada o en cuclillas mientras arrastra una canasta hasta que se llena.

Los accidentes laborales son un serio problema entre los trabajadores emigrantes; de hecho, la tasa de accidentes laborales es varias veces más alta que lo es para el resto de la población. A la amenaza de trauma o lesión de origen mecánico se le une además la constante exposición a cosas tales como ser mordidos por serpientes o sufrir los piquetes de los insectos. Otro peligro significativo al que se enfrentan los emigrantes en el campo es el uso de pesticidas para prevenir el daño a la cosecha. Por desgracia, los pesticidas matan a veces a otros además de a los insectos. Uno de estos incidentes salió a la luz durante una visita realizada a un campamento migratorio, en donde al Señor J lo encontramos quejándose en su cama. Pudo decirnos que 3 días antes le hicieron rociar un campo con un pesticida y que se había enfermado desde entonces. La cara, el cuello, los brazos, y las manos estaban descarnados y muy inflamados; las moscas y los jejenes se arrastraban por sus heridas. Su garganta le dolía mucho, y tosía casi constantemente. Debido a la norma muy bien establecida entre las corrientes migratorias de que “quien no trabaja, no come”, lo único que había ingerido desde que cayó enfermo fue agua. Después de haber hecho lo que podíamos por el Señor J en el campamento, lo llevamos hasta nuestra clínica, en donde recibió tratamiento por parte del equipo médico y después fue admitido en un hospital local. Sus quemaduras químicas no eran solamente externas, sino que involucraban también el esófago, la tráquea, y los pulmones. El Señor J estaba tan deshidratado e invadido por infección que, de haber permanecido por

más tiempo sin ser atendido, su organismo no hubiera sido capaz de responder al tratamiento. El Señor J fue uno solo de los muchos trabajadores que caen enfermos y corren peligro de muerte por el uso de pesticidas agrícolas cada año. Se han establecido estándares federales para el uso de los pesticidas, pero queda mucho por hacer todavía en lo que respecta a la implementación de tales estándares con el fin de salvaguardar la salud y la seguridad de quienes trabajan en los campos a lo largo y ancho de toda la nación.

## CONDICIONES DE VIDA

La condición humana del emigrante es difícil de imaginar y ardua de comprender en la América moderna del Siglo XX. Los trabajadores emigrantes con quienes hemos estado en contacto se cuentan por miles, pero tuvimos que viajar muchos kilómetros a campo través y recorrer muchos caminos polvorientos hasta encontrar los campamentos en donde vivían. Es una excepción encontrar un campamento que haya sido detectado desde la carretera principal. La razón de la ubicación tan apartada de éstos es muy obvia una vez que uno se encuentra ahí. Lo más que puede decirse del alojamiento del emigrante es que es muy inferior a lo normal. Cuando se entra a un típico refugio de emigrantes, lo primero con que se topa uno son las filas de catres con apenas el espacio justo para poder caminar entre ellos. Muchos son estilo litera, con el fin de “amontonar más cuerpos”, y hay pocas facilidades para los familiares. La primera reacción ante este ambiente es de disgusto y de repugnancia tanto para la vista como para el olfato. No hay ropa de cama, sino únicamente colchones sucios, pestilentes, a veces incluso quemados, en los que la gente debe dormir. La iluminación es escasa en el interior y casi siempre inexistente, de noche, en el exterior, lo que dificulta los viajes a los mal cuidados excusados que se hallan afuera. En consecuencia, muchos de los emigrantes hacen uso de botellas y latas que guardan debajo de las camas para orinar y defecar, en lugar de arriesgarse a caminar afuera en la oscuridad. No es necesario extenderse sobre qué supone esto para aumentar la pestilencia y la acumulación de insectos. En algunos campamentos, hay algunas instalaciones relativamente nuevas de tipo barraca, aunque escasas en número. La mayoría de los campamentos consisten en casas abandonadas, chozas, o cobertizos, todos en pésimo estado de conservación, con escaleras rotas, agujeros en las paredes, techos desplomados, trozos de madera faltantes en los pisos, y clavos oxidados que sobresalen por todos lados. El agricultor proporciona estas

instalaciones sin costo, pero el líder de cuadrilla casi siempre descuenta hasta 35 dólares semanales por persona por un refugio como éste.

Por lo general, hay un cuarto al que se llama cocina, equipado con estufa, refrigerador, fregadero, y espacio de almacenamiento. Los utensilios y aparatos son generalmente muy viejos y puede que estén descompuestos. La cocina está siempre cerrada bajo llave, salvo cuando está trabajando el cocinero. Casi siempre el cocinero es alguien que no puede trabajar en el campo a causa de su edad o de su salud y generalmente carece de conocimientos de nutrición o preparación adecuada de los alimentos. Los alimentos que suelen consumirse con mayor frecuencia son granos a medio moler, arroz, espinazos grasientos, frijoles, patatas, y guacales de pollo. Raras veces se come carne. Cualquiera que sea la dieta, al emigrante se le da su ración y, si por alguna razón no puede o no le apetece comérsela, se queda con hambre. Por otra parte, aun si efectivamente se la come, puede que todavía se quede con hambre y ciertamente malnutrido.

Los emigrantes sienten vergüenza con frecuencia de su ambiente, y cuando visitábamos los campamentos preferían hablar con nosotras en algún otro lugar que estuviera apartado de donde vivían. Parecían no querer someternos a nosotras a tales condiciones. Cuando mucho, la privacidad es un lujo desconocido para los emigrantes; no tienen un lugar seguro que puedan llamar suyo o adonde puedan ir cuando quieren estar solos. El trabajar con clientes bajo estas circunstancias resulta difícil y complica nuestros problemas de intentar ayudarlos a aceptar cierta responsabilidad por su propia salud. En realidad no pueden hacer apenas nada materialmente y no entienden casi nada acerca de la salud y la prevención de la enfermedad. Por ejemplo, poco después de habernos introducido a la vida de los emigrantes, tuvo una de nosotras que atender a un hombre que tenía graves quemaduras en sus pies. Tenía que lavarse y vestirse él solo durante todo el tiempo en que no hubo una enfermera disponible. Su concepto de una técnica estéril consistía en vaciar la basura de un cubo y llenarlo de agua caliente para hacer las necesarias abluciones. Esto fue sin duda una clase de experiencia totalmente desconocida para nosotras.

## SOCIALIZACION

Hasta dónde participa un individuo, y cómo lo hace, en la sociedad depende fuertemente de las oportunidades que se le ofrecen. Para los emigrantes, la sociedad les está cerrada y prohibida. Nos aventuramos a

decir que ellos han sido convertidos en una “raza aparte”. Han sido llevados a la comunidad pero no *adentro* de la comunidad. Normalmente no tienen medios de transporte, y son instalados a una distancia de varias millas de cualquier centro de actividad. Están aislados. La razón para este aislamiento es doble. Primero, desde el punto de vista del líder de cuadrilla, el aislamiento es necesario. Si el líder permite que la gente abandone el campamento, ¿qué razón tendrá la gente para regresar? El hecho es que se alejarían lo más que pudieran, y nadie que entienda su condición se lo reprocharía. Segundo, este aislamiento es exactamente el modo que desea la comunidad local. Cuanto más rápido pueda el emigrante recoger la cosecha e irse, mejor se siente la comunidad con ello. Esto puede ser el resultado de un recelo honesto e ignorancia de la situación del emigrante o puede ser síntoma de culpa de la comunidad. El adagio “ojos que no ven, corazón que no siente” puede ahorrarle a la comunidad el enfrentarse a la realidad del modo de vida del emigrante. La única cosa para el crédito del emigrante en lo que se refiere a la comunidad es el beneficio económico que se deriva de su trabajo. Generan ingresos para los granjeros y los comerciantes que proveen a sus necesidades de alimento y bebida.

Para entender cómo y por qué la gente se comporta así, se debe observar estrechamente su contexto social. Sabemos que, hasta cierto punto, el sí mismo es siempre situacional y que las situaciones pueden sacar a la luz lo mejor y lo peor de un individuo. El contexto social de los emigrantes es el aislamiento y la depresión, y no les permite funcionar como parte integral de la sociedad. En una situación así, ¿qué pueden hacer? Muy poco. Pueden trabajar, jugar a las cartas, escuchar la sinfonía, y beber. La bebida parece ayudarles; si beben bastante, no hay necesidad de enfrentar la situación y nada importa. El alcohol no es un medio de relajación o de socialización, es un medio de escape. El escape a menudo termina en violencia. Los emigrantes atacan, devuelven golpe por golpe todo lo que les está oprimiendo, haciéndolos menos que humanos. Irónicamente, casi siempre sucede que son los propios compañeros entre los trabajadores emigrantes los que son víctimas de la violencia, nunca el líder de la cuadrilla o sus ayudantes.

En la estructura social como Ustedes y nosotras la conocemos, hay ciertamente necesidad de amigos, algún tipo de ayuda primaria de grupo. Esto no sucede así en los campamentos de emigrantes. En los esfuerzos de los emigrantes por sobrevivir, cada persona se preocupa de sí misma. Desde luego que platican, ríen, juegan, y beben juntos, pero pocas veces hay lazos estrechos. Es una relación gregaria, no una de comunicación íntima profunda o de apertura. Esto es probablemente así por muchas

razones. Una de las razones que hemos experimentado es la presencia de temor, un temor que es difícil de describir, pero que se siente mucho. Los emigrantes tienen miedo de no conocer siempre al enemigo y no poder bajar la guardia. No pueden incluso confiar en sus compañeros de trabajo. Incluso sus ropas pueden ser robadas si se las quitan de noche para dormir.

Como decíamos más arriba, es difícil entender el modo de vida del emigrante incluso para algunas de nosotras que tratamos de entenderlo. A menudo, oímos cosas así: “Esos cochinos emigrantes de siempre. Son una bola de borrachos. Saldrían adelante si quisieran...; la violencia es lo único que conocen.” Trágicamente, esas cosas las dicen muchas veces los profesionales médicos que se supone son educados. Pensamos que la mayor violencia reside en la deshumanización de los emigrantes por una sociedad que directa o indirectamente permite que continúe tal sistema de esclavitud. Se debe prestar más atención e investigación a las patologías en el entorno de los emigrantes antes que etiquetar como patológico el comportamiento de los emigrantes.

## NECESIDADES DE CUIDADO DE SALUD

Al ver a los trabajadores migratorios como una población en grave riesgo, nos enfrentamos a una variedad de necesidades únicas de salud que han surgido de la complejidad de los problemas que rodean su ocupación, sus condiciones de vida, y el comportamiento social. Los emigrantes pasan la mayor parte de sus horas del día en el campo; en consecuencia, éste es un buen lugar para iniciar de cara a anticipar algunos de sus problemas de salud y necesidades de cuidado de salud. Como decíamos antes, las cosechas variadas requieren actividades distintas y posiciones corporales que deben mantenerse durante largos períodos de tiempo. Conocer exactamente la cosecha en la que está implicado el emigrante permitirá cierta introspección a la enfermera para los posibles problemas musculoesqueléticos que pueden presentarse, especialmente si el emigrante nunca ha trabajado antes en esa cosecha. Igualmente importante es la necesidad de asegurarse si se usan pesticidas en el campo, y si es así, de qué tipo. Esta información puede ser útil si la enfermera encuentra emigrantes con condiciones dermatológicas. Sin embargo, muchas veces se ven dermatitis aunque no se usen pesticidas. Por ejemplo, los emigrantes que trabajan en los huertos de duraznos y que no cuentan con instalaciones adecuadas de duchas a menudo desarrollan dermatitis extensas debido al casi constante contacto con la pelusa del durazno. Esas condi-

ciones a menudo se intensifican y complican por infecciones que se desarrollan en las cortadas y arañazos causados por las ramas y ramitas de los árboles. Otro factor que siempre debe tenerse presentes es el estado del tiempo. El emigrante trabaja bajo la lluvia y a pleno sol. Esto no es un problema para la mayoría de la gente, pero el emigrante muchas veces no tiene con qué cambiarse de ropa o de calzado mientras se seca su ropa de trabajo. Este problema, combinado con el hecho de que su estado general de salud y condiciones de vida son pobres, origina un ataque tras otro de infecciones del tracto respiratorio superior.

Las condiciones pobres de vida también ponen al emigrante en riesgo de accidentes, más accidentes de los que ocurren en el campo. Recordamos un incidente que ocurrió en South Carolina. Después de semanas de hablar con un granjero, finalmente consintió en que una de nosotras “entrara en su propiedad”, en otras palabras, en sus campamentos de emigrantes. Después de llegar al primer campamento, los emigrantes incluso no me dejaban salir del auto; me rogaban que siguiera hacia adelante en el camino para que examinara a uno de sus compañeros. Cuando así lo hice, encontré a un hombre, ensuciado con sus propias deyecciones, que yacía en un colchón raído sobre el piso de uno de los edificios. Estaba muy cerca del shock. Lo examiné rápidamente y pedí a una ayudante que había llevado conmigo que se quedara con él mientras yo iba al edificio cercano de empaque para pedir que me dejaran hablar por teléfono para pedir una ambulancia. El hombre tenía 57 años pero parecía de 70. Había caído desde lo alto de una litera porque el colchón, de casi el doble del tamaño de la medida de la cama, no había podido sostener su peso en el borde. Había estado yaciendo donde cayó durante 16 días. Los trabajadores del campamento habían exigido al líder de cuadrilla que hiciera algo pero no lograron nada. Los miembros del grupo habían colocado al hombre sobre el colchón lo mejor que pudieron en un esfuerzo por ayudarlo. Cuando informé de mi hallazgo al granjero, su único comentario fue: “...bien, Usted conoce a los líderes de cuadrilla, nunca nos dicen nada...” No había muestra alguna de interés o preocupación por su parte. Afortunadamente el trabajador era un veterano, así que no hubo problema acerca de quién iba a pagar qué servicios antes de que fuera atendido en el hospital. Tenía fracturada una costilla, que se había complicado con neumonía y hemoglobina baja. Era de riesgo quirúrgico pobre, por decir algo, pero a pesar de todos sus problemas el hombre se recuperó. Desgraciadamente no todas esas situaciones terminan en recuperación; muchos terminan en incapacidad permanente o muerte. Todavía puedo oír al hombre diciéndome: “Quería morir por



lo mal que me encontraba; era terrible, y hubiera muerto si Usted no hubiera llegado.”

Además del peligro de los accidentes, algunas enfermedades como la neumonía, las venéreas, y muchas otras son problemas importantes de salud. Un ejemplo fue el Señor K, un hombre de 30 años que murió de pulmonía, una circunstancia frustrante en el mundo actual de la medicina. El Señor K no pudo convencer al líder de cuadrilla que necesitaba ayuda. Sin tratamiento, su cuerpo fue incapaz de impedir las fuerzas devastadoras de la tuberculosis, la malnutrición, y la anemia, que complicaron su neumonía. Una mañana no pudo levantarse por sí mismo del lecho y simplemente expiró, para no sufrir más.

¿Cuál será el destino de los que se quedaron detrás, de los que todavía viven en las mismas condiciones de hacinamiento y de trabajo en los campos como el Señor K lo hizo? Puede llegar hasta allí un equipo médico y hacer cribaje (*screening*) de tuberculosis, estudios corporales simples, y examen para otras enfermedades, pero, ¿qué se puede hacer por las causas, las auténticas raíces de los problemas de salud de los emigrantes? ¿Podemos decirles a los emigrantes que la cirrosis y el alcohol, en efecto, están matándolos lentamente? Hacer esto sería razonable, pero, ¿podemos esperar que razonen como nosotros cuando nos hallamos en una situación extremadamente irracional? Hay un círculo vicioso en los procesos de la enfermedad. Los procesos están tan interrelacionados que es difícil decir dónde empiezan todos. Alcoholismo → malnutrición → anemia → tuberculosis → neumonía → un ciclo que se repite una y otra vez. ¿Cómo podemos romper ese ciclo? ¿Qué puede hacerse para mejorar la salud y el bienestar del trabajador emigrante?

Nuestra estrategia ha consistido en mirar realísticamente la situación para obtener el mayor número posible de indicios para los problemas que puedan prevenirse. La siguiente pregunta es, ¿cuál es la mejor táctica que deba emplearse en prevenir algunos de los problemas que se han visto de antemano? ¿Cómo podemos ayudar mejor a los emigrantes a alcanzar algún nivel más satisfactorio de salud en el *continuum* de salud-enfermedad? Idealmente, un esfuerzo de equipo entre médicos, enfermeras, ayudantes de enfermería, sanitaristas, y trabajadores sociales sería lo mejor, pero, francamente, es difícil lograr que esas personas se interesen en proporcionar cuidado de salud a los emigrantes.

## PROVISION DE SERVICIOS DE SALUD

A medida que el emigrante se desplaza de condado en condado y de estado en estado, los proveedores más habituales de servicios de salud son algunos

departamentos de salud del condado, que operan varios servicios humanos de bajo costo o gratis para residentes, primariamente los que tienen niveles de ingresos bajos. Los distintos servicios o las clínicas están disponibles diariamente desde las 8 A.M. hasta las 5 P.M. Además, algunos servicios o clínicas sólo se ofrecen 1 ó 2 días por semana. Antes de que los emigrantes sean aceptados en cualquier clínica del condado deben alistarse en el departamento de servicio social para determinar su elegibilidad para los servicios. Más que censura, nuestro punto de vista en este momento es que los emigrantes no pueden entrar dentro del sistema existente. No es cuestión de que no les importe o no quieran ellos entrar en él; el hecho simple es que no tienen elección por las restricciones de su situación de empleo. En ocasiones, los líderes de cuadrilla han enviado a emigrantes a un departamento local de salud para cuidado de salud, pero el proceso de determinar la elegibilidad es largo, y no es raro que la clínica particular a la que el emigrante necesita llegar esté cerrada el día que él o ella llegan. Como lo están sospechando, al emigrante muchas veces no se le da una segunda oportunidad. El líder de la cuadrilla ha hecho una concesión; no hará otra. Una vez más, las necesidades de salud del emigrante no se satisfacen. El o ella tienen que estar en el campo a la mañana siguiente para que hoy él o ella puedan comer.

Debido a este tipo de situaciones y por otras razones, se han instituido proyectos de salud para los emigrantes. Tales proyectos no se han considerado duplicación de servicios sino más bien extensión de los servicios a una población bajo un gran riesgo y que necesita mucho cuidado de salud. Los proyectos llevan servicios a los que buscan ayuda y van en busca de aquellos que no lo hacen. Pero incluso tales proyectos no han probado ser una panacea para los problemas de salud de los emigrantes debido a la complejidad de los problemas que surgen de condiciones más allá del control del personal del proyecto. La cuestión se vuelve entonces en cómo fijar mejor las prioridades y usar las energías.

Ciertamente, un camino es el de reunir en grupos a los emigrantes y guiarlos a través de una clínica para una serie de pruebas de cribaje (*screening*) como exámenes de piel y radiografías de tórax para tuberculosis, serologías para enfermedades venéreas, frotis de Papanicolaou para el cáncer, y, después, inmunizaciones contra el tétanos y otras enfermedades. A pesar de que algunos no estarán de acuerdo, creemos que este camino tiene un efecto deshumanizador y otra vez le niega la elección al emigrante. El o ella son simplemente empujados por un solo camino. Nos parece mejor camino el que se encuentra en la esfera de la educación y el diálogo con los emigrantes, lo cual puede hacerse al pasar un tiempo en el campo hablando con ellos como individuos y como grupos. Hacién-

doles saber que hay servicios disponibles, en qué consiste cada servicio, y por qué son importantes los servicios, especialmente para ellos. Puede que tengamos que volver a reforzar lo que hemos hablado, pero en nuestra experiencia hemos comprobado que el esfuerzo vale la pena, porque la mayoría de los emigrantes responden.

En vista del horario de trabajo de los emigrantes, la clínica y los demás servicios deben estar disponibles cuando el trabajador esté libre para usarlos. Nosotras las enfermeras hacemos visitas al campo durante el día, pero los horarios regulares para la clínica se organizan por las tardes. Aun así, todavía hay problemas en la obtención de transportación por parte de los emigrantes a las clínicas. Parece que perdemos muchas horas hablando con los líderes de las cuadrillas tratando de convencerlos de que traigan a los trabajadores a las clínicas. Sin embargo, si los líderes de cuadrillas no están dispuestos en absoluto a cooperar, puede ser necesario el llevar todos los servicios posibles al campo. Esto no es lo ideal, pero puede hacerse de manera eficaz.

Las visitas regulares a los campos son vitales porque nos proporcionan una oportunidad para que nos relacionemos con los emigrantes y para identificar sus problemas de salud lo antes posible. También es una necesidad el que la enseñanza de salud pueda llevarse a cabo. Por ejemplo, si pudiéramos averiguar cuándo están los cocineros en la cocina preparando las comidas, podríamos ofrecer sugerencias útiles. Por encima de todo, sin embargo, escuchamos y tratamos de ser sensibles; hay gente que está ansiosa por la ayuda y otros que no lo están. Para algunos podemos ser una “nueva raza”, y puede llevarnos tiempo el que se acostumbren a nuestros intereses y esfuerzos por ayudar. Otro servicio que tratamos de ofrecer es el de trabajar con el sanitarista local para inspeccionar los campamentos, antes de que los emigrantes lleguen, para indagar las condiciones de los refugios, la cocina, la calidad y la cantidad del suministro de agua, y la suficiencia de las instalaciones de drenaje y desechos. Ponemos todos nuestros esfuerzos posibles para trabajar con el sanitarista, pero muy frecuentemente descubrimos que él ni siquiera sabe dónde están los campos, y mucho menos si están en condiciones de ser ocupados. Algunas veces no hemos podido conseguir su cooperación, y nos hemos visto forzadas a buscar métodos de ejercer presiones para conseguir una inspección adecuada. Esto no es fácil y nos hace sentir incómodas, pero sólo pensar en la situación de los emigrantes de alguna manera nos da el valor necesario para arriesgarnos a sentirnos incómodas.

El tiempo es esencial cuando trabajamos con los emigrantes, y nunca parece ser suficiente, así que hacemos lo que podemos en cada situación dada. Sólo cuando las condiciones de más importancia y agudas se presen-

tan, comprobamos que las cuadrillas están ya moviéndose a otro lugar. Dada su constante movilidad, los registros de salud y sistemas de referencia son de gran importancia. A cada emigrante que es cuidado se le debe entregar una tarjeta de salud. Esto debería ayudar a prevenir la frecuente duplicación de pruebas y aportar continuidad en la entrega del cuidado de salud. Un par de semanas después de que lleguen los emigrantes no es demasiado pronto para preguntar a dónde irán desde ahí. Cuando no se pregunta continuamente, una se encuentra luego con el hecho de que ya se han ido. Queremos estar preparadas. Un sistema de referencia es la única esperanza del emigrante para el seguimiento de cuidado y supervisión. Con un seguimiento puntual, la promoción, el mantenimiento y la restauración de salud para el emigrante puede convertirse en una realidad.

Los proyectos de salud de los emigrantes, como las cosechas, son por estaciones. Cuando se ha terminado la cosecha y los emigrantes se van, el proyecto se interrumpe hasta el año siguiente. Nosotras insistimos en que esto debe cambiarse. Parece que durante la temporada fuera de estación se puede hacer mucho trabajo. Es un tiempo bueno para que la enfermera actúe como facilitadora en acrecentar en la comunidad la conciencia del problema de los emigrantes. Sólo cuando se ha incrementado esta conciencia puede unirse la gente para afrontar el reto. Los miembros de la comunidad local han contribuido a la condición de los emigrantes, y necesitan ayuda para ver cómo es y qué pueden hacer para cambiarla. Los miembros de la comunidad deben ver al emigrante como un ser humano igual, alguien que está proporcionando a la comunidad un servicio necesario, y que, gracias a él, tenemos muchas de las frutas y verduras en nuestra casa diariamente. Cuando el emigrante es tratado como una persona y como una parte integral de la sociedad, él o ella podrán entonces empezar a cambiar sus comportamientos y desarrollar el respeto a sí mismos. Si los emigrantes pueden hacer frente a sus propias necesidades básicas de comida decente, ropa, y techo, pueden empezar a construir sobre algo. La comunidad puede hacer posible el cuidado de salud distributiva. En la realidad de una actitud comunitaria mejorada, las manos del equipo de salud ya no están atadas. Por el momento, como enfermeras en una atmósfera del cuidado de salud distributiva, debemos continuar trabajando lo mejor que podamos con lo que tenemos.

## ¿HACIA DONDE VAMOS DESDE AQUI?

En muchas áreas, la mecanización está adquiriendo un control gradual sobre el trabajo de los emigrantes. Una máquina puede trabajar cuatro

veces más rápida que un equipo entero al cosechar un campo. ¿Dónde van los emigrantes inexpertos cuando son reemplazados por máquinas? ¿Qué pueden hacer? Antes que nada, no tienen un hogar adonde ir. Han estado con la cuadrilla, probablemente, por muchos años y no tienen otra seguridad. No están entrenados para un tipo determinado de trabajo; esto es todo lo que saben y lo que siempre han hecho. Su educación de tercer grado no es bastante para nada. Producen para otros, pero para ellos mismos no hay progreso. No pretendemos saber las “respuestas de los emigrantes”. Sólo sabemos que es así como viven hoy en día. ¿Hacia dónde vamos desde aquí? Está muy bien decir que hay que dejar que el departamento de salud se encargue, pero no hay una salida fácil, porque los problemas son mucho más profundos y yacen dentro del sistema burocrático de la política. El dueño de una granja grande, encargado de contratar al líder de cuadrilla, y responsable del sistema de emigrantes, es frecuentemente un hombre que ha sido respetado por la comunidad durante muchos años, y a veces ha estado involucrado con la política del condado. La ley mira por el granjero rico, el ciudadano defensor de la ley, y no por el emigrante. Verdaderamente, las leyes para proteger a los emigrantes están en los libros, pero eso es todo. Hemos llevado a agricultores a juicio, y hemos sido puestas en ridículo, porque tomamos la causa de un emigrante que se veía forzado a usar los lugares apartados del monte como baño. La respuesta a nuestra pregunta, “¿hacia donde vamos desde aquí?”, ojalá y la supiéramos. Hay veces que se nos pregunta: “¿qué sacan de eso?” Verdaderamente, nunca hemos podido contestar con palabras, pero sabemos que somos diferentes por lo que los emigrantes nos han dado. Nos han dado lecciones nunca impresas en los libros de texto, lecciones de vida y de modo de vivir, prioridades y conceptos con los que nunca nos hubiéramos topado. Hemos aprendido cosas hermosas que no tienen nombre, pero las conocemos.

## BIBLIOGRAFIA

- Barnett, Stephen E., *et al.* “Migrant Health Revisited: A Model For State-Wide Health Planning and Services”. *American Journal of Public Health*, 10, 70:1092-1094, October, 1980.
- Briedenbach, J. “Cross-Cultural Nursing With Michigan Migrant Workers”. *Michigan Nurse*, 8-9, October 1981.
- Chaze, W.L. “Migrant Farm Workers Still Face A Harsh Life”. *U.S. News and World Report*, 26-37, August 9, 1982.
- Foster, D. “The Desperate Migrants of Devils Canyon”. *The Progressive*, 44-49, November 1982.

- Glittenberg, JoAnn A. "Variation in Stress and Coping in Three Migrant Settlements". *Image*, 2, 13:43-46, June 1981.
- Hawkins, Daniel R. Jr. "Farmworker Health: Issues and Perspectives". *Nursing Dimensions*, 15-20, Fall 1979.
- Hornbake, H.F. "The Migrant Child: Coping With A Life-style". *Children in Contemporary Society*, 38-41, January 1980.
- Jacobs, B. "Slavery American Style". *The Progressive*, 18, January 1982.
- Koeppel, B. "The Migrants Stoop, The Growers Conquer". *The Progressive*, 42-44, March 1982.
- O'Brian, Mary Elizabeth. "Reaching the Migrant Worker". *American Journal of Nursing*, 6, 83:895-897, 1983.
- Slesinger, Doris P. and Cautley, Eleanor. "Medical Utilization Patterns of Hispanic Migrant Farmworkers in Wisconsin". *Public Health Reports*, 96:255-263, May-June 1981.
- Willard, Nedd. "A Long Way From Home... Migrant Labour". *World Health*, 23-25, November 1981.
- Wingert, Willis A. and Halfman, Leanne. "Migrant Health Question". *Pediatric Nursing*, 6, 5:19-20, November/December, 1979.
- Wingert, Willis A. and Halfman, Leanne. "The Pressures Mounting Over Migrant Labor". *Business Week*, 44, May 3, 1982.

Se presenta la enfermería distributiva como una alternativa para un enfoque del modelo médico para el cuidado del enfermo crónico.

## CAPITULO TREINTA Y CINCO

# **EL IMPACTO DE LA ENFERMEDAD CRONICA SOBRE LOS SISTEMAS HUMANOS**

MARY G. MACVICAR  
KATHLEEN SEXTON-STONE

A pesar de que sabemos que el incremento constante en la enfermedad crónica presagia una crisis nacional en potencia para finales de siglo, pocos cambios ha habido en el desarrollo de una política de salud respecto de la prevención o el cuidado. En este capítulo se pretende proporcionar una panorámica de las tendencias de la enfermedad crónica y sus problemas relacionados, los conceptos principales, y los enfoques conceptuales en el cuidado de los pacientes con condiciones crónicas de salud y sus familias. La sección última encara la relevancia del marco de la enfermería distributiva para su aplicación en el campo de la enfermedad crónica.

## TENDENCIAS EN LA ENFERMEDAD CRONICA

Las sociedades industriales han experimentado un enorme cambio en los patrones de morbimortalidad desde 1900. En el inicio del siglo las enfer-

medades infecciosas como tuberculosis, difteria, e influenza/neumonía eran las causas principales de muerte. Actualmente la enfermedad crónica domina las tasas de mortalidad, encabezando la lista el corazón, el cáncer, y los accidentes cerebrovasculares.<sup>1</sup> Se han usado varios factores en el análisis de la incidencia y prevalencia de las tasas. Los citados con más frecuencia son la edad, la raza, y los económicos. Todos ellos se discuten más adelante en términos de tendencias estadísticas y problemas relacionados que son de la incumbencia de los profesionales de la salud.

Aunque la enfermedad y las condiciones crónicas predominan en todos los grupos de edad, las tasas se incrementan en forma acusada con la edad. Los resultados de un examen nacional de salud que cubría los años de 1966 a 1967 mostraron que el 23% de los niños por debajo de los 17 años de edad tenían una o más condiciones crónicas.<sup>2</sup> Para las personas entre los 45 y los 64 años de edad, la tasa era 7 de 10, aumentando a 5 de cada 6 personas de 65 años de edad o mayores.<sup>3</sup> Mientras que algunos pueden ver el advenimiento de la enfermedad crónica como el precio por el aumento en la longevidad, varios factores se han relacionado con la salud/enfermedad en personas de edad que sugerirían que el envejecimiento y la enfermedad crónica no están relacionados. Existen suficientes pruebas que identifican la influencia de la genética; el uso de sustancias como drogas, alcohol, y tabaco; los riesgos ocupacionales incluyendo la exposición a productos químicos, asbesto, y otros materiales; la dieta; la falta de actividad física en la etiología de la enfermedad crónica y las condiciones debilitantes.<sup>4-7</sup> Sin embargo, otro asunto que merece tenerse en cuenta es la distinción entre lo que constituye el proceso de envejecimiento y las definiciones de enfermedad. Por ejemplo, si se definen como enfermedad los cambios asociados con el envejecimiento, las intervenciones serían en función de un modelo de curación de la enfermedad, lo que puede ser o no adecuado. DeVries estableció que la decadencia con la edad en algunos sistemas fisiológicos podría prevenirse mediante patrones mejorados de vida. La investigación sobre el ejercicio y el envejecimiento ha demostrado los efectos benéficos de la actividad física sobre los sistemas cardiopulmonar y musculoesquelético, y sobre el mejoramiento general de las capacidades funcionales.<sup>8</sup>

Uno de los asuntos que confunden al intentar distinguir el envejecimiento de los determinantes de estilo de vida de la enfermedad crónica es el factor tiempo. Algunas condiciones crónicas, como la enfermedad cardíaca, el cáncer, o los desórdenes del sistema musculoesquelético, pueden ser consecuencia de muchos años de imprudencia. Es claro que se necesita mucha investigación para identificar los atributos de envejecer con salud y para diferenciar el envejecimiento y la enfermedad.



Además del envejecimiento, las tasas de enfermedad crónica también varían respecto de la raza. Sin embargo, hay que interpretar cuidadosamente los datos. Las categorías “blanco” y “no blanco” tienden a enmascarar factores culturales que pueden contar parcialmente para la variabilidad en las percepciones de salud, enfermedad, e invalidez. No obstante, los datos indican que para condiciones tales como hipertensión, enfermedad cardíaca, y accidente cerebrovascular, los no blancos son tres a cuatro veces más propensos a desarrollar esas enfermedades y a fallecer por ellas que los blancos. Un examen dirigido en Atlanta, Georgia, en 1968 reveló que en la población negra de escasos recursos, la enfermedad crónica con limitaciones de actividad era de 18%, lo que era un 50% más alto que para la nación como un todo.<sup>9</sup> Por otro lado, un examen dirigido en California mostró que los japoneses se colocaron los más altos en todos los índices de salud, seguidos por los blancos, los chinos, y los negros.<sup>10</sup>

Se necesita mucha investigación para identificar los determinantes de salud desde perspectivas raciales y culturales. Dentro de las categorías estadísticas de blancos y no blancos subyacen múltiples subgrupos que definen la salud y la enfermedad dentro de parámetros culturales, que pueden llevar a subinformar, sobreinformar, o no informar algunas condiciones. Aún más, la importancia de usar subgrupos raciales o culturales en el análisis de los datos de la enfermedad crónica es evidente en la búsqueda de predisposiciones genéticas para seleccionar algunas condiciones.

Las tasas de enfermedad crónica reflejan la importancia de los factores económicos. A través de todos los grupos de edad existe una relación inversa entre el ingreso familiar y las tasas de enfermedad e invalidez crónica. No sólo la pobreza está relacionada con el incremento en las tasas, sino que períodos de estrés económico como inflación y recesión altas pueden afectar el estado de salud. En una revisión excelente de la salud de familias con bajos ingresos, Davis compendió un estudio de Brenner que señalaba tres fuentes de estrés relacionadas con fluctuaciones económicas que desestabilizaban a la familia. Incluían la lucha por proveer a necesidades básicas (que se presentan en períodos de inflación y recesión); pérdida de la satisfacción del ego y la posición social cuando se pierde el empleo; incremento en el consumo de alcohol y tabaco, que tiende a aumentar con el estrés.<sup>11</sup> La presencia de enfermedad crónica es muchas veces la agresión final para una familia económicamente marginal. La economía y la educación están interrelacionadas de algún modo, en especial respecto de condiciones invalidantes, en que los que tienen educación más alta tienden a tener más flexibilidad y pueden obtener

posiciones o empleos con menos pérdida en ingresos que los que tienen educación mínima.

La discusión que aquí presentamos sirve para poner énfasis en la noción de que las estadísticas sólo son números, una cuantificación del predominio de la enfermedad crónica. Sin embargo, el análisis de las tendencias de la enfermedad crónica mediante las variables discutidas no revela el verdadero alcance del problema. Cualquier enfermedad a largo plazo en un miembro de la familia afecta al sistema total de la familia. Las familias se empobrecen emocional, física, y, con el tiempo, financieramente, con rompimientos en las relaciones familiares y comunitarias.<sup>12,13</sup> Además, la salud desmejorada de otros miembros adultos de la familia y los problemas de salud/comportamiento en los niños han sido relacionados con múltiples estrés generados por la enfermedad de largo plazo. Sin embargo, las consecuencias de la enfermedad crónica en términos del resultado familiar son variables. Factores tales como educación, ingreso, tamaño de la familia, y acceso a la red de servicios necesarios indican una diferencia importante. Un común denominador importante, sin embargo, es la ocurrencia de invalidez. Claramente una enfermedad crónica sin secuelas limitantes no es lo mismo que una que acaba en limitaciones que afectan la economía familiar, la autoimagen, el mantenimiento del estilo de vida, y las relaciones familiares y comunitarias. Por ello, el estado de invalidez es un corolario significativo de enfermedad crónica que requiere valoración sistemática.

## ENFERMEDAD CRÓNICA E INVALIDEZ

La definición de enfermedad crónica formulada por la Commission of Chronic Disease a mediados de la década de 1951-1960 ha permanecido sin cambio. Establece que la enfermedad crónica

...comprende todos los deterioros que tienen una o más de las siguientes características: permanencia; invalidez residual; alteraciones patológicas no reversibles; requiere entrenamiento especial para la rehabilitación y puede necesitar un largo período de supervisión, observación o cuidado.<sup>14</sup>

El concepto de invalidez es algo más complejo. En aras de la claridad, debe hacerse una distinción entre enfermedad como proceso patológico, deterioro, e invalidez. Muchos individuos, incluso con enfermedad progresiva, tienen limitaciones funcionales mínimas, mientras que otros con patología controlada y deterioro residual mínimo son inválidos. Desde el punto de vista de la intervención individual y familiar, es muy impor-

tante entender esos conceptos. Aún más, como abogado y educadora, la enfermera de rehabilitación y los demás comprometidos con el proceso de entrenamiento restaurador deberían tener conciencia de las definiciones legales, clínicas, y sociales de la invalidez que confronta el cliente.

En su estudio original sobre invalidez y rehabilitación, Nagi proporciona un marco equilibrado para revisar los términos y las implicaciones subsiguientes de las definiciones.<sup>15</sup> Nagi ve la patología como un proceso caracterizado por el inicio de una enfermedad o una lesión con esfuerzos simultáneos del organismo para recuperarse. El deterioro, por otro lado, se refiere a pérdida anatómica, desviación, o anormalidad. La patología implicaría siempre un deterioro, pero lo contrario no tendría que ser necesariamente cierto. Por ejemplo, un individuo que ha experimentado amputación de un órgano tendría un deterioro, pero ya no tendría en adelante la patología. Otros ejemplos de deterioros incluyen pérdidas residuales a continuación de episodios agudos como en enfermedades neurológicas, condiciones congénitas, y deterioros asociados con el desuso de los músculos. Tales distinciones pueden parecer demasiado sutiles, pero se vuelven críticas al definir la invalidez, y en consecuencia legitimar el estado y los beneficios. Este asunto se clarificará más en la discusión siguiente.

De acuerdo con Nagi, la invalidez es un patrón de conducta que surge cuando los deterioros imponen limitaciones sobre las capacidades del individuo y los niveles de funcionamiento. Entre las variables que moderan el patrón de comportamiento se incluyen la habilidad del individuo para adaptarse a la enfermedad, las limitaciones residuales, y la percepción y la influencia de los demás, en especial dentro del parentesco y las redes sociales de relación. El deterioro no siempre conduce a invalidez; al revés, la invalidez no siempre indica la extensión o gravedad del deterioro (una conclusión a la que ha llegado la American Medical Association's Committee on Medical Rating of Physical Impairment). Por ello, no pueden estar de acuerdo la definición clínica y la definición social de invalidez. El problema es complejo cuando se consideran los criterios del programa (*i.e.*, seguridad social y rehabilitación vocacional), que son quasi-judiciales en carácter y pueden considerarse como definiciones legales de invalidez. Las implicaciones de esto es que el cliente debe *poner énfasis* en la limitación para recibir asistencia al mismo tiempo que debería movilizarse energía para tratar de corregir la limitación. La contradicción, en lo que concierne al cliente, es evidente. Para los que necesitarán beneficios, el entrenamiento restaurador podría comprometer la totalidad de los beneficios, contribuyendo por ello a marginalidad económica y crisis. Este conflicto se ilustra en el ejemplo siguiente.

---

ESTUDIO DE CASO • PARAR UN 27

---

Una mujer de 30 años de edad, diabética y parapléjica, se enfrentaba a una decisión: buscar empleo y renunciar a los beneficios de la seguridad social o continuar sin empleo y retener los beneficios. Cuando nos vimos por primera vez estaba terminando su programa doctoral en trabajo social. Aunque estaba confinada a una silla de ruedas motorizada, con sólo cerca del 50% de capacidad funcional de la parte superior de su cuerpo, era capaz de vivir independientemente en un complejo habitacional de bajo costo para inválidos. Además de los gastos normales para vivir (renta, alimentación, vestido, etc.) tenía un flujo continuo de gastos de cuidado de salud, que incluía medicinas, mantenimiento del equipo mecanizado, transporte especial, una ayudante domiciliaria de rehabilitación que le ayudaba en las actividades de autocuidado en las mañanas y en las tardes, y hospitalización y consulta externa por infecciones de la vejiga, caídas periódicas de piel, etc. Como sus ingresos no pasaban de 300 dólares al mes, esos gastos eran cubiertos por los beneficios de invalidez. A medida que se acercaba la graduación, se sentía cada día más deprimida con pérdida de motivación para mantener su estado de independencia. Sus costos de mantenimiento de salud eran de casi 15,000 dólares al año. Los cálculos indicaban que para ayudarse a sí misma sin los beneficios de la seguridad social, necesitaría un ingreso anual de 25,000 a 30,000 dólares. Inútil es decirlo, muy pocos puestos en el sector de servicios podían ofrecerle al principio un salario de ese nivel. Su otra opción era negociar un salario de sólo 300 dólares mensuales. Las firmas prospectivas no podían aceptar este puesto debido a su estructura económica y políticas de personal que podían acomodar sólo la norma, esto es, una semana de 40 horas con un salario establecido. Con sus gastos, el salario usual inicial de 18,000 dólares no se alcanzaba. Como su depresión iba en aumento, descuidaba los ejercicios diseñados para mantener fuerte la parte superior de su cuerpo, pero con la pérdida creciente de función se volvió candidata a mayores beneficios. Por ello, se encontraba realmente en parar un 22.

Después de varias reuniones, la paciente y yo identificamos los problemas críticos a los que se enfrentaba, y empezamos a desarrollar estrategias que incluían consultación con un especialista en las actividades de las agencias gubernamentales que infringen los derechos de los individuos, y trabajar con la depresión y tratar de movilizar su energía para recuperar su motivación anterior. Yo servía como abogado. Ella preparó la documentación necesaria, reinició los ejercicios, y continuó sus estudios. El resultado fue un puesto negociado en un hospital, con un sueldo de 300 dólares mensuales como consultante para proyectos de pacientes. Desde entonces ha sido miembro activo de un grupo de cabildeo para inválidos.

Todos conocemos a individuos que tienen una enfermedad crónica severa y limitaciones físicas, pero que no se ven a sí mismos o no son percibidos por la familia o amigos como inválidos. Por otro lado, hay individuos en los que la patología se ha detenido, los deterioros son mínimos, aunque hay invalidez. Hay muchas variables que se ha visto que influyen en la percepción de invalidez. Entre ellos se incluyen el momento del ciclo vital en que se presenta la enfermedad; la manera cómo comenzó; el grado de dolor o trauma; los tratamientos y el cuidado requeridos y recibidos; el curso de la patología (interrumpido, progresivo, con remisión o sin ella); la naturaleza y tipo de las limitaciones (visibilidad y estigmas asociados); posibilidad de rehabilitación.<sup>16</sup>

Algunas variables demográficas como edad, ingreso familiar, educación, y ocupación influyen también al contribuir y definir el estado de invalidez. Por ejemplo, en un estudio para valorar el estado de invalidez de pacientes masculinos con cáncer, se encontró que la invalidez estaba más relacionada con la demografía que con el estudio o el tipo de cáncer. Hasta que no se presenta dependencia física en respuesta a la enfermedad que avanza rápidamente hay homogeneidad entre las familias acerca de la percepción y definición de invalidez.<sup>17</sup> La influencia dominante de factores como educación, ingreso familiar, y ocupación fueron particularmente importantes. Los que tenían logros académicos más altos (universidad o más) eran más inquisitivos y más aptos para buscar soluciones alternativas a los problemas. Además, la habilidad para permanecer en los empleos durante más tiempo o conseguir una transferencia del puesto contribuían a mantener el ingreso. Por ello, desde su perspectiva ellos no eran inválidos. En contraste, los que tenían educación secundaria o menos eran más capaces de estar en puestos que requerían más vigor físico y resistencia, como los trabajadores de la construcción, o en puestos donde la transferencia a otro puesto menos solicitado no era posible, en consecuencia perdían sus puestos poco después del diagnóstico de la enfermedad. Esos hombres se clasificaron como inválidos, aunque la única diferencia significativa era la habilidad para desempeñar los requerimientos ocupacionales. Puesto que tenían cáncer, no se pensó en el reentrenamiento vocacional debido a que no debían llenar requerimientos de elegibilidad. Aquí el punto importante es que no existen categorías precisas o criterios constantes de inválido y no inválido. Debería ser evidente que la enfermedad crónica y la invalidez presentan muchos problemas complejos que se traducen no sólo en costo personal para el afectado y los miembros de la familia, sino también en problemas sociales, económicos, y profesionales en todos los niveles del sistema.

Existe un impresionante cuerpo de literatura que identifica los problemas y necesidades del enfermo crónico. Hay un acuerdo general de que la mayoría, si no todos, de los clientes y las familias necesitan servicios especiales desde el principio hasta el fin de la enfermedad y, en consecuencia, el consejo de duelo se ha identificado como un aspecto importante en el mantenimiento de la salud después de la muerte del individuo con enfermedad crónica. El alcance de los problemas asociados con la enfermedad crónica y la invalidez a menudo son demasiado complejos para la organización tradicional de cuidado agudo de los servicios de salud. De especial importancia es el impacto de la especialización en la provisión de cuidado y las implicaciones para el cliente y la familia que se enfrentan a la enfermedad crónica.

## LA ESPECIALIZACION Y LA ENFERMEDAD CRONICA

Glazier señala que no es la falta de técnicas o servicios, sino el desequilibrio entre lo que se necesita y el modo de satisfacerlo, donde radica el problema de la provisión de cuidado de salud para el enfermo crónico.<sup>18</sup> La especialización es el resultado inevitable del conocimiento creciente. Las categorías de especialistas pueden identificarse por la localización del órgano (cardíaco); el sistema (renal); la enfermedad (cáncer); el grupo de edad (geriatría); la agencia (hospital); etcétera. La lista no tiene fin cuando se considera la variación de combinaciones (quimioterapia en hematología pediátrica). Desde el lado positivo, este desarrollo en el conocimiento profundo de un área específica e intervención origina experiencia y competencia técnica que mejoran la práctica profesional. En la enfermedad crónica, sin embargo, la especialización puede ser un obstáculo para el cuidado completo. El dilema consiste en que raras veces una enfermedad, en especial una patología crónica, se limita a sí misma a un órgano único o a un sistema fisiológico. La enfermedad y el tratamiento implicarán la valoración de un sistema múltiple e intervenciones. En consecuencia, el individuo con enfermedad crónica con el tiempo entra a un sistema complejo de referencia, con oportunidad tremenda para regímenes conflictivos de manejo, que incluyen la administración de drogas múltiples con efectos interactivos que pueden ser peligrosos, o por lo menos complicar los problemas de salud del paciente. Cuando la especialización profesional se encara con la especialización y los criterios de la agencia para la elegibilidad del servicio, no es difícil imaginar la frustración abrumadora de los clientes perdidos en el laberinto de los servicios profesionales.

La especialización, su coordinación, es disfuncional desde una perspectiva de sistemas y frustrante, incluso peligrosa, desde la perspectiva del cliente. El manejo de largo plazo de la enfermedad con consecuencias invalidantes o sin ellas requiere de un enfoque coordinado, multidisciplinario que es responsable, y tiene en cuenta, las necesidades múltiples de salud, económicas, y sociales de la familia como un todo. El marco articulado por Strauss es más apropiado para la tarea que la orientación de la enfermedad del modelo de cuidado agudo.<sup>19</sup> Los elementos de este modelo incluyen prevención de las crisis médicas y manejo cuando se presentan; control de síntomas; manejo de los regímenes prescritos y problemas concomitantes; prevención o minimización del aislamiento social; ajuste a los cambios en las trayectorias de la enfermedad (remisiones, recurrencia); normalización de relaciones; y fondos públicos.

La importancia del enfoque de Strauss radica en que lleva más allá

el “cuidado de la enfermedad” y ofrece algunas directrices para el manejo del estrés y la prevención de la enfermedad que son aplicables a la familia entera. Como quedó establecido antes, la enfermedad crónica se considera que es un estresor importante en la familia, contribuyendo a la enfermedad y problemas de comportamiento en otros miembros. En efecto, existe un cuerpo amplio de literatura que enlaza el estrés a la enfermedad crónica, tanto como etiología como consecuencia. Por ello, los servicios proporcionados al paciente deberían estar coordinados para proveer la red de servicios necesarios para toda la familia de cara al cuidado y a la prevención. Aun cuando debe predominar el sentido común, la Commission on Chronic Disease ha establecido que la prevención debería ser el enfoque para el problema de la enfermedad crónica. Ciertamente la prevención tiene más costo-eficacia que la curación. Sin embargo, deben dedicarse muchos más recursos económicos y políticos al área de la prevención de la enfermedad. La enfermedad crónica desafía el modelo ingenuo de causa-efecto que demostró ser eficaz en el establecimiento de técnicas preventivas para la enfermedad infecciosa. Se cree que actualmente un modelo multivariado sería más adecuado para estudiar la enfermedad crónica. Debido a que se piensa que el estrés tiene un rol significativo en la enfermedad crónica, la reducción de la etiología y el estrés se ha relacionado con un manejo eficaz de la trayectoria de la enfermedad. El concepto de estrés se revisa con mayor profundidad en la sección siguiente. Baste decir que las enfermeras pueden tener el impacto más profundo sobre el cliente y su familia debido a su posición central en el sistema de cuidado de salud, sirviendo como abogado y guardián. Las enfermeras, más que cualquier otro grupo de profesionales de cuidado de salud, tienen la capacidad de influir directa e indirectamente en el impacto y el manejo de la enfermedad crónica dentro de la familia.

## EL ESTRES Y LA ENFERMEDAD CRONICA

El estrés en determinadas circunstancias puede ser perjudicial, puesto que reduce la capacidad adaptativa de la persona, lo que resulta en síntomas fisiológicos y psicológicos y en predisponer al individuo a la enfermedad o exacerbar el proceso de la enfermedad.<sup>20</sup> De cara a entender la etiología de los desórdenes por estrés y el rol que desempeñan en la enfermedad crónica, se presenta un modelo multifactorial de las causas de la enfermedad (fig. 35-1). Un modelo multifactorial del estrés es útil para explicar por qué un individuo expuesto al estrés desarrolla una enfermedad crónica mientras que otro no lo hace. La respuesta del indi-

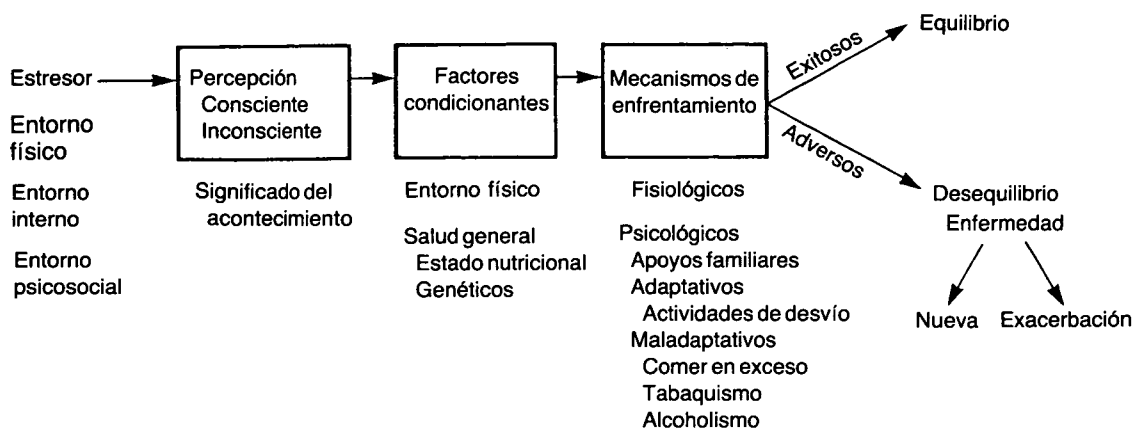


FIGURA 35-1

Modelo de salud-enfermedad. (Adaptado de Marcy Smith y Hans Selye: "Reducing the Negative Effects of Stress." American Journal of Nursing, 79,11:1954, 1979.)

viduo al estrés dependerá de la percepción, los factores condicionantes, y los mecanismos de enfrentamiento.<sup>21</sup>

Los estresores que resultan en enfermedad crónica pueden surgir de tres fuentes principales: entorno físico, entorno interno, y entorno psicosocial. Los estresores que proceden del entorno físico pueden incluir el ruido, la polución del aire, o la exposición ocupacional, como al asbesto o a la sílice. Ejemplos de estresores que se originan en el entorno interno incluyen un trombo en una arteria coronaria aterosclerótica, la producción aumentada de ácido clorhídrico en el estómago, la hiperglucemia, o una célula cancerosa recorriendo todo el organismo. Los estresores desde el entorno psicosocial pueden ser una defunción en la familia, un casamiento, un nuevo empleo, o un miembro de la familia con una enfermedad crónica. Es inmaterial al organismo si el estresor es agradable, como un matrimonio próximo, o desagradable, como la pérdida del trabajo o una defunción en la familia. El problema crítico radica en si el estresor origina una ruptura en el equilibrio dinámico del individuo, lo que resulta en un patrón predecible de cambios bioquímicos, funcionales, y estructurales.

La percepción y significado que las situaciones y los acontecimientos suponen para un individuo son importantes para determinar si el equilibrio dinámico del individuo es, o puede ser, roto.<sup>22</sup> Un acontecimiento que se percibe consciente o inconscientemente como estresante por una persona puede ser visto como un episodio plenamente gratificante por otra.<sup>23</sup> En ocasiones, los profesionales del cuidado de salud se inclinan a dar por sentado que el significado que le dan a la situación es compartido



por el cliente o la familia. Más que juzgar con sus propios estándares, es crucial que los profesionales del cuidado de salud estén seguros de la importancia de la experiencia para el cliente individual y los miembros de la familia.<sup>24</sup> Además, es importante valorar la capacidad del individuo para tolerar el estrés. La capacidad para tolerar el estrés se relaciona tanto con los factores condicionantes como con los mecanismos disponibles de enfrentamiento. Un individuo que se encuentra en una situación estable tanto física como emocionalmente es más apto para mantener el equilibrio cuando se enfrenta a un estresor. Al revés, la enfermedad física, el trastorno emocional, y los mecanismos inadecuados de enfrentamiento aumentan la vulnerabilidad del individuo al estresor y a la enfermedad crónica. En consecuencia, es importante que los profesionales del cuidado de salud valoren al cliente y a la familia respecto de los factores condicionantes y los mecanismos disponibles de enfrentamiento. Los factores condicionantes que podrían ser valorados incluyen la exposición previa al estresor, la salud general, el estado nutricional, y la predisposición genética.

Si el cliente y la familia han tenido exposición previa al estresor y han tenido éxito al enfrentarlo en el pasado, pueden ser capaces de presentar las estrategias previas de enfrentamiento y permanecer en equilibrio. Si el estresor es nuevo, poco común, y amenazador, será más difícil presentar estrategias adecuadas de enfrentamiento, lo que resultará en una respuesta más intensa al estrés.

Si la salud general del cliente y de los miembros de la familia es buena, estarán en mejores condiciones para enfrentar al estresor. Sin embargo, el individuo que ya tiene una enfermedad crónica puede estar comprometido en la capacidad para responder al estresor, lo que resulta en la exacerbación de la enfermedad actual o en la manifestación de nueva enfermedad. En consecuencia, es esencial que los profesionales del cuidado de salud terminen una valoración acuciosa de todos los sistemas corporales, no sólo el sistema involucrado en ese momento, sino cualesquiera alteraciones que puedan ser detectadas tempranamente.

El estado nutricional es otra categoría crítica de valoración. Una dieta equilibrada con nutrientes adecuados proporciona al cuerpo los materiales esenciales para el mantenimiento de los sistemas. En las familias en que existe enfermedad crónica, los patrones de comida pueden ser pobres o erráticos. La influencia cultural puede influir en términos de lo que la familia cree que es comida “sana” o lo que constituye dietas especiales para el enfermo. Los patrones dietéticos pueden reflejar antecedentes culturales o religiosos, o modas actuales de salud. El punto importante radica en que, bajo condiciones de estrés, la tasa metabólica se incremen-

ta. Los carbohidratos y las grasas son necesarias, igual que la proteína, para la restauración estructural. La cantidad de calorías puede ajustarse de acuerdo a la necesidad individual para la pérdida o ganancia de peso. Sólo hace pocos años que han empezado a investigarse seriamente las necesidades dietéticas para el mantenimiento de la salud y como un aspecto crítico de cuidado en la enfermedad crónica.

Los antecedentes genéticos son factores que indican la predisposición familiar para enfermedades específicas. Un estresor puede actuar a veces como un estímulo que evoca la expresión genética de una enfermedad previamente reprimida. Si el estresor se prolonga y fallan los mecanismos de enfrentamiento, a menudo el sistema más débil en el organismo sucumbe.

La valoración de los mecanismos disponibles de enfrentamiento debería incluir perspectivas fisiológicas y psicológicas. Los mecanismos de enfrentamiento inducidos por el estrés surgen de los aspectos fisiológicos y psicológicos del individuo y ocurren simultáneamente como un patrón integrado de reacción. Por ejemplo, si el proceso arteriosclerótico de las arterias coronarias ha tenido lugar desde hace tiempo, el organismo intenta compensarlo desarrollando una circulación colateral. En respuesta al estrés inducido por la secreción de ácido clorhídrico, las glándulas estomacales incrementan la producción de moco para proteger la mucosa estomacal. La hiperglicemia inducida por el estrés resulta en liberación adicional de insulina desde el páncreas. En respuesta a la célula cancerosa, el cuerpo incrementa la producción de linfocitos. Fisiológicamente, el cuerpo posee un amplio repertorio de estrategias de enfrentamiento.

Cómo una persona responda psicológicamente a un estresor depende primariamente de sus recursos de enfrentamiento, los que están determinados por la personalidad, la capacidad intelectual, y el apoyo de la familia, los amigos, y los compañeros de trabajo. Es necesario valorar la eficiencia de los sistemas de apoyo para enfrentar el estrés. La naturaleza del mecanismo de enfrentamiento es también algo críticamente importante, puesto que algunas estrategias son útiles en el enfrentamiento con el estresor, mientras que otras interfieren en su momento con la habilidad para hacerlo. Un individuo puede elegir una actividad de diversión como el trote lento o juego de raqueta para reducir el estrés a niveles manejables, mientras que otros pueden volcarse en conductas de enfrentamiento mal adaptativas como comer en exceso, fumar, o alcoholismo. El apoyo familiar o el apoyo de amigos íntimos y colegas son otros de los recursos. Muchas veces, el juicio y la toma de decisiones están impedidos por los resultados acumulativos de cambios bioquímicos como la descarga aumentada del sistema simpático, sobrestimulación del sistema reticular activador, sobrecarga perceptiva, o interpretación errónea de

los estímulos. Pueden ser actividades eficaces de apoyo social la ayuda en la clarificación de preocupaciones, la identificación de estrategias alternativas de solución de problemas, o incluso proporcionar un compañero afín para reducir el sentimiento de soledad.

Si los mecanismos de enfrentamiento fisiológicos y psicológicos son los adecuados, entonces el individuo puede retornar a un estado de equilibrio dinámico. Sin embargo, si los mecanismos de enfrentamiento son inadecuados, entonces el estresor dispara una cadena de acontecimientos que resultan en la alteración del funcionamiento fisiológico y psicológico. Esta puesta en marcha, o desencadenamiento, de la respuesta al estrés durante largos períodos de tiempo tiene un efecto de desgaste sobre el organismo y prepara al individuo a un riesgo creciente de enfermedad, exacerbación de la enfermedad presente, o a una nueva enfermedad.

Respecto de la valoración, es importante poner énfasis en la naturaleza de largo plazo de los desórdenes crónicos. La trayectoria de la enfermedad, con necesidades múltiples y cambiantes, puede alargarse muchos años. En consecuencia, se necesitan múltiples valoraciones que sustenten los datos longitudinales. El uso de las mismas herramientas de valoración a lo largo del tiempo proporcionan una base de datos coherentes, que son valiosos en la evaluación de las intervenciones de enfermería, los resultados a corto y largo plazo para el cliente y la familia, la variación en los patrones necesarios, etcétera. El uso de las herramientas que se han desarrollado y probado en condiciones de investigación son las mejores idealmente para valorar al cliente y a la familia. El estudio de caso siguiente magnifica la importancia de la valoración y de los datos concisos en la formulación y la implementación de las estrategias del cuidado de enfermería.

Una barrera importante para el cuidado y el tratamiento de los pacientes con enfermedad crónica es la actitud de los profesionales de salud hacia la cronicidad. No existen, o muy pocas, recompensas inmediatas por el camino de la curación, respuesta rápida a la terapéutica, y otras mejorías medibles. En efecto, para los pacientes con patologías progresivas parecería que muy poco puede alcanzarse, dejando tanto al cliente como al proveedor de cuidado con un sentimiento de descorazonamiento y futilidad. El estudio de caso que aquí se presenta intenta dos cosas: ilustrar lo que se puede lograr con un enfoque para la práctica de enfermería basado en una investigación científica; y proporcionar un ejemplo de lo que constituye la esencia de la intervención de enfermería en el cuidado del enfermo crónico.

---

**ESTUDIO DE CASO • LA INTERVENCION DE ENFERMERIA  
EN LA ENFERMEDAD CRONICA**

---

La cliente era una mujer soltera de 29 años de edad, que vivía sola, que padecía de insuficiencia renal y que se encontraba en hemodiálisis de mantenimiento. La entrevista preliminar reveló que sufría de fatiga extrema, debilidad, cefalalgias, hipertensión incontrolada, y depresión. La cliente había trabajado tiempo completo pero había reducido su calendario de trabajo a tiempo parcial como resultado de la severidad creciente de sus síntomas. Las actividades sociales habían sido reducidas importantemente desde el período prepatogénico, y sólo incluían visitas de sus parientes y un ocasional “estar juntos” con los amigos. Los padres interpretaron los síntomas como indicadores de una enfermedad progresiva y le urgían que regresara a casa para que ellos pudieran “cuidarla adecuadamente”, algo que a la cliente no le parecía aceptable.

El enfoque de la enfermera ante esta cliente y su familia se describe en tres etapas: valoración y revisión de la literatura; intervención; y evaluación. Las actividades se describen bajo cada encabezado.

#### *VALORACION Y REVISION DE LA LITERATURA*

A continuación de la primera entrevista, la enfermera revisó la literatura para material relacionado con el cuidado de individuos en hemodiálisis. En especial, la investigación era de técnicas de control de síntomas. Se seleccionaron varias herramientas de valoración para usarlas, incluyendo actividades físicas, dietéticas, psicométricas, y sociales. Cuando fueron cumplidas por la cliente, la segunda entrevista condujo a clarificar problemas y a delinear el curso de las actividades de la intervención. Además, se entrevistó a los padres para valorar su percepción de la enfermedad y los síntomas y si creían que su rol tendría algo que ver con el cuidado de su hija. Se revisaron registros médicos para identificar regímenes que pudieran ser confusos y para completar los datos físicos de la valoración, como niveles de electrolitos y glucosa.

Basándose en los hallazgos de la literatura, los datos de la valoración, y la información obtenida durante las entrevistas, se pudieron diseñar intervenciones y protocolos específicos en colaboración con el cliente, la familia, y el médico.

#### *INTERVENCIONES*

Las intervenciones que se implementaron fueron de tres amplios tipos: educación; consejo; y abogacía. Ejemplos de las intervenciones educacionales fueron instrucción respecto de la dieta, actividad física en cuanto estaba relacionada para prevenir incapacidades secundarias, efecto de la insuficiencia renal sobre otros sistemas corporales, y el efecto de las drogas hipertensivas sobre los sistemas fisiológicos.

El consejo tendía a centrarse en las relaciones padres-hija adulta. La cliente deseaba seguir tan independiente como le fuera posible y cuanto más tiempo pudiera. Los padres alentaban la dependencia con su insistencia en que ella estaba “demasiado enferma” para vivir sola. La enfermera se reunió con la cliente y los padres por separado y en grupo, momento en que se dieron cuenta que ellos habían visto el problema desde un marco de “o-o”. La comunicación familiar empezó a abrirse, con apreciación creciente de los padres y la hija respecto de las preocupaciones y percepciones de cada uno.

En su rol de abogado fue en donde la enfermera tuvo la más profunda influencia sobre el cuidado de esta cliente y al final fue responsable de la revisión del protocolo médico de hemodiálisis. En su revisión inicial de los datos médicos y de laboratorio, la

enfermera había notado que los niveles de glucosa habían sido extremadamente bajos después de la diálisis. Además, las formas de valoración revelaban que existía un patrón coherente entre el momento en que la cliente tomaba dos medicamentos antihipertensivos y los períodos de debilidad y somnolencia. Estos hechos fueron revisados por el médico antes de implementar las intervenciones. Se diseñaron protocolos para dirigir la depleción de glucosa y el calendario de medicación; esto es, se añadió glucosa al fluido de diálisis, y la cliente tomaba los dos medicamentos en un calendario alterno, en vez de hacerlo al mismo tiempo, para mantener un nivel sanguíneo más coherente.

### *EVALUACION*

La etapa final del enfoque de la enfermera para el plan de manejo de enfermería fue la evaluación. Los instrumentos de valoración fueron complementados por el cliente antes de la intervención, en los períodos de la quinta y la décima semanas. La enfermera vio a la cliente y a los padres dos veces por semana durante 5 semanas y una vez por semana durante el segundo período de 5 semanas. El efecto aislado de las intervenciones no puede ser diferenciado con precisión. Sin embargo, el efecto acumulado resultó en lo siguiente: las cefalalgias disminuyeron después de añadir glucosa al fluido de diálisis; la debilidad y la somnolencia disminuyeron después de la implementación de un calendario alterno de medicación y en unión con las perfusiones de glucosa; se controló la hipertensión; y se alivió la depresión. La mujer se encuentra actualmente trabajando tiempo completo y ha reanudado su vida social activa. Además, los padres definen ahora su rol como de ayuda más que como de dirección. Finalmente, vale la pena añadir que el centro de diálisis inició un proyecto de investigación para evaluar el efecto de la perfusión de glucosa y los calendarios de medicación sobre el control de síntomas en pacientes que reciben hemodiálisis de mantenimiento, con la enfermera como el investigador principal.

## ENFERMERIA DISTRIBUTIVA Y ENFERMEDAD CRONICA

Los problemas asociados con la enfermedad y la invalidez crónica desafían el modelo tradicional de cuidado agudo. Un marco conceptual que adapte la naturaleza multivariada de la cronicidad se está volviendo cada vez más importante a medida que trabajemos para aprender más acerca de la prevención, la naturaleza de las trayectorias de la enfermedad de largo plazo, el cuidado y el impacto de la familia. La enfermería distributiva proporciona un marco único que conviene a la tarea por diversas razones.

Primero, el soporte filosófico del concepto de cuidado distributivo de salud pone énfasis en la disponibilidad de servicios preventivos, de apoyo, y terapéuticos para toda la gente de acuerdo a sus necesidades.<sup>25</sup> Esto también ayuda a oscurecer la dicotomía cuidado/curación. En la enfermedad crónica existe una mezcla sutil de metas: curación cuando es posible; control y cuidado siempre. Además, la cronicidad requiere manejo activo de salud, con episodios periódicos de exacerbaciones agudas de los síntomas que necesitan cuidado. Esto es congruente con el punto de vista de la enfermería distributiva en tanto que abarca activida-

des alrededor del mantenimiento activo de la salud a través del ciclo vital así como cuidado durante los episodios agudos de la enfermedad.

Segundo, el cuidado de salud de la enfermería distributiva y su práctica facilitan la integración del conocimiento con su énfasis sobre sistemas. Este enfoque realza las prospecciones para intervenciones multidisciplinarias coordinadas que capitalicen los beneficios del conocimiento especializado mientras disminuyen los aspectos disfuncionales de la especialización. También reconoce la importancia de la familia en la enfermedad crónica y la importancia societaria de la enfermedad crónica.

Tercero, la investigación basada en el modelo de enfermería distributiva generaría conocimiento acerca de la interrelación de sistemas y subsistemas y puede ayudar excelentemente a penetrar las fronteras tradicionales académicas y de la práctica, que se basan en los modelos de cuidado agudo y médicos, proporcionándonos nuevos modelos de cuidado de salud.

## REFERENCIAS

- 1 William H. Glazier: "The Task of Medicine". In P.R. Lee, N. Brown, and I. Reed (eds.): *The Nation's Health* (San Francisco: Boyd and Fraser, 1981), pp.166-178.
- 2 Georgia Travis: *Chronic Illness in Children* (Stanford, California: Stanford University Press, 1976).
- 3 Sylvia Sherwood: "Long-Term Care: Issues, Perspectives and Directions". In S. Sherwood (ed.): *Long-Term Care* (New York: Spectrum Publications, 1975), pp.1-5.
- 4 U.S. Department of Health, Education and Welfare: *Health People: Surgeon General's Report on Health Promotion and Disease Prevention* (Washington D.C.: U.S. Government Printing Office, 1979).
- 5 Thomas McKeown: "Determinants of Health". In Lee, Brown, and Reed, *op.cit.*, pp.49-57.
- 6 Kenneth R. Pelletier: *Holistic Medicine: From Stress to Optimum Health* (New York: Dell Publishing Co., 1980).
- 7 Lorna Moore, et al.: *The Biocultural Basis for Health* (St. Louis: C.V. Mosby, 1980).
- 8 Herbert A. deVries: *Physiology of Exercise* (Dubuque, Iowa: William C. Brown, 1980).
- 9 William C. Richardson: "Poverty, Illness and the Use of Health Service in the U.S.". In E.G. Jaco (ed.): *Patients, Physicians and Illness*, ed.2 (New York: The Free Press, 1972), pp.240-249.
- 10 Lester Breslow and Bonnie Klein: "Health and Race in California". *American Journal of Public Health*, 4, 61:763-774, April 1971.
- 11 Karen Davis: "Health Care of Low Income Families". In Lee, Brown, and Reed, *op.cit.*
- 12 R. Castri DeLamata, G. Gingros, and E. Wittkower: "Impact of Sudden Severe Disablement of the Father on the Family". *Canadian Medical Association Journal*, 82:1015-1019, March 1960.
- 13 Robert F. Klein, Alfred Dean, and Morton Bogdonoff: "Impact of Illness Upon the Spouse". *Journal of Chronic Disease*, 20:241-248, 1967.

- 14 Commission on Chronic Illness: *Chronic Illness in the United States*, vol. III. (Cambridge, Massachusetts: Harvard University Press, 1956).
- 15 Saad Nagi: *Disability and Rehabilitation: Legal, Clinical and Self Concepts and Measurement* (Columbus, Ohio: Ohio State University Press, 1969).
- 16 Saad Nagi: *op.cit.*
- 17 Mary MacVicar: "Impact of Cancer in the Male Spouse on the Family". Doctoral Dissertation, Ohio State University, 1975.
- 18 Glazier, in Lee, Brown, and Reed, *op.cit.*, pp.166-178.
- 19 Anselm Strauss: *Chronic Illness and the Quality of Life* (St. Louis: C.V. Mosby, 1975).
- 20 Jonathan Braunstein: "Reactions to Stress". In Jonathan Braunstein and Richard P. Toister (eds.): *Medical Applications of the Behavioral Sciences* (Chicago: Year Book Medical Publishers, 1981), pp.143-162.
- 21 Marcy Smith and Hans Selye: "Reducing the Negative Effects of Stress". *American Journal of Nursing*, 11, 79:1954, November 1979.
- 22 Braunstein, in Braunstein and Toister, *op.cit.*
- 23 Elizabeth Maloney: "The Subjective and Objective Meaning Definition of Crisis". *Perspectives in Psychiatric Nursing*, 9:240-246, 1971.
- 24 Braunstein, in Braunstein and Toister, *op.cit.*
- 25 Joanne E. Hall: "Distributive Health Care and Nursing Practice". In J.E. Hall and B. Weaver (eds.): *Distributive Nursing Practice: A Systems Approach to Community Health* (Philadelphia: J.B. Lippincott, 1977).

Una enfermera clínica especialista describe el uso del psicodrama como una técnica de intervención terapéutica con las familias disfuncionales que exhiben comportamiento de maltrato hacia sus hijos.

## CAPITULO TREINTA Y SEIS

# LA PRACTICA DE LA ENFERMERIA CON FAMILIAS DISFUNCIONALES

DEBORAH HEIPLE HOY

Fue durante mis estudios de graduada cuando empecé a interesarme en trabajar con familias disfuncionales que exhibían problemas serios de violencia en el hogar y maltrato de los niños. En los años que han seguido a la terminación de mis estudios para convertirme en una enfermera clínica especialista en la enfermería de salud psiquiátrica-mental, he mantenido ese interés en mi práctica privada, en enseñar a las estudiantes de enfermería de bachillerato, y en servir en una capacidad de consultante a grupos de estudiantes y a otras practicantes.

El marco teórico que sustenta mi enseñanza y práctica es de naturaleza holística, orientada a sistemas, y basado en el proceso de enfermería. Mi trabajo con los clientes está dirigido a identificar y reducir las causas de estrés en los sistemas individuales y familiares y a ayudar a que desarrollen habilidades mejoradas de enfrentamiento, mismas que les servirán para lograr un equilibrio más saludable.



## VIOLENCIA EN EL HOGAR

Estudios recientes sugieren que 50 al 60% de todos los matrimonios americanos han vivido por lo menos un incidente de golpes menores o agresiones a la mujer con quien se vive.<sup>1</sup> El Federal Bureau of Investigation informa que una mujer es maltratada cada 18 segundos en los Estados Unidos hoy en día y que el índice de golpes a la esposa es más alto que el de violación.<sup>2</sup> Gelles encontró, en una encuesta nacional de 2,143 familias, que el maltrato infantil ha incrementado su predominio y es ahora considerado como una parte mucho más significativa de un más amplio modelo de violencia en las familias americanas.<sup>3</sup> Además, existen pruebas que apoyan el hecho de que, cuando los niños que han sufrido maltrato físico son regresados a los padres sin intervención, un 35% de los niños enfermos serán lastimados seriamente otra vez y un 5% morirán.

## MALTRATO Y ABANDONO INFANTIL

¿Cuántos niños en este país sufren maltrato o abandono cada año física, y/o psicológicamente? El maltrato y el abandono tienen que ser notificados en los 50 estados de la Unión. En el presente, los números de casos reportados representan sólo la punta del iceberg, y son probablemente sólo una fracción del número total de casos. Muchos de los casos de maltrato o abandono se informan como accidentes. Se ha estimado que hay más de un millón de niños involucrados anualmente, con un 20% con daños permanentes. Niños con edades desde el nacimiento hasta los 6 años son los que parecen estar en mayor peligro. Ambos sexos son agredidos por igual. Se sabe que el maltrato y el abandono ocurren en familias sin importar la raza, religión, educación, o estado socioeconómico.

El maltrato infantil es una forma compleja, y casi siempre difícil de tratar, de disfunción familiar. El padre que maltrata es usualmente inseguro y dependiente, y proviene de una familia en la cual se aceptaba el uso del castigo físico. Cuando se enfrentan a situaciones de crisis en las que sus métodos de enfrentamiento normales fallan, o cuando sus necesidades de apoyo no son cumplidas por la pareja, tales padres pueden volverse hacia el niño en busca de esa gratificación. Las expectativas y exigencias hechas al niño en tales circunstancias son casi siempre inapropiadas para su fase de desarrollo, y por tanto no puede cumplir las expectativas del padre y proporcionarle la necesaria gratificación. Como resultado de esta mayor frustración, el padre que es propenso a maltratar a su hijo ejecuta la agresión y el enojo en su hijo a través de los mecanismos

de desplazamiento y proyección.<sup>4</sup> Como consecuencia, el niño es entonces castigado en exceso o víctima del maltrato.

## FACTORES QUE CONTRIBUYEN AL POTENCIAL DEL MALTRATO INFANTIL

### *Historia de violencia familiar*

Como se refirió antes, las experiencias infantiles de los padres que maltratan se considera que contribuyen en sumo grado a los comportamientos de ellos mismos como padres. Un niño que vive la violencia en su propia infancia tiene un alto potencial de volverse un miembro violento de la sociedad en algún momento de su vida. Entre un 30 a un 60% de los padres que fueron golpeados siendo niños tratan a sus hijos de la misma manera violenta.<sup>5</sup>

### *Reversión del rol*

El concepto de la reversión del rol puede también jugar una parte en el maltrato infantil. En tal situación hay una reversión del rol de dependencia en el que el padre se vuelve hacia el hijo para nutrimento y protección. El niño también es percibido como si tuviera poderes de adulto para disgustar o juzgar deliberadamente al padre. Por ejemplo, las necesidades o exigencias de cuidado de un infante pueden ser percibidas por el padre como amenazas a su propia integridad y el llanto del niño como juzgador. Como resultado, el padre entonces siente que el infante es la causa de sus problemas. Una vez que empiezan tales deformaciones primarias, el padre exhibe sentimientos depresivos ansiosos a partir de otras situaciones de la vida, y se espera del niño que de alguna manera conforte y dé confianza a su padre inseguro. Claro, no puede hacerlo a causa de sus propias necesidades físicas y emocionales de atención y amor por parte de sus padres.

### *Expectativas de rol rígidamente prescritas*

De niño, el padre que maltrata pudo haber sentido exigencias sobre él para comportarse de maneras prescritas que estaban fuera de su alcance. No pudiendo cumplir tales exigencias, éstas resultaron en que fuera frecuentemente censurado e inevitablemente sintiera que no lo querían.<sup>6</sup>

*El niño visto como la causa del mal momento del padre*

El padre, o en algunos casos ambos padres, pueden percibir que el niño es la raíz del mal momento por el que pasan. Por ejemplo, la madre puede guardar un prolongado resentimiento hacia el niño por los problemas que padeció durante el embarazo. El padre puede sentir que el niño es la causa de que él se sienta rechazado, y ambos padres pueden tener resentimiento contra el niño porque creen que es una complicación más de sus problemas financieros. Un niño percibido así está claramente más predispuesto al maltrato que uno que es visto como un placer y una alegría para sus padres.

*Patrón de conducta del niño*

En algunas situaciones el niño está más propenso a sufrir maltrato si el padre lo percibe persistentemente con mal comportamiento o actuando de manera que es claramente atípica cuando se le compara con los otros niños de la familia.

*Una falta de maternalidad*

Kempe y Helfer expresan la opinión de que la “maternalidad” es un comportamiento que el niño cuando es muy pequeño aprende al ser criado por sus padres, y que más tarde transmitirá en sus relaciones con los demás, tales como los hermanos y los amigos. La impresión de este comportamiento de “maternalidad” lo lleva el niño mientras madura y comienza su propio ciclo paternal. Si la impresión de maternalidad fue inadecuada o negativa, la probabilidad de abuso por parte de ese padre es mucho mayor.<sup>8</sup>

*Aislamiento familiar*

Las familias que están socialmente aisladas de sistemas de apoyo debido a patrones de movilidad, características que a otras las enajenan, y estrés que separan a las familias de apoyos potenciales y reales, tienen un más alto potencial de maltrato infantil que las familias que tienen una red adecuada de apoyo.<sup>9</sup>

*Patrón paternal de comportamiento dominante-sumiso exagerado*

Kalisch ha escrito que

Los padres maltratadores han demostrado una habilidad misteriosa para casarse con gente que tiende a acentuar en vez de solucionar sus problemas. En su interior, uno y otro anhelan desesperadamente alcanzarse, confiar, pero una falta básica de confianza y de fe les impide expresar sus necesidades.<sup>10</sup>

Como resultado de este patrón, el apoyo que se ofrecen entre sí los padres es generalmente inadecuado y genera hostilidad. Benne y Sclare señalan que el maltrato del niño generalmente ocurre dentro de este marco, particularmente cuando un padre no puede contenerse o comunicar su angustia. La ira que se genera hacia la pareja se desplaza hacia el niño, y resulta un maltrato.<sup>11</sup>

## INTERVENCION DE ENFERMERIA

*Valoración*

Las enfermeras que practican en escenarios pediátricos y comunitarios son tal vez las que más se enfrentan a problemas de maltrato infantil. Pero toda enfermera está obligada moral, ética y legalmente a responder a ello sin importar en dónde se tope con ello o, por lo menos, comunicarlo a las autoridades apropiadas. Para cumplir con esta obligación, las enfermeras deben poder darse cuenta cuándo ha ocurrido o está ocurriendo el maltrato infantil. A veces es muy evidente, pero hay muchas ocasiones en las que el maltrato es tal que permanece escondido. El abandono es una forma de maltrato que puede ser suficientemente sutil como para pasar desapercibido por largos períodos de tiempo. ¿Cuáles son, pues, las señales con las cuales las enfermeras deben estar alertas para intervenir y prevenir que el niño siga sufriendo? El cuadro 36-1 ofrece una relación de los indicadores básicos y de conducta del maltrato infantil y es una guía útil para tales señales cuando la enfermera valore el sistema familiar. El cuadro fue adaptado del trabajo de Heindl y asociados.<sup>12</sup>

En este punto permítaseme recordar que, como lo señalaron Hart y Herriot en el capítulo 8, desde el punto de vista de los sistemas, usted, quien valora, es parte del todo y por tanto está ejerciendo una influencia, tal y como usted también está siendo influida por la interacción con la que se halla comprometida. Por tanto, es conveniente para usted que

esté muy consciente de sus propias actitudes y sentimientos hacia el maltrato infantil. Una enfermera que alberga sentimientos de aversión o de ira, o que actúa como juez hacia el padre, no debe tratar de ser terapéutica con la persona, porque tales sentimientos negativos son invariablemente transmitidos y bloquean todo movimiento hacia la transacción.

### *Diagnóstico de enfermería*

En mi experiencia, las categorías diagnósticas que más comúnmente reflejan los problemas evidentes en familias que maltratan pueden incluir

- 1 Disfunción en el autoconcepto (paternal o del niño), tales como ansiedad o desarreglos en la autoestima
- 2 Desarreglos en la relación de rol, tales como conflicto por dependencia, alteraciones en el papel de padres, aislamiento social, potencial de maltrato o abandono
- 3 Capacidad de enfrentamiento disfuncional (ineficiente) familiar o individual

### *Metas y objetivos*

Después de una valoración completa y la determinación del diagnóstico de enfermería, en lo que a mí respecta procedo a trabajar con la familia para establecer las prioridades que guiarán mis esfuerzos y desarrollarán las metas y objetivos que son significativos para ellos.

Antes de continuar con la intervención, me gustaría intercalar aquí que el construir y mantener una relación terapéutica con una familia que maltrata puede ser un gran desafío dentro del proceso completo de enfermería. He aprendido que, mientras estoy valorando la dinámica de la familia y comenzando la implementación del plan de tratamiento, puedo anticipar ciertos tipos de respuestas por parte de las familias. Por ejemplo, las familias pueden inicialmente negar que hay un problema. Los padres maltratadores muchas veces tratan de dar la impresión de que están actuando bien y hacer que la situación parezca positiva para complacer a los demás.<sup>13</sup> Frecuentemente, los padres se hallan a la defensiva cuando tratan de proteger su ya de por sí baja autoestima. Finalmente, puedo anticipar que muchos padres maltratadores o que abandonan a sus hijos quieren obtener algo y que su única respuesta a mis esfuerzos al principio será, “¿qué gano yo con esto?”

**CUADRO 36-1 INDICADORES FISICOS Y CONDUCTUALES DEL MALTRATO INFANTIL**

TIPO DE MALTRATO O ABANDONO	SEÑALES FISICAS	SEÑALES CONDUCTUALES
Abandono físico	Falta de peso, patrón pobre de crecimiento, insuficiencia para crecer	Mendicidad, hurto de alimentos
	Hambre frecuente, higiene pobre, vestuario inadecuado	Permanencia prolongada en la escuela (llega temprano y se marcha tarde)
	Falta consistente de supervisión, especialmente en actividades peligrosas o durante largos períodos	Asistencia extraña a la escuela
	Consunción del tejido subcutáneo	Fatiga constante, indiferencia, o se queda dormido en clase
	Problemas físicos o necesidades médicas no satisfechos	Búsqueda inadecuada de afecto
	Desamparo	Asume responsabilidades y preocupaciones de adulto
	Distensión abdominal	Abuso de alcohol o de drogas
	Placas sin pelo en el cuero cabelludo	Delincuencia (e.g., hurtos)
Maltrato físico	<p>Contusiones y verdugones inexplicables:                      En cara, labios, boca                      En torso, espalda, nalgas, muslos                      En distintas etapas de curación                      En racimo, formando patrones regulares                      Mostrando la forma del objeto usado para los golpes (cable eléctrico, hebilla del cinturón)                      Sobre diferentes zonas de la superficie corporal                      Aparecen regularmente después de ausencias, fines de semana, o vacaciones</p> <p>Quemaduras inexplicables:                      De puro, de cigarrillos, especialmente sobre las plantas de los pies, palmas de las manos, espalda, o nalgas                      Por inmersión (en calcetín, en guante, en buñuelo sobre nalgas o genitales)                      Imitando las de quemador eléctrico), hierro, etc.</p>	<p>Sentimientos de que merece el castigo                      Recelo en los contactos con los adultos                      Aprensión cuando los demás niños lloran</p> <p>Extremos de conducta:                      Agresividad                      Retraimiento                      Temor a los padres                      Miedo de llegar al hogar                      Informa lesión por sus padres                      Mirada ausente o fría                      Se tumba inmóvil mientras inspeccionan los alrededores                      No llorará cuando se le acerque un examinador                      Responde con monosílabos a las preguntas                      Madurez inadecuada o precoz                      Conducta manipuladora para llamar la atención                      Capaz sólo de relaciones superficiales</p>
	<p>Abrasión por cuerdas sobre brazos, piernas, cuello, o torso                      Quemaduras infectadas, indicando demora en buscarle tratamiento</p>	<p>Busca indiscriminadamente el afecto                      Autoconcepto pobre</p>
	<p>Fracturas o dislocaciones inexplicables:                      Al esqueleto, nariz, estructura facial                      En varias etapas de curación, fracturas múltiples o en espiral</p>	

CUADRO 36-1 (continuación)

TIPO DE MALTRATO O ABANDONO	SEÑALES FÍSICAS	SEÑALES CONDUCTUALES
Abuso sexual	Laceraciones o abrasiones inexplicables: A boca, labios, mejillas, ojos A los genitales externos En varias etapas de curación	Reacio a cambiarse para gimnasia o en participar en la clase de educación física
	Placas sin pelo en el cuero cabelludo	Retraimiento, fantasía, o conducta infantil
	Dificultad al caminar o al sentarse	Conducta o conocimiento sexual inusuales, caprichoso, sofisticado
	Ropa interior rasgada, manchada, o con sangre	Relaciones pobres con sus compañeros
	Dolor, tumefacción, o escozor en el área genital	Delincuencia o huida del hogar
	Dolor en la micción	Informa de agresión sexual por la persona que se ocupa de él
	Contusiones, hemorragia, o laceraciones en genitales externos, vagina, o zona anal	Cambio en el desempeño escolar
	Descarga vaginal o peneal	
Maltrato emocional	Enfermedad venérea, especialmente en muchachos antes de los 13 años	
	Tono pobre de esfínteres	
	Embarazo	
	Alteraciones del lenguaje	Alteraciones en hábitos (chuparse el dedo, morderlo, balancearse, etc.)
Retardos en el desarrollo físico	Desórdenes de conducta o de aprendizaje (antisocial, destructor, etc.)	
Insuficiencia para el crecimiento inhibición en el juego, timidez inusual)	Rasgos neuróticos (alteraciones del sueño,	
Conducta hiperactiva o disruptiva	Reacciones psiconeuróticas (histeria, obsesión, compulsión, fobias, hipocondría)	
	Extremos de conducta: Complaciente, pasivo Agresivo, exigente	
	Conducta demasiado adaptativa: Impropia de adulto Impropia de niño	
	Retrasos en el desarrollo (mental, emocional)	
	Intento de suicidio	

Desde el inicio debo preparar el terreno en donde construir una relación de confianza. Me doy cuenta de que esto se hace más fácil al ser abierta y honesta con los padres, reuniéndome con ellos en forma colectiva, manteniendo el enfoque en ellos y en sus necesidades, mejor que en el niño y seguir concienzudamente todos los compromisos. Sólo después de que se ha desarrollado un sentido de confianza empezarán los padres a confiarse conmigo y a consultarme con respecto a su comportamiento con sus hijos. Por tanto, siempre tengo cuidado de no poner a los padres en una posición de sentirse culpables o censurados, porque el hacerlo sólo sirve para perpetuar la manera en la que siempre fueron tratados—como personas ineptas y no amadas. La única “cura” verdadera para el maltrato infantil es ayudar a los padres a lograr suficiente autorrespeto y dignidad para desarrollar la profunda relación humana que necesitan para ayudarlos a salir de su aislamiento autoimpuesto y a aprender a confiar en los demás.<sup>14</sup>

### *Intervención*

Aunque uso una variedad de estrategias en la intervención terapéutica de familias en las que se da el maltrato, he encontrado que el psicodrama es una efectiva, y que es adecuada para mi propio estilo como enfermera clínica especialista. Por estas razones, me gustaría compartir con ustedes un poco de la técnica y algunas experiencias que he tenido con él.

El psicodrama, desarrollado en un principio en 1921 por el médico vienés J. L. Moreno, tiene el propósito de ayudar a los clientes a explorar sus comportamientos a través de la interacción con los demás. Particularmente, facilita la capacidad del cliente para enfrentar los encuentros problemáticos, de tal manera que produzca crecimiento, los ayuda a una presentación efectiva del sí mismo, y ayuda a que ganen una apreciación por el sentimiento y conductas de los demás. Además, el psicodrama es útil para permitir a los clientes evaluar situaciones nuevas en términos de componentes reales, a superar las frustraciones, y a responder activamente de maneras más constructivas.<sup>15</sup> Cuando se aplica a la terapia familiar, el psicodrama se concentra en los individuos que pueden ser clientes identificados y en el sistema inclusivo de familia. El cambio que resulta de la dinámica interaccional y del fenómeno experimental se pone en movimiento mientras la familia y yo juntos dramatizamos acontecimientos problemáticos en sus vidas. La intención es que esta catarsis dramática resulte en una mejoría de la capacidad de enfrentamiento familiar, la integración, y la salud.



El proceso psicodramático se compone de cuatro fases de actividad. La primera de éstas es la *fase de calentamiento*, la segunda y tercera, *fases de planificación y de acción dramática*, y la cuarta, la *fase de discusión y evaluación*. En el uso real con una familia, las fases dos, tres y cuatro pueden usarse repetidamente, mientras que no siempre es necesario repetir la fase de calentamiento una vez que la dinámica de esa fase ha sido establecida. Un ejemplo de caso ilustrará mejor las cuatro fases.

Sara, de 22 años, y Jack, de 23, eran los padres de Richie y Jim, de 4 y 2 años, respectivamente. Richie había sido tratado en el hospital infantil local por una fractura en espiral del radio y el cúbito de uno de sus brazos, y Jim debido a un exantema severo por el pañal. En ambas condiciones hubo la sospecha por parte del personal del hospital de ser el resultado de maltrato o abandono infantil y, por tanto, la situación fue comunicada a las autoridades locales adecuadas. Posteriormente, se refirió a la familia al centro comunitario de salud mental y se convirtieron en mis clientes. Mi valoración reveló que vivían en un departamento en una de las vecindades de bajo ingreso en la ciudad. Ni Sara ni Jack habían terminado la secundaria. Jack trabajaba esporádicamente y Sara se quedaba en casa con los niños. Parecía que Sara se sentía atada y socialmente aislada. Las demás relaciones con la familia eran débiles, a excepción de la hermana de Jack, quien tenía acceso a la joven familia y aparentemente ocupaba una posición muy autoritaria con respecto a Sara y a Jack. La valoración reveló, además, que los dos, Sara y Jack, tenían muchos conceptos equivocados acerca de la paternidad, poca capacidad de confrontación personal, y poca autoestima. Tenían una historia de maltrato en sus familias de origen. La familia era conocida, y estaba siendo vigilada por otras agencias sociales de la comunidad. Sara y Jack percibían a esos grupos como amenazas porque, decían, “nos quieren quitar a los niños”.

Sara se convirtió en el cliente central en mi trabajo con la familia, y mis metas consistieron en ayudarla a que ganara más autoconfianza, que se comunicara más eficientemente, desarrollara expectativas apropiadas de sus hijos, e involucrarla en algunos sistemas de apoyo que la ayudaran a volverse menos aislada socialmente. Mis metas al trabajar con Jack eran de ayudarlo a que se comunicara más eficazmente y a que apoyara más a Sara.

En la *fase de calentamiento*, trabajé con Jack y con Sara, sacándoles a los dos sus pensamientos y sentimientos acerca de una situación específica en la que uno o ambos se sintieran incomprendidos, ineficaces, o hubieran experimentado una pérdida de control. El propósito era el de ayudarlos a que se volvieran sensibilizados en un área crítica de significación para ellos. Los alenté a que compartieran sus perspectivas y discutí

con ellos el hecho de que, cuando un miembro de la familia experimenta dolor, los demás también están sintiendo dolor, y, de algún modo, contribuyen al desarreglo del sistema. Durante nuestra discusión, Sara externó ansiedades relacionadas con su incapacidad para enfrentarse eficientemente con su cuñada, Becky, quien censuraba severamente las actividades de Sara como madre. Mientras continuamos hablando, Sara dijo: “Yo soy una persona sensible y, si alguien lastima mis sentimientos, exploto. Me pongo nerviosa. Me enojo y me trastorno.” Estaba claro que la ansiedad y los sentimientos lastimados de Sara bloqueaban una respuesta efectiva a tales choques.

En las *fases de planeación y de acción dramática*, les expliqué a Sara y a Jack que la técnica del psicodrama era una manera de explorar los pensamientos y sentimientos en un problema determinado al actuarlos como en una obra de teatro. Se les explicó que trabajaríamos representando una situación real del pasado o una anticipada en el futuro, y que era esencial que la familia entera se involucrara, ya fuera como actores o como oyentes. Les expliqué además que, al hacer esto, se sentirían más capaces de expresar sus sentimientos de temor, resentimiento, culpa, y de insuficiencia entre uno y otro que en sus interacciones normales entre ellos. Mi rol era el de asignar y definir relaciones de rol para el psicodrama y de vez en cuando convertirme en una especie de *alter ego* para un miembro de la familia para indicar qué era lo que el individuo podría estar pensando pero no necesariamente expresándolo con palabras. Mi propósito al convertirme en un pseudo-*alter ego* era el de abrir el camino para que se reconocieran pensamientos y sentimientos más profundos y para desarrollar una comprensión de las relaciones interpersonales existentes.<sup>16</sup>

Usé la *fase de discusión y evaluación* para revisar con Sara, Jack y otros familiares participantes los acontecimientos de la acción dramática precedente. Había grabado la acción en *videotape*, así que fue fácil para nosotros el revisar la acción que había tenido lugar verdaderamente, y no tener que filtrar los acontecimientos a través de nuestra memoria. Les dije a todos que el propósito de esta revisión y discusión era para ayudarles a cada uno a darse cuenta de sus propios pensamientos y sentimientos, cómo se presentan a sí mismos ante los demás, y sus necesidades de adquirir nuevas perspectivas y habilidades. Discutimos la acción en términos de las metas que se fijara cada individuo. Ofrecí mi propia evaluación de los comportamientos de enfrentar que habían demostrado, los elogí por los éxitos, y sugerí alternativas para manejar situaciones de las que no se ocupaban muy bien. Era mi propósito que, con el tiempo, Sara y Jack podrían responder en especial más espontáneamente y sin bloqueo

emocional a esos choques interpersonales que eran problemáticos para ellos y que resultaban en un comportamiento de maltrato hacia los niños.

Los siguientes son ejemplos de tres psicodramas que fueron parte de mi trabajo con Sara y la familia:

## ESTUDIO DE CASO • PSICODRAMA I

### PLANEACION

Sara actuó su rol de la vida real como madre.  
 Richie actuó su rol de la vida real como hijo.  
 Yo, la terapeuta, actué el rol de Becky, la cuñada.  
 Jack actuó su rol de la vida real como padre.

### ACCION DRAMATICA

*Richie:* (Jugaba cerca en el suelo con sus juguetes.)

*Sara:* "Richie se ha estado hurgando la nariz."

*Becky:* "¡Eso es sólo otro ejemplo de cómo no lo cuidas bien! Seguramente estás haciendo algo para que ocurra. Seguro que tú tienes la culpa."

*Sara:* (Apretando los puños y mirando indignada a Becky) "No lo es. Todos los niños pasan por una etapa como ésa."

*Becky:* "Oh, claro que no."

*Sara:* "¡Ya lo creo que sí!"

*Becky:* "He estado entre muchos niños pequeños, así que no me vengas con que es una etapa. Seguramente es tu culpa."

*Sara:* "¡No señor!"

### DISCUSION Y EVALUACION

Jack había observado en silencio la interacción pero comentó que era típica; Sara y Becky siempre discutían y se culpaban sin resolver nada. Sara identificó su propio resentimiento y frustración crecientes por el comportamiento de Becky y externó su inseguridad acerca de cómo responder de otro modo a los comentarios críticos de Becky. Una más amplia discusión reveló que Jack estaba frecuentemente presente durante estas interacciones problemáticas entre Sara y Becky y que él era siempre un espectador. Mientras avanzaba la discusión, animé a Sara a que evaluara su conducta, y concluyó que era inadecuada y que necesitaba el apoyo de Jack cuando Becky se encontraba allí. Indagamos a qué se refería tal apoyo, y como resultado Sara pudo identificar algunas formas en las que él podría proporcionarlo en encuentros futuros.

## ESTUDIO DE CASO • PSICODRAMA II

### PLANEACION

Sara actúa su rol de la vida real como madre.  
 La terapeuta actúa su rol de Becky, la cuñada.

Jack actúa su rol de la vida real como padre (presencia silenciosa).  
La situación interpersonal incluye a Sara, a Jack y a Becky. Becky empieza a criticar duramente a Sara.

#### ACCION DRAMATICA

*Becky:* “¿Qué clase de madre eres tú?”

*Sara:* “No, las cosas por las que tú me culpas y las cosas que dicen por ahí de mí son todas cosas que les metes en la cabeza. Todas las mentiras que dices de mí... no puedo hacer nada en la familia... mentiste tanto que ni siquiera lo sabía... y todos me odiaban. ¡Ni siquiera los conocía!”

*Becky:* “Dije la verdad de lo que vi”

*Sara:* “Estoy hablando de antes de que naciera Jim. Me echaste basura calumniándome. Antes de que nacieran los niños era que mi casa estaba sucia y, cuando nacieron, ahora son ellos. Esta casa siempre está limpia. Siempre cuidó de él. Toma una siesta y ni siquiera apruebas eso, pero espérate a que tu hija llegue a esta edad. La pondrás a dormir una siesta. No la dejarás que se quede levantada... y si lo haces harás mal, porque los niños deben dormir una siesta.”

#### DISCUSION Y EVALUACION

La revisión y la discusión de la interacción anterior llevaron a Sara a identificar su falta de claridad al expresarse con Becky. También me dio la oportunidad de destacar cómo las acusaciones hostiles y comentarios sospechosos estimulan reacciones hostiles y defensivas. Jack y Sara discutieron su silencio durante la interacción, y Sara identificó cómo era afectada su conducta por el silencio de él. Ella, a su vez, fue capaz de decirle a él que le gustaría que actuara de otro modo en situaciones similares en el futuro.

---

### ESTUDIO DE CASO • PSICODRAMA III

---

#### PLANEACION

Sara actúa el rol de Becky.

Yo actúo el rol de Sara y uso interjecciones de *alter ego*.

Jack actúa su rol de la vida real de padre.

#### ACCION DRAMATICA

*Becky:* “Bueno, ¿por qué te sorprende de que se llevaran a Jim? Era maltratado y tú no debiste dejar que eso pasara. Deberías de haberlo vigilado de cerca lo suficientemente para que algo así no hubiera pasado, o por lo menos saber por qué pasó... es el colmo que digas que no sabes.”

*Sara:* “No todo lo que pasa es intencional... no ganas nada con echarme la culpa. Todo lo que logras es empeorar las cosas. No mejora el entendimiento o las relaciones entre la gente.”

(Silencio)

*Sara alter ego:* “Jack y yo amamos a nuestros hijos y toda la culpa que nos echas no nos ayuda en lo más mínimo.”

*Becky:* “Pues nadie en la familia te quiere.”

*Sara:* “Puedes hablar sólo por tí misma. ¿Cómo puedes hablar por todos los demás de la familia?”

*Becky:* “Porque yo lo sé, he hablado con todos ellos.”

*Sara:* “No hables por todos, porque cada quien en la familia puede hablar por sí mismo. Si no nos quieres puedes decirlo, pero no hables por todos los demás.”

*Becky:* “Pues...” (Silencio)

*Sara:* “No me impresiona el hecho de que digas todo lo que sienten y piensan todos; puedo aceptar lo que tú dices de tí misma, tus pensamientos y sentimientos, pero no puedo aceptar que me digas lo que opina fulanito de lo que hice o no hice.”

*Becky:* “Pues lo sé porque me lo dicen.”

*Sara:* “Lo repito, estás hablando por ellos y no voy a permitir que hagas eso.”

### DISCUSION Y EVALUACION

La reversión de rol se usó en esta acción dramática de tal manera que Sara pudo saber lo que se siente al ser contestada de manera generosa y tolerante, a pesar de haberse comportado (como lo hizo Becky) de manera sospechosa y hostil. En consecuencia, Sara describió su extrema dificultad en continuar contestando de manera hostil y dijo que en dos ocasiones se quedó sin encontrar palabras. También fue incapaz de hacer algo más que generalizar su hostilidad cuando se le respondía tolerantemente. Le enfaticé a Sara que era importante poner límites a los intentos de Becky de hablar por el resto de la familia. Examiné con Sara y Jack algunas de las formas en que podrían hacer esto. Por último, discutimos nuevamente el silencio de Jack y su falta de apoyo a Sara. Mientras lo hacíamos, por fin comenzó a externar sus propios sentimientos de disgusto acerca de la discordia entre su esposa y su hermana. El hecho de exteriorizarse por parte de Jack fue un paso importante hacia adelante en el proceso terapéutico, y fue gratificante para mí ver cómo Sara fue capaz de darle una retroalimentación generosa y tolerante al proseguir la discusión.

Fueron necesarios 9 meses, muchos más psicodramas, y muchas enseñanzas sobre paternidad y crianza de niños para que ambos, Sara y Jack, lograran un estilo funcional de comportamiento como individuos y como familia. Ambos salieron de la terapia con habilidades de comunicación mejoradas y expectativas realistas de sus hijos. Jack se volvió más abierto y dio más apoyo a Sara, y ella ganó considerablemente más autoconfianza en sus habilidades como madre. También aprovechó para recurrir a las niñeras disponibles y poder salir más y aflojar su sentimiento de aislamiento. Richie y Jim no fueron sometidos a más episodios de maltrato o abandono. Para esta familia, el psicodrama fue una técnica de intervención terapéutica útil para prevenir el maltrato infantil.

En conclusión, debe entenderse que, aunque este capítulo se ha enfocado principalmente en el psicodrama como medio de intervención terapéutica con familias disfuncionales y que maltratan, también es cierto que cosas tales como la terapia de grupo o individual pueden producir

buenos resultados. Sólo deseo hacer hincapié en que, cualquiera que sea la modalidad del tratamiento, la solución del maltrato infantil en una familia requiere un enfoque amplio que se dirige hacia los padres como individuos, facilita su crecimiento personal, mejora su repertorio de comportamientos de enfrentamiento, mejora sus habilidades de comunicación, utiliza experiencias orientadas hacia el éxito para construir su autoestima y confianza, y refuerza su confianza hacia los demás. Por último, el programa de tratamiento debe incluir el enseñar a los padres mejores habilidades de paternidad, y ayudarlos a entender mejor el crecimiento y desarrollo de su hijo o sus hijos.

## REFERENCIAS

- 1 T. Davidson: *Conjugal Crime: Understanding and Changing the Wife Beating Pattern* (New York: Ballantine Books, 1978).
- 2 Federal Bureau of Investigation: *Crime in the United States* (Washington, D.C.: Department of Justice, 1980).
- 3 R.J. Gelles: "Violence Toward Children in the United States". Paper presented to American Association for the Advancement of Science, Denver, Colorado, February 1977.
- 4 Murray Bowen: "The Use of Family Theory in Clinical Practice". In Jay Haley (ed.): *Changing Families* (New York: Grune & Stratton, 1971), p.166.
- 5 Lester Adelson: "The Battering Child". *Journal of the American Medical Association*, 222:159-161, October 9, 1972.
- 6 Beatrice Kalisch: "Nursing Actions in Behalf of the Battered Child". *Nursing Forum*, 4, 12:365-377, 1973.
- 7 Martha Underwood Barnard: "Early Detection of Child Abuse". In Debra P. Hymovich and Martha Underwood: *Family Health Care* (New York: McGraw-Hill, 1973), p.368.
- 8 C. Henry Kempe and Ray E. Heifer: *Helping the Battered Child and His Family* (Philadelphia: J.B. Lippincott, 1972), pp.488-489.
- 9 James Garbarino: "The Human Ecology Method of Child Maltreatment: A Conceptual Model for Research". *Journal of Marriage and the Family*, 39:721-735, November 1977.
- 10 Kalisch, *op.cit.*, p.369.
- 11 E.H. Bennie and A.B. Sclare: "The Battered Child Syndrome". *American Journal of Psychiatry*, 125:975-979, January 1969.
- 12 Cathy Heindl, et al: *The Nurse's Role in the Prevention and Treatment of Child Abuse and Neglect* (Washington, D.C.: National Center on Child Abuse and Neglect, Children's Bureau, Administration for Children, Youth and Families, Office of Human Development Services, August 1979), p.10.
- 13 C. Henry Kempe and Raye Helfer: *Helping the Battered Child and His Family* (Philadelphia: J.B. Lippincott, 1972), p.6.
- 14 Malisch, *op.cit.*, p.373.
- 15 Margaret E. Bennett: *Guidance and Counseling in Groups* (New York: McGraw-Hill, 1963), p.17.
- 16 Gwen D. Marram: *The Group Approach to Nursing Practice* (St. Louis: C.V. Mosby, 1973), pp.205-206.

Este capítulo detalla el trabajo de la autora en el estudio de la gente de edad avanzada para identificar los factores que favorecen un envejecimiento satisfactorio y las maneras en las que las enfermeras pueden alentar el proceso.

## CAPITULO TREINTA Y SIETE

# **ESTRATEGIAS DE ENFERMERIA PARA ALENTAR EL ENVEJECIMIENTO SATISFACTORIO**

PATRICIA M. SCHWIRIAN

El hacerse viejo no es en verdad maravilloso, pero dada la alternativa, tampoco es tan malo.

*Anónimo*

Hay un negativismo cultural penetrante hacia el anciano y hacia el hacerse viejo. Como lo señala Henthorn,

El “gerismo” –la estereotipia y discriminación de la gente porque son viejos– se ha unido al sexismo y al racismo como los mayores prejuicios de nuestra sociedad. Pero, a diferencia del sexista o el racista, quienes no tienen que temer a un cambio de color en la piel o de sexo, el “gerista” algún día se unirá a las filas de los viejos y se convertirá en víctima de su propio prejuicio...<sup>1</sup>

Además el problema general del prejuicio cultural, la persona envejecida debe afrontar pérdidas, crisis, cambios no deseados, y realidades psicológicas que son los compañeros de viaje comunes en el trayecto del envejecimiento.

Por tanto, el enfoque de mucho de lo que se escribe acerca de los viejos es casi siempre sobre sus problemas y diferencias. El propósito de este capítulo, sin embargo, es el de compartir mis observaciones resultantes de una investigación de lo que tiene de bueno o positivo el envejecimiento. Hay mucha gente que afronta el proceso de envejecimiento con gracia, buen espíritu, y mucha “clase”. El enfoque de mi estudio fue la identificación de las cualidades o factores que parecen operar para esos hombres y mujeres que sí *envejecen* con gracia, buen espíritu, y con clase. He decidido llamarle a este proceso *envejecimiento satisfactorio*.

## ANTECEDENTES Y METODO

Hay tres bases principales para las conclusiones a las que he llegado acerca de lo que constituye el envejecimiento satisfactorio. La primera fuente fue una revisión de la literatura en el campo de la gerontología, la enfermería, la sociología, la psicología, la medicina, y el trabajo social. La segunda fuente de información fueron mis propias reflexiones y datos recabados de gente que he conocido y querido que eran (y son) viejos satisfactorios. La tercera fuente de información fue mi trabajo de campo con hombres y mujeres de edad, con quienes trabajé por un espacio de tres meses.

Una de las metas de mi trabajo de campo era el de trabajar con hombres y mujeres que se encontraban en diferentes niveles de bienestar e independencia. Así, mis actividades eran variadas. Trabajé como una enfermera de personal en una casa de recuperación. Participé en un grupo de ejercicio de acondicionamiento físico en un centro comunitario para personas de edad avanzada, y ayudé en el programa de inmunización contra la influenza en otro centro para gente de edad. Realicé también amplias entrevistas con mucha gente de edad con quienes trabajé para ampliar mi conocimiento acerca del envejecimiento y los viejos.

## EL ENVEJECIMIENTO SATISFACTORIO NO ES SATISFACCION DE LA VIDA

Hay una cantidad considerable de literatura que describe los intentos de las investigaciones para identificar factores que contribuyan a la satisfacción/ánimo en la vida de hombres y mujeres de edad. Estudié mucha de esta literatura antes de que empezara mi trabajo de campo. Al reexaminar esa literatura después de mi trabajo de campo con hombres y mujeres



de edad, me di cuenta de que mi noción del envejecimiento satisfactorio era muy distinta a los conceptos que parecen transmitirse en la literatura. El mensaje transmitido era que el rol pretendido de la gente de edad es el de ser pasivos, el de ser receptores en vez de dadores, el de ser “productos terminados” en vez de seres en crecimiento. Después, dando por hecho que lo que reciben es aceptable para ellos, están “satisfechos”. Este concepto de satisfacción lleva consigo implicaciones de “falta de meta” y de pasividad que no caracterizan mi idea del envejecimiento satisfactorio.

Otro mensaje de esta literatura fue: “¿Cómo se pueden arreglar las cosas para los viejos para que estén satisfechos?” Una vez más, la implicación es que la gente de edad debe recibir, y no dar. Aún más, son nuestras decisiones y acciones, no las de ellos, las que son importantes. Deberíamos esperar que los viejos den. Tienen mucho que dar –no las mismas cosas que podían ofrecer cuando eran jóvenes, pero cosas de más valor. Tienen el tiempo que los demás de nosotros pensamos que no tenemos. Tienen la sabiduría obtenida de experiencias de toda una vida. Sin embargo, mucha gente de edad cree que lo que ellos tienen para dar no es valorado. Así, están dispuestos a asumir el presunto rol de receptor, no el de dador, por miedo a que lo que tienen que ofrecer no sea aceptado o sea ridiculizado, disminuyendo así su sentido del sí mismo aún más.

En contraste, el envejecimiento satisfactorio es automejorador, no autodegradante. Es activo, no pasivo. Es el dar y el recibir. El componente de dar de la vida tiene un fuerte elemento espiritual. Como se expresa en la versión musical de la oración de San Francisco.

Oh, Padre, concédeme que nunca tenga que pedir  
Tanto consuelo como el que yo pueda dar,  
Tanto para ser comprendido como para comprender,  
Tanto amor como el que yo pueda dar con toda mi alma...

San Francisco trató elocuentemente la necesidad que tiene el alma de dar. El privar a los viejos de su derecho de dar es privarles de la oportunidad de acrecentar su integridad y su calidad de persona.

El incidente que sigue ilustra el valor del componente de dar en el envejecimiento satisfactorio.

Una tarde estaba trabajando con varias residentes de una casa de recuperación en el cuarto de actividades de terapia ocupacional. Una estaba en la cocina trabajando con una nueva receta de galletas. Otra estaba haciendo flores de papel de China para decorar la mesa en una comida de una fiesta próxima. Dos señoras estaban haciendo vestidos

para muñecas Raggedy Ann. El señor Cohn colocaba pequeñas figuras de fieltro de animales en la mitad inferior de una esfera partida de plástico transparente, y seleccionaba después de una caja la mitad superior, para ajustar la parte de arriba con la de abajo. Estos iban a ser obsequios de mesa para los niños que vendrían a compartir la comida festiva. El señor Cohn estaba sentado en su silla de ruedas como siempre lo hacía. La combinación de artritis severa, muy poca visión, y parkinsonismo hacían del trabajo muscular delicado que había escogido algo difícil.

Nosotras hablábamos de varias cosas mientras él trabajaba. Cuando se vio en dificultades para unir una esfera especialmente rebelde, dijo: “Vaya, esto sí que es duro. Ya veo por qué aquellas (señalando con la cabeza a las cuatro mujeres del cuarto) me lo dejaron para que yo lo hiciera.” Yo dije: “Sí, eso parece muy difícil. Tal vez el trabajar con esa alfombra que estaba haciendo ayer le dé un poco de descanso.” El respondió firmemente: “¡Oh, no; no lo haría! Ese tejido es sólo algo que *ellos* nos dan para hacer. Estas cositas son algo que puedo hacer para los niños.” Por cierto, ninguno de los niños que vendrían a la comida eran de la familia del señor Cohn.

En lo que queda de este capítulo, presentaré a otras personas de edad quienes, como el señor Cohn, me demostraron conducta y cualidades que caracterizan a la gente que envejece con gracia, buen espíritu, y clase. El estilo de cada uno es único, pero, dentro de esos retratos únicos, identifiqué seis cualidades que tienen todos en común. Las cualidades no son necesariamente mutuamente exclusivas, y no tienen el mismo peso para todos en la fórmula del envejecimiento satisfactorio. Sin embargo, creo que los temas son significativos, y son *reales*.

## LAS CUALIDADES QUE CONTRIBUYEN AL ENVEJECIMIENTO SATISFACTORIO

En el curso de mi estudio, identifiqué varias cualidades o elementos que asocié con personas que percibí envejecían satisfactoriamente.

En mi estudio, la gente mayor que no eran residentes de casas de recuperación eran hombres y mujeres de clase media y clase media-alta que tenían medios económicos adecuados y cobertura de seguros. Por tanto, asuntos como los arreglos para vivir y las actividades eran más bien cosa de elección, y no de limitación financiera significativa.

Los residentes de la casa de recuperación también estaban en una posición tal en que se cumplían sus necesidades de primero, segundo y tercer orden. Mientras que el residir en una casa de recuperación puede

no haber sido su primera elección, sus necesidades de orden fisiológico, al igual que sus necesidades de protección, seguridad, y estabilidad eran afrontadas a un nivel considerablemente más alto del que se consideraría como marginal.

Cinco cualidades del envejecimiento satisfactorio que identifiqué en mi trabajo con estas personas serán discutidas en lo que queda del capítulo. La sexta cualidad que observé en todos los hombres y mujeres que yo creo que están envejeciendo satisfactoriamente no va a exponerse aquí. No tengo datos sobre la fuente de esta cualidad, pero tengo la sospecha de que proviene de raíces familiares. Todas estas personas tienen y comparten alegría, humor, y esperanza.

### *Raíces firmes en la familia*

La primera cualidad que caracteriza a los hombres y mujeres que envejecen satisfactoriamente es que todos tuvieron firmes raíces en la familia. Estas raíces parecen tener tres elementos principales. El primero era dominar el arte de aprender cómo *ser familia* en la familia de origen de uno, y posteriormente, en la familia procreativa de uno. El segundo elemento es la naturaleza de la relación entre el individuo que envejece y su familia en ese tiempo real. El tercer elemento de raíces firmes en la familia era la capacidad de la persona que envejece de extender y modificar su “familia” para ayudar a afrontar sus necesidades en la vejez.

CALIDAD DE MIEMBRO Y PARTICIPACION EN LA FAMILIA La familia es donde aprendemos lo que *debemos* y *no debemos* hacer. Es donde aprendemos los roles que decidimos actuar o no. La familia es donde transmitimos (o intentamos transmitir) nuestros propios valores a nuestra próxima generación. Es donde resolveremos quiénes somos y qué vamos a hacer de nosotros mismos mientras estemos por aquí.

Goodman ha comentado acerca del rol de la familia en una sociedad que “...valora el individualismo como nadie más lo hace...” Ella declara

Se nos enseña acerca de la libertad del ‘yo’, y de la seguridad del ‘nosotros’, la soledad del ‘yo’ y la intrusión del ‘nosotros’... Teóricamente, el mundo recompensa la importancia suprema del individuo, el ego. Se nos califica y se nos paga, se nos contrata y se nos despide, según nuestros méritos. La familia en su mejor estado, por otro lado, funciona de manera muy diferente. No tenemos que lograr nada para que se nos acepte en nuestra familia. Sólo tenemos que ser.<sup>2</sup>

Africano, otra escritora, escribe acerca del significado de la calidad de miembro de familia –la importancia del *nosotros* incluso frente a la necesidad de ser un *yo*.

Esta era una época en la que el madurar parecía más importante que la tradición, y después de que prefería ir a un partido de fútbol o al cine en vez de asistir a las visitas familiares demasiado a menudo, mi tía Rose me llamó aparte. La tía Rose era la mandamás del clan, y cuando dijo 'Lily, quiero hablar contigo', supe que yo iba a tener problemas. '¿Sabes?' me dijo, 'el hombre que se quita la ropa sentirá frío algún día.' No pude contestar gran cosa a eso, así que prosiguió. 'Tu familia es como un traje de varias piezas. A veces el traje aprieta, pero harás mal en tirarlo.'<sup>3</sup>

**TRADICIONES FAMILIARES** Los hombres y mujeres de edad que yo caracterizo como personas que envejecen satisfactoriamente provienen todos de familias ricas en tradición familiar. Las tradiciones familiares parecen salir como setas, pero persisten como los robles. Africano nos cuenta de juegos de cartas multi-generacionales los viernes en la noche, cosa que nadie, aún después de tres generaciones, soñaría en perderse.<sup>4</sup>

Las tradiciones familiares de mayor atadura son aquellas que son únicas de la familia. Yo misma participo en una de estas tradiciones únicas, porque "siempre va uno al bosque en la Pascua."

Las raíces de mi familia están asentadas en las áreas rurales y de poblados pequeños de la parte central del oeste de Illinois. Nadie recuerda cuándo comenzó eso de ir al bosque. Mi padre dice que recuerda cuando iba con sus padres, tías, y tíos cuando era muy pequeño. "Supongo que fuimos siempre". Por tanto, una tradición. La comida era también tradición. Se hacía café sobre una fogata en una cafetera grande de peltre, huevos duros (docenas de ellos) hervidos en una caldera negra grande, sandwiches de mantequilla, y plátanos. ¿Por qué los plátanos? Papá dice: "Bueno, eso es lo que siempre hacíamos." ¡Tradición!

Todos los años era lo mismo, y todos íbamos. Pero, a medida que pasó el tiempo, eso cambió. Los miembros viejos de la familia murieron. Los de mi generación se fueron a la universidad, se casaron con gente de lugares lejanos, y se fueron para establecer sus propias vidas y familias. La última vez que fui al bosque en la Pascua en el condado de Fulton, en Illinois, fue en la primavera antes de que me casara. Llevé conmigo a mi futuro esposo, y pensó que era la cosa más tonta que había visto en su vida. Así es cómo generalmente ven los de afuera a las tradiciones familiares.

Veintidós años pasaron, período durante el cual, a mi saber, nadie fue al bosque durante la Pascua. Pero luego mis padres vinieron a visitarnos durante la Pascua y revivimos la vieja tradición, a pesar de mi esposo, quien sigue pensando que todo eso no es para él.

Durante mis entrevistas y conversaciones con la gente que envejece satisfactoriamente, había usualmente referencias a tradiciones familiares únicas. Como la tradición de mi familia de origen, estas tradiciones le parecen algo raras al oyente, y la gente se sentía un poco turbada al

explicarlas. Pero era una turbación feliz, y el calor con el que eran explicadas estas tradiciones resultaba evidente.

**LENGUAJE DE FAMILIA** El lenguaje de familia es un tipo de tradición familiar. Es un lenguaje que surge de las experiencias compartidas y de los acontecimientos especiales en los que los miembros de la familia, y de esa familia únicamente, han participado. El lenguaje familiar desempeña varias funciones importantes. Es una de las fronteras que definen a la familia. Sirve para recordar a los miembros de la familia sus lazos con la familia. Ayuda también a “engrasar los ejes” de las interacciones familiares al inyectar humor a situaciones que de otro modo serían corrosivas o desagradables.

En la familia de mi amiga, su esposo era una persona “puntual”. El resto de la familia intentaba llegar a tiempo; él prefería llegar temprano, y desde luego nunca llegar tarde. Así, cuando iba a salir la familia, por ejemplo, a la iglesia, a la escuela, al trabajo, a un acontecimiento social, el señor G. se encargaba de que nadie llegara tarde. A los demás miembros de la familia no les gustaban sus continuos agujoneos, y a veces los niños se ponían francamente en contra. Pero surgió una clase de lenguaje familiar que atenuó la situación.

Cuando el señor G. comenzaba a alabar la puntualidad, exageraba los límites de tiempo. No fue necesario mucho tiempo para que el resto de la familia se acostumbrara a esto. A nadie le gustaba, pero nadie se quejaba abiertamente. Por fin, en cierta ocasión, la familia iba a salir junta, y todos *excepto* el señor G. estaban listos para salir casi media hora antes. Había estado trabajando en el patio, y salía del cuarto de baño después de una ducha, cuando Tom, de siete años, el más chico de los niños, gritó por el pasillo con voz fuerte “¡sólo 5 minutos, papá!” Obviamente a todos les pareció divertido, incluyendo al señor G. El mensaje había sido transmitido de manera no ofensiva, y la frase “¡sólo 5 minutos!” sería incorporada al lenguaje familiar. Los de fuera probablemente no entiendan el lenguaje de familia. No se supone que deban entenderlo. Aunque lo entiendan, no lo usan. El lenguaje de familia es para uso exclusivo de una familia en particular.

Estos han sido algunos de los elementos del aprender a ser familia que son característicos de los hombres y mujeres de edad a quienes identifiqué como gente que envejece satisfactoriamente. Sus familias no estaban libres de problemas y conflictos; muchos habían pasado por traumas severos y pérdidas. Pero esta gente tenía raíces firmemente asentadas en la familia, y esto les permitió aprovechar al máximo sus vivencias, incluso la del envejecimiento.

**RELACIONES ACTUALES CON LA FAMILIA** Otro elemento que caracterizó a la gente que envejecía satisfactoriamente fue la naturaleza de sus relaciones actuales con la familia. Olsen ha dicho: “La familia es el recurso más grande que tiene la persona de edad.”<sup>5</sup> Algunos autores afirman que la gente de edad se desliga *hacia* sus familias, en lugar de hacerlo *separándose* de ellas; así, la familia es de mayor importancia cuando se envejece que en cualquier otro tiempo después de pasadas las etapas de la temprana infancia de dependencia física total y casi total.

Seelbach y Hansen afirman que

Las familias funcionan como un recurso importante al ayudar a hacer frente a muchas de las necesidades sociales, emocionales, económicas, y de salud con las que se encuentra uno en la vejez. Dado que las relaciones familiares son relativamente permanentes, están bien fijadas para sustentar al individuo durante toda su vida. Más aún, las familias pueden proveer el afecto y el compañerismo que otras instituciones no proporcionan o son incapaces de hacerlo.<sup>6</sup>

La mayoría de la gente con la que he trabajado han sido móviles geográficamente, como lo fueron sus hermanos e hijos. Sin embargo, cuando hablaban de sus familias estaban muy al tanto de las actividades familiares, sus logros, alegrías, y sus penas. Tuve la clara impresión de una gran cantidad de cohesión en términos de comunicación significativa y confianza en un patrón de fuerte apoyo mutuo.

**CAPACIDAD PARA EXTENDER LA FAMILIA** Una última característica relacionada con la familia que es común en las personas que envejecen satisfactoriamente con las que trabajé era la habilidad y la voluntad para extender y modificar su definición de *familia*. Si se considera a la familia como un sistema abierto, vivo, se ve que esta gente puede modificar las fronteras que definen a su familia. Esta gente ha hecho amistad con muchos con los que compartieron muchas de las funciones de apoyo moral que la gente comparte por lo general en familia. Encontré que esto era especialmente notable entre las mujeres con las que hablé en un lugar de jubilados.

Entre este grupo, percibí un calor y un sentimiento de apoyo mutuo, aun cuando los miembros tenían procedencias y orígenes diversos y se habían conocido sólo desde hacía unos cuantos años. Eran gente activa que buscaban y compartían muchas experiencias con otros miembros de la comunidad. Mientras hablábamos, surgieron tradiciones e incluso cosas del lenguaje de familia mientras compartían conmigo sus intereses, preocupaciones y percepciones. Habían ampliado las fronteras de su familia bastante más allá del requisito del parentesco, y habían desarrollado una

nueva y más grande familia de la cual obtenían apoyo y dentro de la cual podían dar apoyo a otros. Mi argumento es que la gente que es más capaz de extender las fronteras de su familia durante la vejez son los que han aprendido a “hacer familia” de manera efectiva en sus años jóvenes.

### *Una historia de espíritu independiente*

La segunda característica mayor que compartieron hombres y mujeres que envejecían satisfactoriamente era una historia de espíritu independiente. Esto podía notarse especialmente en las mujeres. Estas mujeres pertenecían a una generación donde trabajar fuera de la casa no era la norma, pero había una gran proporción de mujeres entre los que envejecían satisfactoriamente que habían participado en carreras universitarias. No pretendo sostener que la carrera, *per se*, va a hacer necesariamente lo que yo llamo un espíritu independiente. Sin embargo, la mayoría estarán de acuerdo en que, hace 30 ó 40 años, la mujer que elegía seguir una carrera además de formar una familia iba en contra de la corriente de las normas predominantes y las expectativas de la sociedad. La independencia de espíritu es una de las características que uno debe tener para tomar semejante camino de acción.

Bernice se desempeñó en una carrera toda su vida antes de su retiro hace unos años como maestra de primaria. El enseñar en los años primeros de una escuela pública no es un curso de acción inesperado, ni particularmente independiente para una mujer, pero la manera en que Bernice enseñaba era tanto inesperada como independiente. Enseñaba en una clase “informal” o “abierta” antes de que alguien de los círculos pedagógicos hubiera inventado esas palabras.

Helen había sido residente del pueblo desde hacía 2 años. Había enviudado 3 años antes, después de 47 años de matrimonio. Durante casi 30 años, había dado clases de piano a cuantos alumnos tenía tiempo de enseñar, 5 días a la semana después de la escuela y 4 horas los sábados. Cuando la conocí, todavía tenía ocho estudiantes a los que continuaba enseñando en su departamento en el pueblo.

Le pregunté qué le había parecido a su esposo su dedicación a la música y el que diera clases de piano. Me miró con sorpresa y dijo pensativa: “Caramba, no lo sé. Nunca se lo pregunté.”

Como he demostrado, la independencia de espíritu adopta muchas formas y se manifiesta de muchas maneras. Cuando se habla con personas que envejecen satisfactoriamente, se da uno cuenta de que ha habido un patrón toda la vida de este espíritu según el cual ellos han actuado.

*El estar abierto a nuevas experiencias*

El estar abierto a nuevas experiencias es una de las características que más pueden observarse en la gente que envejece satisfactoriamente. Se puede decir que el estar abierto a nuevas experiencias caracteriza al crecimiento. Aquellos que buscan nuevas experiencias continúan creciendo; el crecer es una parte del envejecimiento satisfactorio. La gente que envejece satisfactoriamente crece de tantas maneras como lo hacen sus contrapartes más jóvenes. Su crecimiento incluso puede llegar a ser mayor porque tienen más recursos personales y experiencias que utilizar.

A los 73 años, la condición física general de Kay era mala. Tenía artritis espinal y malas funciones respiratoria y circulatoria. Sin embargo, a los 76 años se convirtió en escritora. Colaboraba regularmente en periódicos de ciudades pequeñas de su área. Había escrito una historia publicada acerca de una familia que había sido prominente en el crecimiento de su comunidad, y estaba acabando la genealogía de seis generaciones de su propia familia. Cuando terminara ese proyecto, ya había hecho planes para trabajar en tres libros para niños.

Cuando la salud lo permite, otra gente de edad expresa su proceso de crecimiento de maneras más físicas.

Rowena y Arthur, los dos de 75 años, hicieron un viaje de una semana en una balsa de fibra por el Snake River en Colorado, y estuvieron entre los primeros grupos de viajeros estadounidenses que visitaron China. Antes del viaje en balsa, ninguno de los dos había ni siquiera navegado en un bote de remos.

Keith pasó más de 40 años trabajando en mandos intermedios en una gran compañía industrial. Después de su retiro, ha expresado sus inclinaciones empresariales de diversas maneras interesantes—todas ellas nuevas experiencias para él y su esposa. Su primera aventura fue la de hacer, embotellar, y vender miel de maple, que pronto se convirtió en un éxito. Animado por el éxito emprendió otro ramo, el de las palomitas de maíz, maíz “indio” y melaza de sorgo, todos cultivados en su propia granja. Durante los últimos años, la mercancía almacenada de todos los productos está agotada para el día de Acción de Gracias, a excepción de unas botellas de miel de maple que guardan como regalos de vacaciones para sus amigos. El estar abiertos a nuevas experiencias y el continuar creciendo no es siempre fácil para los hombres y mujeres de edad. Sin embargo, es una parte vital del proceso del envejecimiento satisfactorio.



*Elasticidad y posesión de estrategias adaptativas de enfrentamiento*

La cuarta cualidad principal que encontré en los hombres y mujeres que envejecen satisfactoriamente fue que tenían elasticidad y poseían estrategias adaptativas de enfrentamiento. La gente de edad pasa por pérdidas significativas con el paso del tiempo. Pierden sus apariencias juveniles. Se pierden amigos y miembros de la familia; algunos mueren y muchos se van. La gente de edad pierde su identidad de trabajo cuando se retiran. Por último, la mayoría de los viejos sufren un notable deterioro en su estado de salud. Así, la perspectiva con la que uno afronta estas pérdidas es crítica para determinar si uno envejecerá satisfactoriamente o no.

Bultena y Powers encontraron que una cantidad sustancial de investigación demuestra que los viejos “tienden a agarrarse tenazmente a las concepciones de ellos mismos como ‘de mediana edad’ o incluso ‘jóvenes’.” El oponerse a que se les califique de “viejos” es negar la adecuación de los estereotipos acerca de la gente de edad como seniles, abstraídos, rígidos, entrometidos, aislados, dependientes, azotados por la pobreza, y de mala salud. Sin embargo, mis observaciones me llevaron a la convicción de que la gente que verdaderamente envejece satisfactoriamente *no* niegan su envejecimiento; lo toman de frente. Su edad no es ni fuente de orgullo ni de vergüenza; es un hecho de la vida.

La característica de tomar las cosas de frente puede apreciarse en otros comportamientos que son parte de la elasticidad necesaria para soportar el impacto de los cambios que acompañan al envejecimiento. Esta cualidad está acompañada de un sentido autodesarrollado de autoconciencia en aquellos hombres y mujeres que envejecen satisfactoriamente.

Louise era miembro de un grupo de ejercicios de acondicionamiento físico en el que yo participé en un centro comunitario para gente de edad. Como era nueva en el grupo, Louise me explicó: “Cuando murió mi marido, hace dos años y medio, me hundí. No me di cuenta en ese momento, pero estaba sufriendo una depresión bastante severa. ¡Vaya que si me tenía lástima!, tanta, que me sentaba sola a ver la televisión y comía, y comía, y comía.”

“No me di cuenta de lo gorda que me estaba poniendo porque me la pasaba envuelta en una bata. Es más difícil sentir lástima por una misma cuando se está vestida, ¿sabes? Sin embargo, al final me empecé a vestir, y, claro, todo me quedaba chico o me estaba miserablemente estrecho. Así que fui a comprarme ropa que sí me quedara. ¡Y eso fue el colmo! Cuando estaba leyendo el periódico local, vi el programa de estas clases,

y que eran gratis. Me dije que no tenía que perder, excepto esto (pellizcándose la cintura); así que aquí estoy.” Louise tenía elasticidad mental.

La religiosidad como una estrategia adaptativa de enfrentamiento es una que mucha gente de edad utiliza al tener que vérselas con la vejez y la realidad cada vez más cercana de su muerte. Algunos han practicado sus costumbres religiosas toda su vida. Otros encuentran que la religión ha asumido un significado para ellos sólo cuando se han hecho viejos.

Hay muchos otros elementos en los comportamientos de los hombres y mujeres que envejecen satisfactoriamente y que poseen elasticidad y estrategias adaptativas de enfrentamiento. Comentaré una más –la habilidad de hacer nuevos amigos. Bumagin y Hirn la describen bien:

Junto con la pérdida de lo viejo –amigos, vecinos, rasgos sobresalientes– viene la llegada de lo nuevo. Aquellos que conservan energía y entusiasmo para invertir en los demás pueden encontrar que los cambios son gratificantes al final. Aquellos que tienen el don de la amistad no lo perderán en la vejez.<sup>8</sup>

### *Manejo realista de las alteraciones de salud*

El manejo realista de las alteraciones de salud es el componente final importante que he identificado como necesario para el envejecimiento satisfactorio. Podría considerarse como una subcategoría de la elasticidad y las estrategias adaptativas de enfrentamiento que acabo de exponer. Sin embargo, el estado de salud es tan esencial como qué tan exitosamente sorteas uno la vida en general y particularmente el envejecimiento que merece atención separada. De hecho, Markides y Martin observaron que “la salud influye en la satisfacción de la vida no sólo directamente, sino también indirectamente al permitir o impedir a los individuos comprometerse en actividades esenciales que dan satisfacción a su vida.”<sup>9</sup>

En el estudio de Tornstam, se concluyó que el nivel de aspiración acerca de la salud disminuía a medida que la edad avanzaba. “Por cada década que se le suma a la vida, se necesita menos y menos salud para sentirse satisfecho con el estado de salud real.”<sup>10</sup>

Muchos tipos de comportamiento son incluidos en el manejo realista de las alteraciones de salud. Estos comportamientos son aplicables a la gente de cualquier grupo de edades, pero son más importantes para los viejos, ya que sus alteraciones de salud se van incrementando tanto en número como en cronicidad.

El primer elemento al manejar efectivamente las necesidades de la salud cambiante es la autodisciplina. Esta cualidad en particular no se

me había ocurrido hasta que hablé con mi amiga Ruth acerca de mis ideas sobre lo que constituía el envejecimiento satisfactorio.

Ella dijo: “¿Y qué me dices de la disciplina que se necesita?” Le pedí que se explicara, y añadió: “Bueno, cuando una es vieja, simplemente debe una darse cuenta de que ella misma es la responsable de mantenerse lo más saludable posible, así que me disciplino en hacer cosas que no me gustan, como nadar, para obtener beneficios que sí me gustan.”

Un segundo elemento del manejo de salud es cognoscitivo: el obtener y entender la información acerca de las alteraciones de la salud por las que se está pasando. El tercer elemento es que deben entenderse las alternativas que están abiertas para cualquiera y conocerse a sí mismo lo suficiente como para determinar cuáles alternativas disponibles son las apropiadas para uno.

El último elemento del manejo realista de las alteraciones de salud es al que Strauss y Glaser se han referido como “rediseño del estilo de vida de uno”. A veces este rediseño requiere un esfuerzo y costo sustanciales, como el vender “la vieja casa propia”, que tiene dos pisos, un desván, un sótano, y comprar una casa de un solo piso con todas las instalaciones y servicios en un nivel.

## ESTRATEGIAS DE ENFERMERIA QUE PUEDEN ALENTAR EL ENVEJECIMIENTO SATISFACTORIO

Una de nuestras metas en el cuidado de enfermería de los clientes de edad debería ser el contribuir a su capacidad de envejecer satisfactoriamente. Así, las cinco cualidades para el envejecimiento satisfactorio que han sido discutidas en este capítulo pueden servir como guías útiles en una valoración cuidadosa de los hombres y mujeres de edad con quienes trabajamos. Todas estas cualidades son fuerzas que la gente de edad tiene; son recursos en los que se basan para obtener el máximo control de sus propias vidas. Así, es importante emplear el tiempo necesario para valorar a cada cliente de edad avanzada en términos de estos recursos.

¿Cuáles son las raíces familiares del cliente? ¿Cuál es el sentido de identificación con la familia de origen o la de procreación? Averigüe acerca de sus tradiciones familiares y del lenguaje de familia. ¿Cuál es la naturaleza de las relaciones actuales del cliente con su familia? Al determinar la naturaleza de esas relaciones, no sólo es importante el valorar la realidad objetiva de la situación, sino también cómo se siente el anciano acerca de la situación. Estas pueden ser bastante distintas.

Finalmente, determine cuánto pueden extender las fronteras de familia para poder afrontar sus necesidades de ayuda y asistencia. Debe destacarse que la habilidad última, si bien beneficia al anciano, puede no hacerlo así con la familia real de la persona.

Al valorar a un cliente de edad avanzada, es importante el evaluar el nivel de elasticidad y de estrategias adaptativas de enfrentamiento de la persona. Aliente al cliente a compartir sus sentimientos acerca de su envejecimiento. Cómo se enfrenta a las pérdidas que padece —la muerte de un amigo o de la pareja. ¿Cuál es el nivel de autoconciencia del cliente en lo que respecta a aquellos sentimientos y las estrategias adaptativas de enfrentamiento de que se vale? ¿Obtiene el cliente apoyo de una afiliación religiosa o de la participación en otro tipo de grupo? ¿Cuál parece ser la capacidad del cliente para hacer nuevos amigos?

La valoración por la enfermera del potencial del cliente para el manejo realista de la salud y de las alteraciones de salud es muy importante. ¿Parece el cliente tener un entendimiento claro y exacto sobre sus problemas de salud y cómo minimizarlos? ¿Parece el régimen de cuidado prescrito al cliente ser uno que puede sobrellevar y, si no, hay otras alternativas que le pueden servir mejor y aun así satisfagan las metas generales del cuidado?

Finalmente, la enfermera puede ser un recurso excelente al ayudar a un cliente anciano a “rediseñar” su estilo de vida y su entorno. Este rediseño puede ayudar al cliente a utilizar al máximo sus capacidades, y maximizar la cantidad de control que él tiene sobre su vida.

## TRABAJANDO CON LAS FAMILIAS DE LA GENTE DE EDAD

La mayoría de los ejemplos que he citado de hombres y mujeres, quienes creo que envejecen satisfactoriamente, han sido de individuos independientes y autosuficientes. Esto, sin embargo, no es un criterio necesario. Mucha gente ha envejecido satisfactoriamente, pero las alteraciones de salud y las limitaciones los obligan a tener más cuidado del que pueden proveerse ellos mismos. Típicamente, son las familias de esta gente de edad las que cargan con la responsabilidad de proporcionar el cuidado necesario. Estas familias tienen necesidades especiales, y es una responsabilidad importante de la enfermería el ayudar a las familias a hacer frente a esas necesidades. Olsen ha identificado varias maneras en las cuales los proveedores de servicios pueden ayudar a las familias a enfrentarse al estrés de ayudar y cuidar a un familiar anciano.<sup>11</sup>

Una enfermera puede ayudar a la familia a entender y definir el rol

de apoyo vital que juega en la vida de la persona anciana. Esto incluye apoyo emocional, el rol de la familia como un agente de servicio al asistir al miembro viejo de la familia a valorar los servicios que necesita, y el apoyo proporcionado por el simple compañerismo.

Segundo, una enfermera que trabaja con la familia puede ayudar a sus miembros a definir sus propios límites en la relación con la persona anciana. Esto es un área sensible, a causa de la culpa que los miembros de la familia comúnmente están dispuestos a asumir en cuanto a qué tanto le “debe” uno al padre o al pariente anciano. No es probable que la enfermera pueda sacar todo el sentimiento de culpa del sistema, pero puede darle cierta objetividad a la situación. La enfermera puede ayudar en la valoración de cuáles son exactamente los límites realistas en términos de tiempo, dinero, e inversiones emocionales que se puede esperar que haga una familia en el cuidado de uno de sus miembros anciano. Olsen comenta: “Ayudar a que los miembros de la familia piensen concretamente acerca de su involucración minimiza su ambivalencia y sentimiento de culpa acerca de lo que pueden hacer. Les da también oportunidades a los miembros de la familia de organizar sus actividades.”<sup>12</sup>

Un tercer rol importante que debe desempeñar la enfermera es el de ayudar a la familia a entender el proceso de envejecimiento y, al hacerlo, comprender la situación de sus padres y la de ellas mismas. Esto les permite comprender a sus padres como gente única y no simplemente como miembros de una minoría estereotipada. Puede también ayudarles a empezar a prever las situaciones futuras y prepararse antes de que las crisis casi inevitables de la vejez puedan ocurrir.

Otras dos áreas en las cuales las enfermeras pueden trabajar con las familias son (1) ayudar a la familia a entender el sistema de servicios para que pueda ser un agente de servicios más eficiente dentro del sistema; (2) ayudar a los miembros a soportar los sentimientos que tienen acerca de la situación de la persona anciana. Estos sentimientos mezclados de amor, resentimiento, culpa, respeto, ira, incluso rechazo y miedo, pueden ser una carga casi abrumadora cuando se suma a las responsabilidades que tiene la familia hacia el pariente anciano.

Finalmente, las enfermeras pueden ayudar a las familias a darse cuenta de que tienen más elecciones y alternativas de las que habían pensado que estarían disponibles. No es raro que las familias supongan que sus únicas alternativas de proporcionar el cuidado necesario para el pariente anciano es que se mude a su hogar con ellos o que sea “enviado” a una casa de recuperación. La familia puede pensar que ninguna de las dos alternativas es aceptable, pero puede que no sepa que puede haber muchas otras alternativas disponibles, dependiendo de los servicios y los recursos

que tienen a la mano en su comunidad o en la del pariente anciano. La enfermera puede ayudar mucho a la familia en la búsqueda e identificación de estas alternativas.

## REFERENCIAS

- 1 B.S. Henthorn: "Disengagement and Reinforcements in the Elderly". *Research in Nursing and Health*, 2:1-8, 1979.
- 2 Ellen Goodman: "Individuals Gather to Become Families". *Columbus Citizen Journal*, November 26, 1980.
- 3 L. Africano: "The Importance of Grandparents". *Woman's Day*, 46-50, November 25, 1980.
- 4 *Ibid.*
- 5 Jody K. Olsen and Barbara W. Chan: "Helping Families Cope". *Journal of Gerontological Nursing*, 6:152-154, 1980.
- 6 W.C. Seelbach and C.J. Hansen: "Satisfaction with Family Relations Among the Elderly". *Family Relations*, 29:91-96, 1980.
- 7 Gordon L. Bultena and Edward A. Powers: "Denial of Aging: Age Identification and Reference Group Orientations". *Journal of Gerontology*, 33:748-753, 1978.
- 8 Victoria E. Bumagin and Kathryn F. Hirn. *Aging Is a Family Affair* (New York: Thomas Y. Crowell, 1979), p.276.
- 9 Kyriakos S. Markides and Harry W. Martin: "A Causal Model of Life Satisfaction Among the Elderly". *Journal of Gerontology*, 34:86-93, 1979.
- 10 Lars Tornstam: "Health and Self-Perception: A Systems Theoretical Approach". *The Gerontologist*, 15:264-270, 1975.
- 11 Olsen and Cahn, *op.cit.*
- 12 *Ibid.*

## BIBLIOGRAFIA

- Berghorn, Forrest J., *et al.* *The Urban Elderly: A Study of Life Satisfaction*. Montclair, New Jersey: Allanheld, 1978.
- Conner, Karen A.; Powers, Edward A.; and Bultena, Gordon L. "Social Interaction and Life Satisfaction: An Empirical Assessment of Late-Life Patterns". *Journal of Gerontology*, 34:116-121, 1979.
- Cicirelli, V.G. "Relationship of Family Background Variables to Locus of Control in the Elderly". *Journal of Gerontology*, 35:108-114, 1980.
- Hess, Beth B. and Waring, J.M. "Changing Patterns of Aging and Family Bonds in Later Life". In Arlene S. Skolnick and Jerome H. Skolnick. *Family in Transition*. Boston: Little, Brown and Co., 1980.
- Kivett, Vira R. "Religious Motivation in Middle Age: Correlates and Implications". *Journal of Gerontology*, 34:106-115, 1979.
- Kline, Chrysee. "The Socialization Process of Women". *The Gerontologist*, 15:486-492, 1975.
- Lewis, Jerry M., *et al.* *No Single Thread: Psychological Health in Family Systems*. New York: Brunner/Mazel Publishers, 1976.
- Linn, Margaret W. and Hunter, Kathleen. "Perception of Age in the Elderly". *Journal of Gerontology*, 34:46-52, 1979.
- Longino, Charles F.; McClelland, Kent A.; and Peterson, Warren A. "The Aged Subcul-

- ture Hypothesis: Social Integration, Gerontophilia, and Self-Conception". *Journal of Gerontology*, 35:758-767, 1980.
- Medley, Morris L. "Satisfaction with Life Among Persons Sixty-Five Years and Older" *Journal of Gerontology*, 31:448-455, 1976.
- Shanas, Ethel. "Older People and Their Families: The New Pioneers". *Journal of Marriage and the Family*, 1, 42:9-15, February, 1980.
- Stevenson, Joanne S. *Issues and Crises During Middlecence*. New York: Appleton-Century-Crofts, 1977.
- Strauss, Anselm L. and Glaser, Barney G. *Chronic Illness and the Quality of Life*. St. Louis: C.V. Mosby, 1975.
- Schwirian, Patricia M. and Schwiriam, Kent P. "Finances and Life Satisfaction Among *Geriatric Nursing*, 3:111-114, March/April 1982.
- Schwirian, Patricia M. and Schwiriam, Kent P. "Finances and Life Satisfaction Among Institutionalized Elderly". *Bulletin of Business Research*, LIV, 1-5, 1979. Revised and reprinted *Columbus Dispatch*, B3, July 4, 1979.

Una enfermera emplea técnicas de intervención de redes sociales para mejorar el estado de salud de la comunidad mediante la intervención preventiva con familias en riesgo de violencia interfamiliar.

## CAPITULO TREINTA Y OCHO

# **UN ENFOQUE MULTIFAMILIAR PARA LA INTERVENCION DE LA CRISIS DE VECINDAD**

VICKI SHERROW

Las practicantes en centros de salud mental comunitaria tienen oportunidades únicas para identificar y trabajar con poblaciones en riesgo. La edad, la ocupación, el estilo de vida, la localidad demográfica, y la salud física y emocional están entre las áreas potenciales de interés e intervención. Mientras estaba empleada en una de esas agencias como enfermera psiquiátrica, trabajé con cuatro familias que experimentaban una crisis conjunta. De acuerdo con un marco de sistemas, los problemas se concibieron como surgiendo de transacciones e interdependencia del grupo. En consecuencia, la intervención precisó de un enfoque de equipo e involucró al grupo total de clientes. Este capítulo describe los problemas y acontecimientos que llevaron a la crisis de vecindad, la naturaleza de los participantes y su entorno, y las tácticas usadas para facilitar la confrontación y la negociación.



## ESCENARIO Y PARTICIPANTES

Los acontecimientos ocurrieron en una vieja vecindad urbana en las inmediaciones del centro de salud mental comunitaria en el que yo trabajaba. La mayoría de los residentes de la vecindad eran blancos, en el grupo de bajos ingresos, y muchos de ellos originarios del área apalache de Kentucky y Virginia Occidental. Cerca del 40% de la gente recibía ayuda económica de beneficencia, ayuda para niños dependientes, y vales de comida. Existían diversos problemas: desempleo considerable, hogares deshechos, problemas de salud física, y uso del alcohol en el vecindario. Como podría esperarse, esos factores influían en el estrés emocional de los residentes y eran, a su vez, influidos por él.

La gente en conflicto incluía cuatro parejas casadas y algunos de sus hijos. Tres de las familias residían en un conjunto multifamiliar. Para propósitos de identificación, se designarán como las familias X, Y, y Z. El Señor y la Señora X, de 27 y 29 años, respectivamente, llevaban 2 meses viviendo en el departamento con sus hijos de 2, 4, y 7 años. Esta familia tenía muchos problemas de salud física. El Señor X era sordo, muy delgado, y tenía dificultad para caminar; la Señora X tenía un problema grave de lenguaje y una historia de hospitalizaciones por problemas emocionales. Los niños habían tenido muchos problemas físicos, incluidas fracturas óseas e infecciones crónicas del oído y del tracto urinario, que comúnmente no se trataban hasta que se convertían en emergencias. Puesto que ninguno de los padres trabajaba, la familia recibía vales de comida y beneficencia pública.

El Señor y la Señora Y, de unos 30 años ya cumplidos, tenían un hijo de 5 años. Tenían buena apariencia y parecían más sanos y mejor educados que sus vecinos. El Señor Y tenía un empleo permanente, y la Señora Y trabajaba de medio tiempo durante el año escolar.

El Señor y la Señora Z, una pareja de unos 60 años, llevaban 2 años viviendo en el departamento. No tenían hijos viviendo con ellos, y sus recursos económicos incluían la seguridad social y la beneficencia. Sus problemas físicos de salud eran periódicos y la mayoría relacionados con la edad. Una enfermera de salud pública hacía visitas ocasionales cuando era requerida.

El casero, el Señor LL, y su familia vivían al lado en una vivienda similar. El Señor LL tenía unos 45 años y administraba ambos domicilios para el propietario ausente. El Señor LL había sufrido un ataque cardíaco 6 meses antes, era obeso, tenía la presión sanguínea alta, y había sido prevenido por su médico para que evitara las emociones. Aparte de esto,

no sabía nada más de su familia, porque sólo él participaba en la reunión de vecinos.

Las viviendas de las familias eran viejas y estaban en mal estado. Las familias se hacinaban en unos pequeños cuartos y compartían los servicios del baño. Al exterior de sus departamentos separados había pequeños balcones en los que se sentaban en los meses del verano. Los problemas que culminaron en la crisis comenzaron, a mediados de agosto, con el fuerte calor y la humedad.

## HISTORIA DEL PROBLEMA DE LA VECINDAD ANTES DE LA INTERVENCION

Primero se vio involucrado con estas familias el personal del centro de salud mental unas 2 semanas antes de la confrontación. Debido a que los departamentos estaban en la misma manzana que el centro, los residentes usaban otras agencias de servicio de la vecindad con las cuales nuestro personal consultaba frecuentemente. Una de esas agencias era el centro cercano de asistencia social, en donde los niños disfrutaban de actividades recreativas y donde la Señora X visitaba regularmente a un trabajador de bienestar social quien les ayudaba con las necesidades materiales de la familia. Mediante contactos en el centro de asistencia social, el trabajador social del centro de salud mental conoció a la Señora X y estableció relación con ella y su familia. La Señora X empezó a confesarle que estaba teniendo problemas con sus vecinos. Cuando él la visitó una semana más tarde, comprobó que los vecinos criticaban al Señor y a la Señora X por maltratar a sus hijos, porque tenían visitantes, día y noche, que hacían mucho ruido, y reñían frecuentemente en su departamento. Ellos, a su vez, acusaban al Señor y a la Señora Y de beber excesivamente afuera en el pórtico. Todos los vecinos decían que los niños de la familia X eran escandalosos, indisciplinados, y se metían en las propiedades de los demás. En esos barrios tan hacinados, poco era lo que no se sabía, y el tiempo caluroso parecía aumentar la incapacidad para tolerarlo.

El casero era a quien llamaban frecuentemente para que mediara en las disputas. Cada vez más, recibía esas llamadas en horas muy tempranas de la mañana, a veces a las 2 ó 3 A.M. Estaba irritado y contrariado con la situación, en especial en vista de sus problemas cardíacos.

## LOS ACONTECIMIENTOS QUE LLEVARON A LA CONFRONTACION

Una tarde, el trabajador social volvió al centro de salud mental a informar que los problemas de los vecinos habían explotado. Esa mañana, la riña entre padres y niños había aumentado en intensidad. A la 1 P.M., el Señor y la Señora Y se quejaron de que el Señor X y uno de sus visitantes tenían una pistola y que ellos, por tanto, necesitaban obtener armas para defenderse. Una vez más, el casero fue llamado para que zanjara el problema. Afirmó que no tenía otra alternativa que desalojar a la familia X, a pesar del hecho de que se iban a quedar sin hogar. Según dijeron, los niños estaban discutiendo, chillando, y tirando cosas. La situación había alcanzado un nivel de crisis, con los participantes diciendo que no querían saber qué ocurriría a continuación.

El personal de salud mental decidió tener una reunión inmediata con los residentes de la vecindad involucrados. Nuestras metas para esta reunión eran tanto de corto como de largo plazo. Obviamente, la meta inmediata era prevenir la lesión o la muerte de cualquier persona involucrada. Igualmente, esperábamos mejorar la comunicación en el sistema animando a los vecinos a discutir sus diferencias, problemas, y metas, y a trabajar hacia soluciones con las que estuvieran mutuamente de acuerdo. En el largo plazo, esperábamos que el intercambio de información podría ser más abierto, claro, y honesto. Si los participantes aprendían mejores destrezas de solución de problemas, podrían evitarse las crisis futuras. En esencia, nuestras metas involucraban cambiar el sistema y mejorar su funcionamiento.

Decidimos llevar a cabo la reunión en el salón de grupos del centro. Nuestro razonamiento era que este lugar era central y conocido por los residentes, así como "territorio neutral". Estaba algo alejado de la escena de tensión y era un lugar cómodo con aire acondicionado, bebidas frías no alcohólicas, y asientos adecuados. Pensamos que eso llevaría a la relajación y a la buena voluntad para escuchar y negociar. Los vecinos confiaron en el trabajador social para ser llevados a la agencia. Por nuestra parte, estábamos contentos de poder demostrar que las instalaciones del centro estaban disponibles en cualquier momento en que las necesitara la comunidad.

## MARCO TEORICO PARA LA INTERVENCION

Puesto que nuestra meta era el cambio en el sistema, el personal necesitaba identificar las fronteras del sistema, esto es, los límites de sus partes.

El casero y las tres familias fueron identificados como elementos primarios y fueron vistos así como participantes esenciales en el esfuerzo de cambio. El trabajador social del centro de asistencia social y yo formamos la unidad proveedora de cuidado, que funcionaría como equipo de intervención. Esperábamos que la combinación podría facilitar la confianza, la comunicación, y el seguimiento.

La comunicación en el sistema era un problema. Los procesos de retroalimentación se presentaron como inadecuados; la información se emitía y se recibía sin claridad y de forma disfuncional. Algunos de los factores que parecían bloquear el uso eficaz de la información era el enojo de los pasados agravios, la desconfianza, la insuficiencia para clarificar los mensajes, y el temor. Esas eran las áreas en las que el equipo deseaba indagar y trabajar a continuación.

Como facilitadores de confrontación, el equipo de intervención usó algunos de los métodos sugeridos por Walton y que se comentan a continuación.<sup>1</sup>

**Asistencia normativa para la apertura.** Intentamos transmitir mensajes de que la participación de cada miembro sería valiosa y que el expresar los pensamientos y sentimientos mejoraría las oportunidades de una reunión exitosa. Además de decir esas cosas, tratamos también de adecuarlas a nuestra comunicación con cada uno.

**Incentivo mutuo.** Tratamos de puntualizar metas mutuas y modos en los que los vecinos fueran independientes y que sus acciones y metas afectaran a todos ellos. Compartían ciertos valores y actitudes que oímos externar y que pudimos clarificar a medida que trabajábamos con ellos.

**Asistencia y aceptación por parte de los demás.** Intentamos mostrar a cada miembro que valorábamos su presencia y contribuciones.

**Neutralidad de tercera parte.** Nuestro objetivo era evitar culpar a los individuos y tomar partido. Evitamos culpar a los que habían culpado a los demás e hicimos comentarios como “lo que tenemos que hacer en este momento es buscar algunas soluciones en vez de querer buscar a quién hizo tal o cuál cosa,” o “pienso que todos hemos hecho algunas cosas que han contribuido al problema; ¿qué podemos hacer para mejorar la situación?” Esto se realizó en un tono que no era de crítica, sino objetivo.

**Destrezas interpersonales y de proceso de los miembros.** Intentamos reforzar la comunicación y las demás destrezas de los participantes asintiendo, sonriendo, o comentando en voz alta que tal o cuál sugerencia o ideas parecían útiles. Nuestras propias comunicaciones eran vistas como modelos que los participantes podían seguir.

En términos de comunicación, nos inspiramos fuertemente en las

ideas de Satir y pusimos énfasis en la clarificación de mensajes, emitiendo mensajes que fueran congruentes en cuanto a influencia y contenido, asumiendo responsabilidad por los propios pensamientos y aceptándola.<sup>2</sup>

## LA REUNION DE CONFRONTACION

La parte inicial de la reunión implicaba establecer una atmósfera confortable, debido a que la gente parecía irritada y tensa cuando llegó. Se hicieron las presentaciones y se sirvieron bebidas frías no alcohólicas. Las sillas se dispusieron en círculo para que cada uno pudiera ser visto y escuchado. En total, había siete adultos y cuatro niños. Pedimos a los participantes que aportaran ideas acerca de las “reglas del barrio” que pudieran ser útiles para continuar con la reunión. Se sugirió que cada uno de los presentes tuviera una oportunidad de hablar y que cada uno escuchara al otro. El casero dijo a cada uno que “debía tratar de ponerse en los zapatos del siguiente”. En este momento, la gente parecía menos tensa y habían terminado de discutir en pequeños grupos. La Señora Y dijo que “se debería intentar cualquier cosa para no seguir por el mismo camino por el que hemos ido hasta ahora.”

Luego, el grupo trabajó en identificar problemas específicos y áreas de desacuerdos. A medida que cada persona hablaba, se les pedía a los demás que escucharan y, a veces, que repitieran lo que habían oído que decía el que hablaba. A medida que los niños y los adultos hablaban, era claro que los participantes tenían muchos conceptos equivocados acerca de cada uno. También compartieron metas comunes: la seguridad de sus hijos, el derecho a cierta privacidad, la necesidad de ser respetados por los demás.

La fase siguiente implicaba una discusión de qué cambios serían deseables. Se les pidió a los miembros del grupo que externaran sus metas de una manera clara y específica. Todos los adultos dijeron que debía ponerse fin a “hablar a espaldas de la gente”. La Señora X dijo: “Si ustedes están enojados conmigo, díganmelo primero.” Los miembros también dijeron que no querían que se llegara a conclusiones tales como la de que estaban “borrachos” sólo porque estaban tomando una cerveza afuera en el balcón. Estuvieron también de acuerdo en las reglas necesarias que tenían que desarrollarse acerca de las actividades de los niños. Debían fijarse nuevos límites en cuanto a la hora de recogerse y el área de juegos. Si los niños quebrantaban una regla, los padres debían estar enterados en lugar de que un vecino decidiera castigarlos por su cuenta o se enojara con toda la familia. La Señora X estuvo de acuerdo en que

sus frecuentes visitantes eran intratables y molestos. Ella y su marido estuvieron de acuerdo en cambiar esta situación.

Por entonces, los participantes parecían más optimistas y sinceramente interesados en los problemas de cada uno. Tenían la impresión de que, aunque todos los problemas no iban a desaparecer inmediatamente, podían hacer algunos cambios reales para lograr lo mejor. Sus metas parecieron ser realistas. Luego, la negociación y el regateo se completaron con acuerdos hablados acerca de lo que cada persona debía aportar para implementar los planes. Como facilitadores, el equipo de intervención repitió lo que habíamos escuchado y urgió a cada uno a colaborar. Pusimos énfasis en que los planes propuestos eran mucho menos arriesgados que continuar con la actual discordia e infortunio. Se acordaron contratos verbales después de verificar que todo el grupo estuvo satisfecho con ellos.

Continuamos después “simulando” cómo los convenios podían actuar en la práctica. Se describieron situaciones potenciales y se les pidió a los vecinos que jugaran el rol de cómo se iban a comportar. Los prestadores de cuidado trataron de reforzar los nuevos modos de solución de problemas puntualizando el proceso que llevó a los acuerdos finales: el hablar por turnos, escuchar, aclarar las cosas, ser concretos, identificar áreas de cambio, hacer planes, y verificar cómo se comportaba cada persona. Pusimos énfasis en que el éxito dependía de la colaboración continua del grupo. Los miembros del grupo parecían sentirse más a gusto y orgullosos de lo que habían logrado.

## SEGUIMIENTO

En las semanas siguientes, no hubo ya más crisis entre esas familias. Se hicieron visitas a los departamentos y las familias parecían que continuaban con sus convenios.

Como resultado de la reunión, el equipo de intervención identificó que las familias implicadas tenían algunas otras necesidades no satisfechas de servicios sociales y consejo de salud mental. La Señora X y su familia expresaron su deseo de recibir consejo familiar y, seguidamente, empezaron las sesiones semanales. A los niños se les ayudó a recibir cuidado de salud física.

## IMPLICACIONES PARA LA PRACTICA DE LA ENFERMERIA DISTRIBUTIVA

Esta experiencia en intervención multifamiliar ilustra varios puntos acerca de una perspectiva de sistemas para la práctica de la enfermería distribu-

tiva. Primero, pone énfasis en la utilidad de los conceptos de sistemas al trabajar con grupos de alto riesgo y problemas de vecindad. Un enfoque de sistemas requiere identificación clara de quién es el cliente y qué nivel jerárquico es el más apropiado para intervenir en sistemas humanos. El sistema multifamiliar de vecinos, que fue el blanco primario de intervención, proporcionó resultados que no hubieran podido alcanzarse al adoptar un enfoque individual o de familia única al problema.

Segundo, la cuestión de quién debía intervenir se percibió desde una perspectiva de sistemas. El personal del centro de salud mental tuvo en cuenta muchos aspectos al tomar la decisión de formar un equipo de intervención *ad hoc* que cortó a través de la agencia, la disciplina, el *status*, el género, y otras fronteras que muchas veces aíslan a los prestadores de cuidado en sus intentos por ayudar a las gentes en distrés. Con la colaboración por parte de los prestadores de cuidado, se modeló un rol de modo transaccional apropiado para que los vecinos lo emularan.

Tercero, la entrada de sistemas fue facilitada por la realización sobre una relación preexistente de confianza ya establecida con la familia. El utilizar al trabajador social para llevar a las familias al centro de salud mental y al incluirlo a él y al otro trabajador social del centro de asistencia social en el equipo de intervención, repercutió en el enriquecimiento del punto de vista de las familias como gente responsable. Las enfermeras en la práctica del cuidado distributivo no pueden funcionar en aislamiento y se les exige que trabajen con enfoques interdisciplinarios para mejorar la provisión de servicios de salud.

Cuarto, una perspectiva de sistemas adopta una orientación de “no-culpa”, en la cual los individuos no son censurados, sino más bien a todos ellos se les anima a que identifiquen y cambien lo que es problemático en sus relaciones con los demás en el sistema de redes de los que son una parte. Se considera los clientes como teniendo control de sus vidas y capaces de crecimiento. Mientras actúan como analistas y facilitadores, los entrevistadores conceden a los clientes libertad para tomar sus propias decisiones y les ayudan a incrementar sus destrezas de solución de problemas en la esperanza de que ellos funcionarán muy pronto independientemente de los proveedores de cuidado.

Quinto, los arduos esfuerzos para mejorar las destrezas de comunicación de los vecinos se centran sobre un proceso crucial del sistema que es esencial para la resolución de la crisis actual, para evitarla, o para la solución de problemas futuros.

Y finalmente, el seguimiento y la referencia hacia servicios adicionales apropiados a las necesidades del sistema y el subsistema mantienen al cliente en contacto con los proveedores de cuidado de manera que es

posible maximizar un crecimiento que tuvo su inicio debido a las crisis de vecindad.

## REFERENCIAS

- 1 Richard E. Walton: "Interpersonal Confrontation and Basic Third-Party Functions: A Case Study". In Robert T. Golembiewski and Arthur Blumer (eds.): *Sensitivity Training and the Laboratory Approach* (Itasca, Illinois: F.E. Peacock, 1970), pp.330-334.
- 2 Virginia Satir: *Conjoint Family Therapy* (Palo Alto, California: Science and Behavior Books, 1967), pp.162-174.



El análisis de dos entornos de aprendizaje clínico desde un punto de vista de las estudiantes demuestra la importancia de la practicante que puede valorar el entorno de trabajo con el objeto de ganar la entrada y usar eficazmente las estrategias y las destrezas de la enfermería distributiva.

## CAPITULO TREINTA Y NUEVE

# ANALISIS COMPARATIVO DE LAS AGENCIAS CLINICAS

SUSAN J. WILL  
VICKI SHERROW

En los últimos años, se ha demostrado que una perspectiva general de sistemas es útil para analizar los sistemas sociales. Este enfoque proporciona un marco para examinar los componentes dentro de las organizaciones sociales y los procesos que las mantienen funcionando.

## CARACTERISTICAS DE LOS SISTEMAS

Se han identificado algunas características que son comunes a todos los sistemas vivos. Los sistemas vivos son abiertos; esto es, sus fronteras son por lo menos semipermeables para permitir el intercambio de materia, energía, e información con el entorno. Los sistemas vivos son complejos; están estructurados. Poseen un orden y una secuencia internos que reflejan las reglas del sistema. Están integrados a otros sistemas tanto horizon-

talmente, al nivel de complejidad del sistema, como jerárquicamente, con los sistemas de complejidad mayor y menor.<sup>1</sup>

Cada sistema consta de dos elementos: estructura y proceso. La estructura es “la colocación estática de las partes de un sistema en cualquier momento en el espacio tridimensional...”<sup>2</sup> El proceso es “el cambio dinámico en la materia, energía, o información de ese sistema durante el tiempo”.<sup>3</sup> Tres clases de procesos son cruciales para la supervivencia de un sistema: adaptación, integración, y toma de decisiones. La toma de decisiones refleja las reglas del sistema respecto de la interacción dentro del sistema y con otros sistemas, y puede ser observada al tener presentes los tres factores: “quién habla, quién habla para quién, y quién habla en contra o a favor de otro”.<sup>4</sup> La integración es el proceso de articular los distintos roles y posiciones que se espera que los individuos llenen en el sistema. La adaptación es el proceso de mantener al sistema dentro de su entorno y se compone de cuatro procesos aislados: obtención, retención, contención, y eliminación.

Los sistemas sociales gastan casi toda su energía en el proceso. De los tres procesos principales de supervivencia, la mayor parte de la energía se gasta en las funciones adaptativas o de mantenimiento de la obtención, la retención, la contención, y la eliminación. Sin embargo, el proceso de interacción de cualquier organización social es afectado por muchos factores, como estructura formal, distribución de poder, estructura informal, valores de los participantes individuales, y las expectativas que tengan los participantes respecto de las posiciones y funciones de unos y otros dentro de la organización. El carácter del proceso interaccional puede definirse de acuerdo a uno o más de los siguientes tipos: legal-burocrático, de equipo-cooperación, o de *Gemeinschaft*. Smoyak escribe: “Cuando un sistema ha tenido tratos con un sistema del entorno, su tarea adaptativa es asegurar el consentimiento del otro.”<sup>5</sup> Cómo un sistema logre el consentimiento, no sólo de los individuos dentro del sistema, sino también el de otros sistemas puede ser caracterizado como uno de los modos de transacción previamente citados.

## ANÁLISIS DEL CENTRO DE SALUD MENTAL COMO UN SISTEMA

Los sistemas sociales, pues, pueden ser analizados de acuerdo a la estructura, la que incluye instalaciones físicas y tipos de posiciones asignadas y ocupadas, y los procesos, los que incluyen a su vez adaptación, integración, toma de decisiones, y modos transaccionales.

El centro de salud mental en el que yo (autora principal) y otra estudiante graduada realizamos parte de nuestra experiencia de aprendizaje clínico estaba estructurada por un psiquiatra, y tenía cuatro posiciones asignadas a un director, que era también un psiquiatra; un director asociado, que era igualmente un psiquiatra; un director ejecutivo, que era un trabajador social; y un coordinador de los servicios clínicos, que era un doctor en psicología. Esos puestos constituían el personal administrativo. El personal profesional estaba formado por siete psicólogos, siete trabajadoras sociales, y una enfermera especialista en salud psiquiátrica-mental. El personal auxiliar estaba formado por varias secretarias, dos personas contratadas especialmente para relaciones públicas, y personal diverso de mantenimiento. El área de captación para este centro particular cubría seis condados. La instalación principal se encontraba localizada en una ciudad central del área más densamente poblada del condado. Cada uno de los otros condados era atendido por una clínica satélite, donde los clientes del condado eran vistos por el personal, sobre una base de pacientes externos, uno o dos días por semana.

La estructura de la agencia afectaba al proceso dentro de la organización así como a las transacciones entre el centro de salud mental y la comunidad. Las posiciones originalmente asignadas definían la jerarquía dentro del sistema y seguían la estructura profesional tradicional. El psiquiatra estaba a la cabeza, luego los psicólogos, las trabajadoras sociales en tercer lugar, y la enfermera en el cuarto. Todos los demás estaban hasta el último, incluidas las secretarias y el personal auxiliar.

Dentro de la organización, sin embargo, había tres personas claves, de las cuales sólo una pertenecía al personal profesional. Las tres personas clave eran los guardianes del sistema. Ellos regulaban el primero de los procesos de adaptación que son importantes para que el sistema funcione y sobreviva. Regulaban quién sería admitido dentro del sistema. La recepcionista regulaba la tasa de flujo de los clientes hacia adentro y hacia afuera de la agencia y también asignaba clientes al personal profesional. La persona que se encargaba del combinado secretarial estaba también a la cabeza de las relaciones públicas. Regulaba los contactos de la agencia con la comunidad. Además, llevaba a cabo todas las entrevistas con los clientes y, conjuntamente con la recepcionista, controlaba quién era atendido por la agencia y qué personal profesional había visto a determinado cliente. Mientras que esto era una posición de poder, el guardián más significativo en la organización era el director ejecutivo, un trabajador social. Contrataba y despedía al personal profesional y no profesional, regulaba los sueldos, mantenía los contactos que eran estratégicos para mantener los recursos económicos adecuados, y creaba una imagen de

la agencia de utilidad dentro de la comunidad. En gran parte, esas tres personas definían para el sistema el proceso adaptativo de la obtención y los procesos de la retención, la contención, y la eliminación. Esto era especialmente obvio por lo que respecta al director ejecutivo, que contrataba sólo a personas que conociera personalmente y que había llevado con él al director de relaciones públicas y a una secretaria cada vez que cambiaba de empleo dentro de la comunidad.

Todos los miembros nuevos del personal pasaban por un período de prueba por los colegas en cuanto a su competencia profesional. Este período de prueba se aplicaba también a las estudiantes de la agencia. Tenían que demostrar sus géneros profesionales. Por ejemplo, nosotras, dos estudiantes, tuvimos que hacer una presentación en la reunión de personal. Estábamos muy interesadas en el juego y la simulación y, por ello, elegimos discutir este tópico preparando para su representación “El poder de las galaxias” con el personal como contribución nuestra al programa de desarrollo del personal. Empezamos preguntando al personal qué sabían sobre el juego. Esta manera de abrir la reunión fue entendida como un reto en vez de como una pregunta en circuito abierto diseñada para estimular la discusión del grupo. El personal, a su vez, desafió nuestro conocimiento del juego. Hubo ansiedad muy fuerte durante varios días entre el personal y las estudiantes, hasta que tuvimos la oportunidad de representar realmente el juego. Se hicieron muchas preguntas después de la sesión de representación del juego, e intentamos contestarlas lo mejor que pudimos. Como resultado, todo el personal decidió hacer juegos de simulación como parte de su propio repertorio de destrezas y nos pidieron que los ayudáramos y compartiéramos con ellos más información sobre juegos. ¡Nosotras, estudiantes, habíamos aprobado! Tal vez la sutileza de nuestro razonamiento, mismo que no explicamos, al seleccionar “El poder de las galaxias” como el juego de demostración en la reunión de personal, no se perdió en algunos miembros del grupo. Creíamos que “El poder de las galaxias” era una elección especialmente apropiada puesto que examina los problemas de los que tienen poder y de los que no lo tienen en un sistema social.

A pesar del éxito de nuestro juego, los procesos de retención (o retener lo que pertenece) y de contención (o impedir la entrada a lo que no pertenece) del centro definían más explícitamente las fronteras del sistema. Dentro de la agencia, cada profesional guardaba celosamente su “hipódromo profesional”. La enfermera clínica especialista de salud mental había sido empleada durante varios meses antes de que otros profesionales la consideraran como co-líder del grupo o de terapia familiar. Experimentamos este proceso más fuertemente cuando intentamos

diseñar nuestro propio programa de actividades. Por ejemplo, estábamos interesadas en trabajar con familias y así nos acercamos a la recepcionista pidiéndole una referencia apropiada. La recepcionista deseaba cooperar totalmente, pero dijo que las familias que necesitaban terapia eran muy raras y sugirió que habláramos con una de las psicólogas infantiles que eran las que hacían la terapia familiar en la agencia. Cuando acudimos a la psicóloga con nuestra petición, parecía confundida, sus palabras eran entrecortadas y precipitadas y pasaba ostensiblemente el peso de su cuerpo de un pie a otro. Después de varios minutos embarazosos, dijo: “De acuerdo, creo que es posible.” Sin embargo, nunca recibimos a ninguna persona referida por ella, a pesar de que se conocía nuestra experiencia anterior en terapia familiar y de que estaba asegurada la supervisión adecuada de la facultad.

Esta clase de “acaparamiento” profesional, como suele llamarse, se hizo también evidente en otro incidente, que involucró a la comunidad. Un grupo de ministros se acercó a una de las psicólogas en el centro pidiendo asistencia para ayudar a los feligreses. La psicóloga y el coordinador de los servicios clínicos estaban ansiosos de recibir juntos a un grupo de ministros. La mayoría de los miembros del personal, sin embargo, no querían ayudar a los ministros, diciendo: “Un conocimiento escaso es peligroso. Si los ayudamos, se crearán terapeutas, y acabarán liando a mucha gente. Esta gente debe traer sus problemas mentales con nosotros.” Parecía que la identidad profesional se limitaba a dar servicio a los pacientes, personas ya etiquetadas como enfermas, y el concepto de prevención primaria mediante consulta y educación parecía extraño al funcionamiento del personal. Esto parecía estar apoyado por el hecho de que sólo el 1% de todas las actividades de la agencia estaban dedicadas a los servicios de consulta y educación.

La eliminación, el cuarto de los procesos adaptativos parecía ser problemático en el centro. Nunca había sido despedido ningún profesional. Tal vez los procesos de contención y de retención eran bastante eficaces como para prescindir de la necesidad de eliminación, pero yo lo ponía en duda. Algunos elementos dentro del sistema no eran aceptables para todos los miembros del personal, quienes tenían su propio modo de tratarlos. Usaban estrategias para mantener aisladas a algunas personas del resto del sistema. Por ejemplo, una de las personas contratadas para hacer el trabajo de relaciones públicas en el área de los seis condados era un antiguo paciente del hospital mental estatal en el que había estado 12 años. Su posición en la jerarquía era totalmente en el último lugar. Era frecuentemente ridiculizado y en general nadie le hacía caso. Otra táctica que el personal empleaba para la eliminación sutil era la burla.

Eso fue especialmente claro para nosotras cuando como estudiantes no fuimos incluidas en las bromas. Después del período de nuestra prueba profesional y después de alguna confrontación directa con los miembros individuales del personal acerca de este modo de exclusión, fuimos admitidas en las bromas “internas”. De todas formas esto no resolvió estos problemas para las que no estaban buscando directamente el acceso al “grupo”. Tal vez una cosa que contribuyó a nuestra aceptación por parte del personal fue la apariencia de un “Equipo de Primera Ayuda de Salud Mental”, el que habíamos montado y colocado en nuestra oficina en un sitio estratégicamente visible. Despertó mucho interés y llevó al personal a nuestra oficina que de otra manera nunca hubiera visitado. El humor implicado en la recogida de artículos disparatados que componían el equipo no pasó desapercibido para algunos miembros del personal. Luego nos sentimos como una parte muy aceptada del centro, tanto como nadie que acudiera allí sólo 2 días a la semana pudiera serlo.

Los procesos integrativos dentro de la organización están íntimamente conectados con el asunto del profesionalismo en la agencia. La práctica del acaparamiento ya se ha identificado previamente, y cada una de las funciones profesionales parecían estar individualizadas. Se esperaba que cada profesional definiera su propia área de funcionamiento y que escribiera la descripción de su propio trabajo a partir de sus actividades. La competencia era sutil, particularmente entre las trabajadoras sociales y los psicólogos que estaban preparados al nivel de maestría. Especialmente clara era la burla entre los dos grupos en las reuniones de personal. Muy poca interacción sería tenía lugar frente a frente. La comunicación entre los miembros del personal se manejaba primariamente a través del buzón. Cualquier cosa de importancia aparecía escrita.

El proceso de toma de decisiones en la organización se concentraba en el director ejecutivo, quien reconocía pilotar un “barco muy disciplinado”. Algunos miembros del personal mencionaban que varios meses antes las reuniones de personal eran como pruebas para monos: cada quien presenciaba las propuestas pero nadie tenía un poder real. Luego, las reuniones de personal se volvieron más formalmente estructuradas incluyendo un rotafolios y la publicación de una agencia semanal. Los miembros del personal externaron la opinión de que tenían más entrada respecto de los asuntos de la agencia. Sin embargo, el director ejecutivo raras veces acudía a las reuniones de personal; en consecuencia, a muchos asuntos se les daba carpetazo hasta que alguien del personal hablaba personalmente con el director. Estaba claro que cualesquiera decisiones que tenían que ver con el dinero, la planta física, o la asignación de los recursos de la agencia necesitaban la aprobación del director. Algunos

miembros del personal empezaron a plantear el enfrentarse al director ejecutivo para pedir más poder de toma de decisiones. Sin embargo, la mayoría parecía contenta de sentarse apretadamente y mantener el barco fuera de los arrecifes.

Mi conclusión acerca del modo transaccional prevaleciente, pues, consistía en que era legal-burocrático, con matices de coerción. Cada profesional hacía su trabajo, celosamente guardando su terreno, colaborando poco con sus colegas, y tratando de no hacer demasiadas olas. Me extrañaba que el personal no se sintiera atrapado, no sólo por la máscara del profesionalismo, sino también por el modo real en que estaba estructurado el centro de salud mental. Parecía que era demasiado arriesgado funcionar de otra manera que no fuera la oficial.

## IMPACTO DE LA EXPERIENCIA ESTUDIANTIL

El impacto de la intrusión de dos estudiantes de enfermería en el sistema evidentemente no fue grande. El modo transaccional no cambió; la estructura de poder no varió. Como nuestra maestra especialista de enfermería, teníamos que negociar continuamente por todos y cada uno de nuestros clientes y por la experiencia de aprendizaje que deseábamos. Prevalecía el modelo médico. Me preguntaba en dónde encajarían los clientes dentro de la jerarquía. Casi parecía que eran extraños al sistema. Las disposiciones terapéuticas se nos permitían midiendo paso a paso sin un excesivo interés por parte del personal. Y aun así, era todavía un enorme esfuerzo el adquirir una experiencia de familia y de grupo. Tal vez esto se debía a que nosotras, estudiantes, esperábamos lo que el sistema no había valorado. Hicimos nuestros propios arreglos para dar consulta con otras enfermeras en varias agencias comunitarias y fuimos consideradas como vanguardistas por nuestra osadía. Recibimos nuestra ayuda y supervisión de la facultad y de nosotras mismas. Estábamos agradecidas de que hubiera dos de nosotras compartiendo esta experiencia. Una experiencia de aprendizaje que no habíamos esperado era probablemente lo más valioso —la oportunidad de analizar una organización compleja de servicios humanos que ella misma parecía necesitar de intervención. Pudimos experimentar con toda certeza algo que puede ser parecido para nosotras en el futuro cuando queramos entrar a un escenario de cuidado de salud que no esté acostumbrado a usar el conocimiento y las destrezas de una practicante profesional de enfermería. Sabemos mejor qué es lo que debemos buscar y qué preguntas hacer antes de comprometernos nosotras mismas en un empleo de una agencia comunitaria. Nos debemos preguntar

a nosotras mismas: “¿Podemos desempeñar la clase de enfermería en la que nosotras creemos, en este escenario?”

El ejemplo siguiente describe las experiencias de la segunda autora como una estudiante graduada y después como una enfermera especialista clínica psiquiátrica en un centro de salud mental comunitaria. La discusión abordará el centro desde una perspectiva de sistemas, y los métodos que se usaron para entrar y trabajar dentro del sistema se presentarán conjuntamente con las funciones de enfermería que ella desempeñó en tanto que estudiante como después empleada.

## ENTRADA AL SISTEMA

El último curso académico de mi programa de maestría fue diseñado para que fuera experiencia clínica intensiva en mi área elegida de especialización. Debido a que estaba primariamente interesada en el consejo familiar, la consulta de salud mental, y la educación, elegí practicar en un centro de salud mental comunitaria. Al hablar con un miembro del personal en un centro local de salud comunitaria, me enteré de que el director de entrenamiento del centro ponía énfasis en el consejo familiar y estaba altamente calificado. Además, supe que la agencia estaba planificando dirigir mucho esfuerzo hacia el trabajo en colaboración en la comunidad con los miembros del personal de instalaciones de servicio como escuelas, casas de auxilio social, sanatorios, iglesias, etcétera. Con el estímulo de mi consejera, hice una cita con la coordinadora de entrenamiento del centro, que era una trabajadora social de maestría, preparada, para que me organizara mis prácticas clínicas en la agencia. Había oído que la agencia proporcionaba experiencia de campo a las estudiantes de trabajo social, pero que todavía no se había entrenado a enfermeras o que alguna hubiera trabajado allí. Sin embargo, la coordinadora pensó que era posible para mí hacer eso.

Dos días después, la coordinadora de entrenamiento y yo nos encontramos en su oficina y discutimos nuestros puntos de vista generales respecto de la salud mental y el tratamiento psiquiátrico, así como mis metas específicas y las experiencias que estaban abiertas a las estudiantes en el centro. Dijo que los marcos interpersonales y sociales estudiados en el programa de enfermería parecían muy compatibles con su propio programa y añadió que en el centro había oportunidades para observar y para practicar el consejo familiar. Sin embargo, la supervisión era obligatoria, y yo le aseguré que mi propia asesora trabajaría conmigo usando los registros de cinta de mis entrevistas con los clientes. Además,



la coordinadora de entrenamiento en el centro estuvo de acuerdo en discutir mis clientes conmigo semanalmente. Podría, dijo, negociar observaciones y experiencias adicionales de estudiantes con otro personal involucrado en varios proyectos en el centro si lo deseaba.

Después de mi entrevista con la coordinadora de entrenamiento, di una pequeña vuelta por el centro y encontré que incluía seis o siete oficinas pequeñas, pero que el personal se iba a trasladar a una instalación más grande dos manzanas más lejos. Además, había planes para usar una casa vecina como centro de cuidado diario para aquellas personas que necesitaran cuidado diario psiquiátrico pero no hospitalización completa. Cuando terminé de dar la vuelta y me encontré con algunos miembros del personal, sentí una atmósfera de cordialidad y actividad vigorosa.

A la semana siguiente, mi asesora y yo nos reunimos con la coordinadora de entrenamiento para confirmar mi reunión inicial con ella. Esta reunión reafirmó mis impresiones de que el centro podía ser un lugar excelente para la práctica clínica intensiva. Mi asesora estuvo de acuerdo y afirmó que el estilo de tratamiento y la filosofía del personal del centro eran compatibles con los suyos. En consecuencia, me encontraba lista para iniciar mi práctica clínica.

## ANALISIS DEL SISTEMA

El centro de salud mental era una organización no lucrativa, mantenida con fondos federales para atender a diversos grupos socioeconómicos y culturales en dos condados de un estado del Medio Oeste. Tenía cinco dependencias localizadas en las partes urbanas, suburbanas, y rurales del área de servicio. Al principio, los componentes de la actividad de la agencia eran administración, servicios médicos, servicios directos a clientes, servicios de cuidado diario, consulta/educación, e investigación. La hospitalización de pacientes internos se añadió a los servicios de la agencia algún tiempo después de que inicié mi práctica allí.

El personal lo formaban tres psicólogos clínicos, varias trabajadoras sociales, un psiquiatra (que estaba disponible una mañana a la semana para consulta), y dos trabajadoras pasantes comunitarias, que estaban asignadas a visitar y a trabajar con las agencias externas. El traslape de las funciones del personal era muy común; por ejemplo, un psicólogo debía dividir su tiempo entre el consejo directo de servicio, la consulta, y la investigación. El director era un trabajador social cuya filosofía era que personal adecuado debía responder a las necesidades del cliente en cualquier nivel de servicio que fuera necesario. Si la demanda de servicios

aumentaba de pronto, se esperaba que los miembros del personal debían enfrentar la necesidad. Si, por otro lado, las exigencias de servicios directos disminuían, se esperaba que los miembros del personal colaborarían con los que estaba planificando e implementando los servicios de consulta. Esta apertura de frontera entre los componentes del servicio de la agencia me permitieron tener una gama más amplia de experiencias clínicas de las que hubiera sido posible en una agencia estructurada más rígidamente.

Las metas del sistema incluían proporcionar, a quienes se encontraban en necesidad, servicios apropiados directos, de consulta, o de referencia; educación de los prestadores de cuidado de la comunidad con objeto de mejorar sus servicios a los clientes; y vigilar las propias funciones del sistema con objeto de evaluar y mejorar los servicios. Los procesos implicados en el logro de las metas del sistema incluían una vigilancia comunitaria para reunir información acerca de los “problemas en la vida” que percibieran los residentes de la comunidad, que pudieran usarse como datos de referencia para la planificación del programa. Los miembros del consejo comunitario del centro proporcionaron también entrada que fue útil en la planificación del programa. La primera meta de proporcionar servicios apropiados a los clientes en necesidad se logró parcialmente al asegurar que, además de sus propias competencias, los miembros del personal también eran conocedores de los servicios de una amplia variedad de los demás recursos de la comunidad que podían ser útiles para la referencia. Además, se estableció un servicio de emergencia durante 24 horas en los primeros meses en que estuve en el centro.

Los métodos para alcanzar la segunda meta tenían como blanco presentar programas educacionales e informacionales acerca de los servicios del centro y los asuntos de salud mental a otras agencias y al público mediante reuniones de grupo, radio, televisión, y periódicos. La tercera meta pudo lograrse primero mediante el establecimiento de una unidad de investigación, la que estaba obligada a recoger y analizar datos respecto de los servicios de la agencia, y segundo con el establecimiento de un programa de desarrollo de personal.

En el inicio del desarrollo del centro, las funciones de liderazgo y de toma de decisiones se caracterizaron por estilos claramente abiertos y democráticos de comunicación. El personal era reducido (pero fue aumentando en número de manera consistente a medida que pasaba el tiempo) y prácticamente no existían conflictos. La mayoría del personal estaba allí desde que se inició el centro y había desarrollado *rapport* y estilos confortables de trabajo conjunto. Incluso yo, como un miembro nuevo del grupo, me sentí a gusto hablando informalmente con los miembros del personal y al observar o participar con ellos en una variedad de

experiencias. Su entusiasmo por el centro y en el desarrollo de nuevos programas estaba ya en marcha.

Como decía antes, mi entrada al sistema del centro fue relativamente fácil, lo que indicaba que las fronteras del sistema eran claramente permeables. Los criterios para la entrada fueron actitudes y valores compatibles con los del personal del centro y la habilidad para contribuir última-mente para el funcionamiento del centro. El “guardián” de las fronteras del sistema, por lo menos en función de lo que yo necesitaba del sistema, era la coordinadora de entrenamiento.

Los recursos del sistema incluían los recursos usuales humanos y no humanos necesarios para operar un centro así, pero, además de esto, comprobé que uno de los recursos principales del sistema se apoyaba en su uso interdisciplinario, colaborativo, del personal, que permitía la máxima utilización de sus talentos.

## EXPERIENCIAS CLINICAS EN EL CENTRO DE SALUD MENTAL

Inicialmente, mis metas para la experiencia clínica eran dobles: observar y realizar consejo familiar, y ayudar a implementar programas de consulta/educación en la comunidad.

Dentro de la primera semana, empecé a hacer progresos. Había visitado todas las dependencias, asistido a algunas reuniones de personal, y conocido a todo el personal. El coordinador del programa de investigación me dijo que se estaba usando un enfoque de sistemas para la recogida y el análisis de datos, y parecía que pensaba que el enfoque de investigación usado en el *curriculum* de enfermería podía ayudarme a colaborar con el programa de investigación y en las áreas clínicas del centro. Además, yo estaba programada para trabajar en una ronda regular atendiendo solicitudes que llegaban por teléfono. Las personas que llamaban por servicios eran conectadas con el miembro de personal en servicio, lo que era una manera valiosa para ganar experiencia y comenzar a adquirir mi propia carga de casos. Se había acordado que, en especial cuando una enfermera de salud comunitaria hablara al centro, debía contactarme y permitirme llevar a cabo los servicios de consulta. Mi entrada al sistema del centro se había logrado, y debo dar crédito al personal y a la coordinadora de entrenamiento por facilitarme el proceso.

Continuaron creciendo las oportunidades para realizar consejo individual, de grupo, y familiar, así como otras actividades. Comencé a asistir a las sesiones de entrenamiento dentro del personal y logré, por supuesto, sentirme como si fuera un miembro del personal. De hecho, comencé a

pensar que el centro era un lugar ideal para empleo después de mi graduación. Quería prepararme para trabajar en la salud mental comunitaria y estaba completamente interesada en eso. Durante el último mes como estudiante, el director ejecutivo y la coordinadora de entrenamiento me preguntaron si deseaba un empleo de tiempo completo en el centro después de que me graduara. Negocié el salario y la descripción del puesto. Se esperaba que continuara funcionando en las áreas en las que ya había trabajado. Mi consejera de la escuela de graduadas me aconsejó negociar ese empleo; merecía la pena, dijo, tener una enfermera entre el personal de esa nueva agencia dinámica. Era dinámica porque, incluso cuando estaba negociando mi puesto, el centro estaba creciendo tanto en tamaño como en instalaciones y personal. Los nuevos miembros del personal consultante de la escuela llegaron y comenzaron a comprometer a los demás en sus esfuerzos para relacionarlos con las escuelas.

## EMPLEO COMO UNA PRACTICANTE DE ENFERMERIA

Para mí había allí un flujo natural, ininterrumpido, de experiencia estudiantil hacia el empleo de personal. Yo estaba trabajando tiempo completo y me *pagaban* por mis esfuerzos. Los miembros del personal eran capaces de organizar sus propios calendarios para satisfacer las necesidades de la comunidad, y la mayoría de nosotras nos dimos cuenta de que trabajábamos más de 40 horas a la semana.

Durante el otoño, cuando se iniciaron las actividades escolares, fui asignada para la consulta con varias escuelas de primaria en la comunidad. Además, tenía que ayudar a orientar y a entrenar a las estudiantes graduadas en enfermería y a las estudiantes de trabajo social que en ese momento estaban acudiendo a la agencia en busca de experiencia clínica. La coordinadora de entrenamiento y yo trabajamos conjuntamente para ayudar en la planeación de un programa eficaz e interdisciplinario para todas las estudiantes. Se llevaron a cabo discusiones de grupo y presentaciones de casos y otros miembros del personal de disciplinas diferentes empezaron a involucrarse en el entrenamiento de las estudiantes. A medida que el centro aumentó de tamaño y en servicios, fueron valoradas y utilizadas cada vez más estudiantes con diferentes destrezas. Las enfermeras, por supuesto, demostraron su capacidad, y algunas fueron empleadas al final de su programa de maestría igual que yo lo había sido. Su versatilidad y su orientación comunitaria hicieron de ellas activos reales en el sistema. Trabajaron en servicios directos; servicios de emergencia (una se convirtió en coordinadora de esta área); consulta para escuelas,

iglesias, y casas de recuperación; investigación y evaluación; cuidado diario; y áreas de pacientes hospitalizados.

Mis propias funciones sufrieron un cambio gradual. Cada vez más, mi tiempo estaba dedicado a la consulta y la educación, especialmente a las escuelas públicas y a las enfermeras de salud comunitaria. Preparé y proporcioné talleres sobre temas de salud mental en muy diferentes escenarios. A veces, dejé de trabajar en el programa de investigación, puesto que un nuevo personal había sido contratado para desempeñar esa función. Empezó a surgir en el centro más especialización de funciones; la comunicación empezó a ser más “indirecta” (por escrito) o de segunda mano porque aumentaba el tamaño del personal. Pero el espíritu de colaboración y el esfuerzo interdisciplinario no decayeron.

Como mis funciones en el área de la educación aumentaban, dediqué más tiempo a entrenar y a supervisar estudiantes y a preparar el entrenamiento interpersonal en temas en los que era particularmente experta. Además, ayudé a entrenar voluntarios que después trabajaron en el centro. El servicio directo ocupaba aproximadamente del 15-20% de mi tiempo. A veces, los programas de educación comunitaria se convertían en mi interés primario, y fui nombrada coordinadora de la educación de la comunidad. En esta capacidad, planeé y ayudé a implementar programas sobre salud mental, como educación de matrimonio y familiar, intervención de crisis, desarrollo infantil, suicidio, depresión, duelo, etcétera. Presenté la mayoría de los programas yo misma y actué como persona de recursos para el personal. Mi *curriculum* universitario, con su énfasis en el crecimiento y el aprendizaje, comunicación, procesos de grupo, organización comunitaria, y conceptos de sistemas me permitieron sentirme a gusto y competente al desempeñar esas funciones distintas a través de mi empleo.

## REFERENCIAS

- 1 Shirley A. Smoyak: “Toward Understanding Nursing Situations: A Transactional Paradigm”. *Nursing Research*, 18, 5:405, September-October 1969.
- 2 *Ibid.*, p.407.
- 3 *Ibid.*
- 4 Virginia Satir: “Symptomatology: A Family Production”. In John G. Howells (ed.): *Theory and Practice of Family Psychiatry* (New York: Brunner/Mazel, 1971), p.664.
- 5 Smoyak, *op.cit.*, p.407.

Se describe un paradigma para la práctica a nivel organizacional en función del concepto de trabajabilidad, para la diferenciación entre contexto y contenido, y para ayudar a las supervisoras de enfermería a vencer la resistencia a la eficiencia.

## CAPITULO CUARENTA

# **USO TERAPEUTICO DEL SI MISMO AL NIVEL ORGANIZACIONAL**

S. LYNN DIDLICK

El propósito de este capítulo es describir un paradigma para la administración de enfermería que permita a las supervisoras de enfermería producir los resultados que se necesitan en el sistema de cuidado de salud. El paradigma tiene que ver con diferenciar del contenido el contexto de los procesos administrativos, comunicar una visión del propósito y las metas de las organizaciones, y ayudar a las supervisoras de enfermería a vencer su resistencia a la eficiencia. Implica el uso terapéutico del sí mismo por parte de la administradora de enfermería al nivel de las organizaciones.

## EL PARADIGMA EMERGENTE

Están ocurriendo cambios sutiles si bien poderosos en nuestra sociedad que afectan las vidas de todos nosotros. Este proceso de transformación implica la reestructuración del paradigma en el que realmente existimos.

Con este cambio viene la verificación de que los puntos de vista previos acerca de nuestro mundo sólo son una parte de lo que vamos a conocer después. Un nuevo paradigma es una cultura emergente. Los viejos problemas y las crisis actuales se consideran, intuitivamente al principio, que tienen un poder de resolución que se fundamenta en nuevas introspecciones. El nuevo paradigma implica un principio que estuvo presente siempre pero que permaneció desconocido en cierto modo. Este marco emergente de pensamiento incluye al antiguo, pero ofrece nuevos puntos de vista para el análisis que antes no se tuvieron en cuenta.<sup>1</sup> Kuhn acuñó el término de “cambio de paradigma” para explicar cómo emergen los nuevos paradigmas y por qué sufren resistencia durante algún tiempo.<sup>2</sup> Nadie puede aceptar un nuevo modo de pensar hasta que esté dispuesto a abandonar lo viejo, un proceso cargado de ansiedad y de crisis potenciales. Con todo, las crisis dan oportunidad para transformación en el orden social y en nuestras vidas diarias.

Los saltos intuitivos preceden a todos los avances importantes. A veces, me siento a mí misma como una administradora de enfermería en el borde de un amplio y nuevo territorio al que me estoy dirigiendo con recursos desconocidos de energía, integración, y armonía. Estoy de algún modo en contacto conmigo misma en un nivel más profundo, más significativo. En tales situaciones, descubro que muchas veces he realizado un salto intuitivo sin contar con datos objetivos y que mis acciones han logrado los resultados deseados en la situación a la que me enfrentaba. A algunos lectores puede parecerles difícil relacionar esto que digo acerca de mi práctica, porque entenderlo exige que se olviden de los viejos paradigmas para permitir que surjan nuevas perspectivas.

## UNA PARADIGMA PARA LA PRACTICA

Como administradora de servicios de enfermería, identifico a los receptores de mi práctica como a las supervisoras de enfermería en la organización. De mi relación con ellas viene su apoyo para un grupo de personal de enfermeras que son las prestadoras de cuidado directo en el hospital. Esta comunidad de enfermeras con su jerarquía integral es la organización de cuidado de enfermería dentro del sistema de prestación de cuidado de salud. La meta fundamental del sistema de enfermería es la de proporcionar a los consumidores un cuidado de salud que facilite el logro de un nivel óptimo de bienestar del que son capaces. Mis roles en esto son de facilitadora y visionaria. Soy una persona de recursos y de apoyo para el sistema de enfermería dentro de la organización compleja más grande.

En mis roles de facilitadora y visionaria, creo el contexto o el espacio para el propósito y las metas organizacionales que se han de alcanzar.

Mi paradigma para la práctica está basado en el concepto de la *trabajabilidad*. La trabajabilidad es el emparejamiento de las metas organizacionales, que se desean para lograr el propósito de la organización, con los resultados identificados como necesarios en cada situación. Mi modelo incluye dos componentes: primero, decir la verdad, como yo la veo, creando espacio para que surjan nuevas soluciones; y segundo, demostrar la creencia de que todos los participantes en la situación *inherentemente* saben qué acción es necesaria para lograr los resultados deseados.

El decir la verdad es la eliminación de cualquier negación de lo que sabemos, en nuestras profundidades, que es el estado cierto o real de los asuntos. La verdad es la realidad *fundamental*, aparte de y trascendiendo a la realidad *acordada*. Por ejemplo, es más fácil continuar diciendo lo que uno cree que otra persona espera o quiere oír si hay un riesgo en decir lo que es en verdad en ese momento. El decir la verdad generalmente implica elevar las expectativas, transformando así la situación al liberar a los participantes para que respondan de manera diferente. Los viejos patrones son cuestionados despertando así nuevas conductas.

El creer que la gente *inherentemente* sabe qué acción es necesaria para producir los resultados deseados es reconocer que nuestro espontáneo e imaginativo cerebro derecho apoya a nuestro conocimiento inherente de lo que es así y de cuáles serán nuestras acciones para crear una respuesta apropiada a la circunstancia. Implica el ponerse en contacto con el sí mismo a un nivel diferente de nuestro poderoso, lógico, y analítico cerebro izquierdo y usar ese conocimiento más profundo de manera que nos haga libres para saber qué hacer y ser responsables de nuestras acciones. Demasiado a menudo actuamos desde una posición de “no saber” o de un temor a ser responsables de saber. Como afirma Maslow, “el temor de saber es muy profundamente un temor de hacer.”<sup>3</sup> El conocimiento lleva consigo responsabilidad, el comunicar la creencia de que los individuos actuarán de formas que los inviten a usar su conocimiento y a comportarse con responsabilidad.

## LA DIFERENCIACION ENTRE CONTEXTO Y CONTENIDO

El concepto de trabajabilidad requiere la diferenciación entre contexto y contenido en el proceso administrativo. El *contexto* son las suposiciones incuestionables a través de las que toda experiencia es filtrada; el marco que determina la manera en que reunimos ideas en nuestra mente; el



grupo de especificaciones que rodean a un determinado acontecimiento o situación; la manera en la que uno retiene su experiencia.<sup>4</sup> El contexto es el terreno del ser del cual derivamos el contenido de nuestra realidad. El *contenido* es aquello que está incluido en el contexto; la sustancia de conocimiento; los asuntos o materias que son el enfoque del momento; el problema que surge en un punto determinado del tiempo. El contenido es el acontecimiento emocional significativo de una situación.

Como administradora de enfermería, puedo escoger centrarme en el contenido o en el contexto de una situación en particular. Sin embargo, he comprobado a menudo que, cuando el contenido de la vida individual y organizacional se convierte en el foco de manejo de la situación, se obtienen menos de los resultados deseados. El drama del momento sirve como una cortina de humo que eficientemente oculta factores significativos y nubla la perspectiva del propósito organizacional. La solución de problemas enfocada en el contenido es muy limitada. Le da atención a la microperspectiva y puede convertirse simplemente en una cuestión de pasar el momento enfrentando la crisis actual. Dentro de una organización, la falta de atención al propósito apoya un enfoque de supervivencia de día-a-día en el cual pasar por las propuestas de la solución de problemas se convierte en el medio de acción principal. En cambio, un enfoque contextual se concentra en redefinir el problema que se presenta desafiando las suposiciones básicas, ampliando el marco conceptual de uno, cuestionando las especificaciones situacionales y confrontando un punto de vista restringido del sí mismo, creando así nuevas conciencias que descubren el potencial sumergido de la jefe de enfermería. El controlar el contexto libera a uno de decirles a los jefes qué deben hacer. Crea un espacio para que los jefes se controlen a sí mismos y sean así todo lo que pueden ser.<sup>5</sup>

## ESTABLECIENDO UNA DIFERENCIA

Como administradora de enfermería, intento brindarles apoyo a las jefes de enfermería para hacer un cambio en la organización. Hacer un cambio es saber que la contribución de uno es apreciada y necesaria y que cuenta. Hacer un cambio es ser eficaz. Intento este apoyo a la eficiencia de tres maneras: primero, creando un contexto en el cual los individuos sienten que sus contribuciones son significativas; segundo, creando un ambiente seguro para que las jefes de enfermería reconozcan sus barreras autoimpuestas para lograr una acción eficiente; y tercero, manteniendo el enfoque en lo que necesita la organización de una persona determinada en

un momento determinado para lograr el propósito organizacional. Así, mis funciones son principalmente las de facilitadora y visionaria.

### *El proceso facilitador*

Mientras intento proporcionar los medios, la oportunidad, y la autoridad para que otros lleven a cabo sus funciones, soy golpeada por la pesada carga de una autoimagen restrictiva que mucha gente se impone a sí misma. Están en contra de lo que para ellos es posible lograr. Sienten que la organización los hace víctimas, sienten resentimiento por daños reales o imaginarios, se sienten justos en sus respuestas a las ofensas, y culpables en cuanto a sus propias acciones. Como resultado, la imagen inhibida que tienen ellos mismos levanta barreras a las respuestas creativas.

El sentirse víctimas es una respuesta al sentirse inútiles en la organización. Se está a merced del sistema. La posición de víctima crea una ilusión de que el ambiente es el único determinante de la conducta de uno. Así, una falta de éxito se convierte en la culpa de otra persona, y el hacerse víctima libera de la responsabilidad de uno por sus propias acciones. Para eliminar la posición de víctima, es necesario reconocer la responsabilidad hacia uno mismo. Otra respuesta que refuerza un punto de vista negativo es el rencor. El rencor es un sentimiento de desagrado o indignación que surge de un sentimiento de ser dañado u ofendido. Una autoimagen adecuada requiere el punto de vista de que los demás también son dignos y cuentan. El rencor es una barrera para percibir a los demás como dignos. Da pie a la constante repetición de injusticias pasadas, creando una oposición a lo que ya ha pasado, y que, por tanto, ha terminado. Justificado o no, el rencor es autoperjudicial y se hace más potente en cada repetición. Crea el potencial para el fracaso repetido y para la incapacidad de verse a uno mismo como autoconfiable. El rencor lo lleva a uno a buscar más injusticias, creando así más pruebas que apoyen un autoconcepto negativo. Este punto de vista no es congruente con la dirección creativa hacia metas, en la cual uno es activamente responsable del éxito y la felicidad de uno mismo.

El creerse justo acompaña frecuentemente al rencor. El creerse justo es la creencia de que se es virtuoso, apto, y honrado y que la otra persona o la organización no son virtuosas, actúan inconvenientemente, y son inmorales. La indignación que forma parte del creerse justo es una defensa en contra de los sentimientos de indignidad que, junto con el rencor, refuerza el punto de vista de que se es víctima de un agente causal que se encuentra fuera de uno mismo.

El sentimiento de culpa es otra respuesta de desprecio que deteriora la autoimagen. Los sentimientos de culpa nos obligan a hacer algo bien en el presente que hicimos o pensamos que era malo en el pasado. No se puede cambiar el pasado, y la culpa agota la energía que se necesita para la situación actual. Limita nuestra capacidad de sobrepasar barreras para crear un concepto positivo del sí mismo como capaz de éxito.

La inhibición resulta de los efectos combinados de resentimiento, el creerse justo, y el sentimiento de culpa. Es un proceso caracterizado por la automonitorización excesiva. Así, se restringe la acción y se refuerza el concepto de uno mismo como víctima.

En mis intentos de facilitar a una jefe de enfermería el superar una autoimagen negativa, encuentro de gran utilidad el crear un ambiente seguro y aceptable en el cual me ofrezco como interesada en las dificultades que sufre al satisfacer las responsabilidades de su posición. Logro esto al expresar lo que veo como la verdad en ese momento, y al aceptar las barreras que están presentes en la libre expresión de su eficiencia. Al mismo tiempo, encuentro necesario describir una visión de lo que desea y necesita en ese momento la organización y declarar mi convencimiento de que el jefe puede lograr las metas deseadas. Este enfoque reduce la amenaza de un criterio que refuerce una autoimagen negativa y permite a la persona sentir la seguridad de los límites definidos y el apoyo para el logro de la eficiencia personal. Corwin describe uno de los comportamientos del profesional como “una voluntad para cambiar sobre la base de información significativa.”<sup>6</sup> Intento proporcionar esa información significativa tanto de la persona como de la organización, centrándome así en la creación de un contexto que permite a la persona ser efectiva.

### *El proceso visionario*

El desempeño de la administración mediante la creación de una visión implica ayudar a las jefes de enfermería a imaginar un sí mismo más capaz mientras se mantienen centradas en una visión de propósito y metas de la organización. Cuando las jefes de enfermería pueden ver paso a paso la visión organizacional en el propósito y metas de la organización sin estar nubladas por una autoimagen negativa, inherentemente saben qué es lo que servirá mejor a la situación. Cuando una jefe de enfermería experimenta un obstáculo invencible, lo que frecuentemente falta es el intento del individuo de tener una solución trabajable resultante, debido a su propia resistencia a la eficiencia. La dirección hacia metas es la base de la trabajabilidad. El centrarse en la corrección de la desviación del

propósito organizacional y de las propias metas del individuo permite que surjan soluciones creativas.

## EJEMPLOS CLINICOS

Recientemente discutí con una jefe de enfermería el problema continuo de errores en varios informes realizados por un miembro de su personal. Expresé mi confianza en la capacidad de la jefe para que se ocupara de este problema y también le hice saber que estaba disponible para ayudar a diagnosticar y crear estrategias para la solución si me necesitaba. Aclaré más mis preocupaciones al ponerle como ejemplo el impacto de estas continuas equivocaciones en los resultados totales positivos que su área había logrado. Los informes se tenían que hacer generalmente dos veces para corregir los errores. La jefe había reconocido ya que el problema existía pero lo había aceptado como algo inevitable en vez de buscarle solución. Al repasar el problema y observarlo en relación a la contribución total que su área brindaba a la organización, se puso en claro que, aunque se podía confiar en ella para que entregara lo que se esperaba de ella, tenía que gastar energía extra para lograr el apoyo que necesitaba del miembro del personal. La cuestión se dejó en manos de la jefe de enfermería para que ella la resolviera. Algunos días después, regresó con nuevas estrategias, que incluían definir sus expectativas al miembro del personal y el desarrollo de un nuevo patrón de personal para su departamento. Al definir sus expectativas y no aceptar menos de lo que era necesario, empezó a experimentar más control y satisfacción en su trabajo. El proceso le permitió crear un contexto en el cual la solución que era necesaria se consiguió, y tanto la jefe como el miembro del personal experimentaron un incremento en eficiencia y un sentido de que sus acciones importaban en la organización.

En otra situación, me enfrenté una mañana temprano en la oficina de personal con un dilema muy familiar de tener muy poco personal en las rondas de la tarde y de la noche en una de las unidades de enfermería. Tres jefes de enfermería retransmitieron el mensaje con recelo. Las cosas en verdad se presentaban deplorables. Mi primer arranque fue el de sentarme con ellas a solucionar el problema de personal yo misma. Sin embargo, después de pensarlo bien, las miré a todas y les transmití mi experiencia de saber que eran capaces de crear estrategias apropiadas para proporcionar personal para la seguridad de los pacientes y la prestación adecuada del cuidado de enfermería. Le pedí a la jefe responsable de la unidad que desarrollara su plan de acción y que estuviera en mi

oficina dentro de 2 horas para que habláramos de cómo lograría los resultados deseados. Llegó a tiempo con la solución del problema de personal y un plan cuidadoso para las supervisoras de la casa de la tarde y noche que seguirían. Mi expresión de las expectativas y mi apoyo ayudaron a desvanecer la inclinación a convertirse en víctima del sistema y a encontrar una solución trabajable al problema. La planificación eficiente de la jefe de enfermería fue importante para el cuidado que recibían los pacientes en las unidades donde faltaba personal. La jefe hizo frente adecuadamente, con el resultado de que experimentó un incremento en su autoconfianza, misma que utilizó en otras situaciones problemáticas. Lo que importaba en ese momento era no convertirse en víctima.

## REFERENCIAS

- 1 Marilyn Ferguson: *The Aquarian Conspiracy: Personal and Social Transformations in the 1980s* (Los Angeles: J.P. Tarcher, 1980), p.26.
- 2 Thomas Kuhn: *The Structure of the Scientific Revolution*, ed.2 (Chicago: University of Chicago Press, 1970).
- 3 Abraham Maslow: "Crossover: People Changing". In Ferguson, *op.cit.*, p.91.
- 4 Stanley M. Davis: "The Curious Case of the Missing Management Model". *The Review*, January-February, 1982, p.6.
- 5 *Ibid.*, p.11.
- 6 Ronald G. Corwin: *A Sociology of Education* (New York: Appleton-Century-Crofts, 1965), pp.222-231.

Este capítulo presenta un enfoque multiorganizacional para la provisión de servicios preventivos de salud con la enfermera como consultante y coordinadora.

CAPITULO CUARENTA Y UNO

## **ELABORACION DE REDES PREVENTIVAS**

HELEN M. DYLAG

Como enfermera clínica especialista y consultante de salud mental dentro de un servicio de consulta y educación de un centro de salud mental comunitaria, presentaré un perfil del proceso de consulta y demostraré su aplicación dentro de un sistema social único comunitario. Este ejemplo de consulta refleja un modelo explícito ecológico de los sistemas de la comunidad. Además, esta exposición de mi funcionamiento como consultante en salud mental ilustra sorprendentemente la eficiencia y la legitimidad de la enfermería distributiva.

### **CONSULTA EN LA COMUNIDAD: LA FILOSOFIA**

La intervención consultiva con sistemas sociales complejos proporciona una oportunidad clave para mejorar la salud emocional y reducir la incidencia o la duración de la enfermedad para poblaciones comunitarias identificadas. Las metas duales de la consulta de salud mental –la *prevención* del desorden emocional, articulado con la *promoción* de la salud

mental— parten desde una base de provisión de cuidado distributivo de salud.

La dirección exitosa de la consulta de salud mental requiere una conceptualización básica de comunidad, un entendimiento operacional de la estructura y los procesos comunitarios, la interacción de tales procesos, y patrones de integración comunitaria. La comunidad significa “la matriz más fundamental dentro de la cual los individuos se enfrentan a azares emocionales a través de un patrón complejo de instituciones e individuos que se encargan del cuidado.”<sup>1</sup> En consecuencia, la comunidad—el público representa el “cliente” focal para el consultante de salud mental; la relación se maneja y se mantiene a través de contactos con la población y el subsistema.

Una perspectiva concreta, geográfica, interpreta el concepto de comunidad como una cuenca de vertiente que está llena de una confusión de listas de datos censiles. Las fronteras territoriales de una cuenca de vertiente presentan cierta comodidad; sin embargo, la comunidad se define más adecuadamente dentro de un marco general de sistemas, como

...un sistema social que abarca un número suficiente de estructuras sociales institucionales para que los individuos, los grupos, y las organizaciones satisfagan sus necesidades mediante la formación de relaciones simbióticas de rol que atraviesan toda la estructura del sistema.<sup>2</sup>

Un modelo ecológico de sistemas de diseño comunitario subraya directamente la presentación del cuidado preventivo de salud mental a través de la consulta. Este modelo se basa sobre las interacciones hombre-entorno y el estado de equilibrio dinámico que exista entre los sistemas sociales que constituyen la comunidad. Este modelo ecológico de sistemas ve al individuo como parte integral de una secuencia de sistemas abiertos, cada uno de los cuales es subsistema de una unidad mayor. Apunta hacia el diseño de un sistema completo de unidades que proporcionan cuidado y hacia un punto de vista más amplio de las tensiones y desajustes sobre distintos niveles de los sistemas y subsistemas del cliente, y de los individuos.<sup>3</sup>

Como enfermera clínica especialista, mi posición en la consulta de salud mental comunitaria exige amplificación de las destrezas clínicas de la enfermería psiquiátrica, desde un enfoque orientado al individuo hasta un orden más elevado de valoración e intervención del sistema social. Este cambio de perspectiva desde el “individuo como cliente” a la “comunidad como cliente” no niega el punto holístico del cuidado de salud; más bien, amplifica y perfecciona la noción de holismo en servicios realmente completos de salud. Desde esta dimensión más amplia del cuidado

de salud, la consulta de salud mental comunitaria se centra exhaustivamente en la modificación de los entornos sociales, emocionales, y organizacionales antes que en la intervención a nivel de caso individual.<sup>4</sup>

## CONSULTA CON LOS SISTEMAS SOCIALES: EL ENFOQUE

Aplicando esta ventaja conceptual en la práctica, establecí una relación consultiva de trabajo entre varios sistemas sociales distintos dentro de la cuenca de vertiente del centro de salud mental. Predominan entre esas organizaciones los sistemas escolares, los grupos de enfermería de salud pública, las instalaciones de salud comunitaria, las organizaciones sociales y de beneficencia, los consejos eclesiásticos, los grupos de cumplimiento legal, las agencias de servicios de acción comunitaria, cívica, y de voluntarios. La consecución de esos contactos consultivos de cooperación surge de la identificación previa de esas agencias como *sistemas de asistencia* estratégicos de la comunidad. Un sistema de asistencia es un patrón constante de lazos continuos o intermitentes que funciona para mantener la integridad social, psicológica, y física del individuo en todo momento.<sup>5</sup> Esos sistemas cruciales de asistencia pueden, pues, ser ensamblados a manera de red para facilitar y participar en la prestación de cuidado preventivo de salud mental a través de la comunidad. Por ello, la consulta con tales organizaciones permite el acceso a las poblaciones blanco, a sus entornos psicosociales inmediatos, y a los que se encargan del cuidado de la comunidad, quienes mantienen los puntos de verificación que la mayoría de la gente pasa. Como las antenas de radar que continuamente barren los horizontes, los que se encargan del cuidado comunitario constituyen “una red de alarma primaria.”<sup>6</sup> Estos agentes forman un puesto fundamental para detectar, informar, intervenir en los conflictos emocionales de los clientes en cuanto se presentan los signos iniciales. Mediante las actividades de consultoría de salud mental la coordinación de los que se encargan de ese cuidado refuerza a la comunidad ayudando a la red y asimila las agencias comunitarias dentro de una matriz más complementaria para canalizar el cuidado de salud mental.

Usé un enfoque consultivo que ponía énfasis en la intervención anticipadora en el grupo y en los niveles organizacionales, considerando la urgencia de las poblaciones en riesgo así como la prioridad para ampliar el impacto de la programación de la salud mental. La guía de “prioridad y amortización” confeccionada por Signell y Scott es una herramienta valiosa para estructurar metodologías adecuadas en la consulta de salud mental. Este marco de referencia analiza las poblaciones de la comunidad



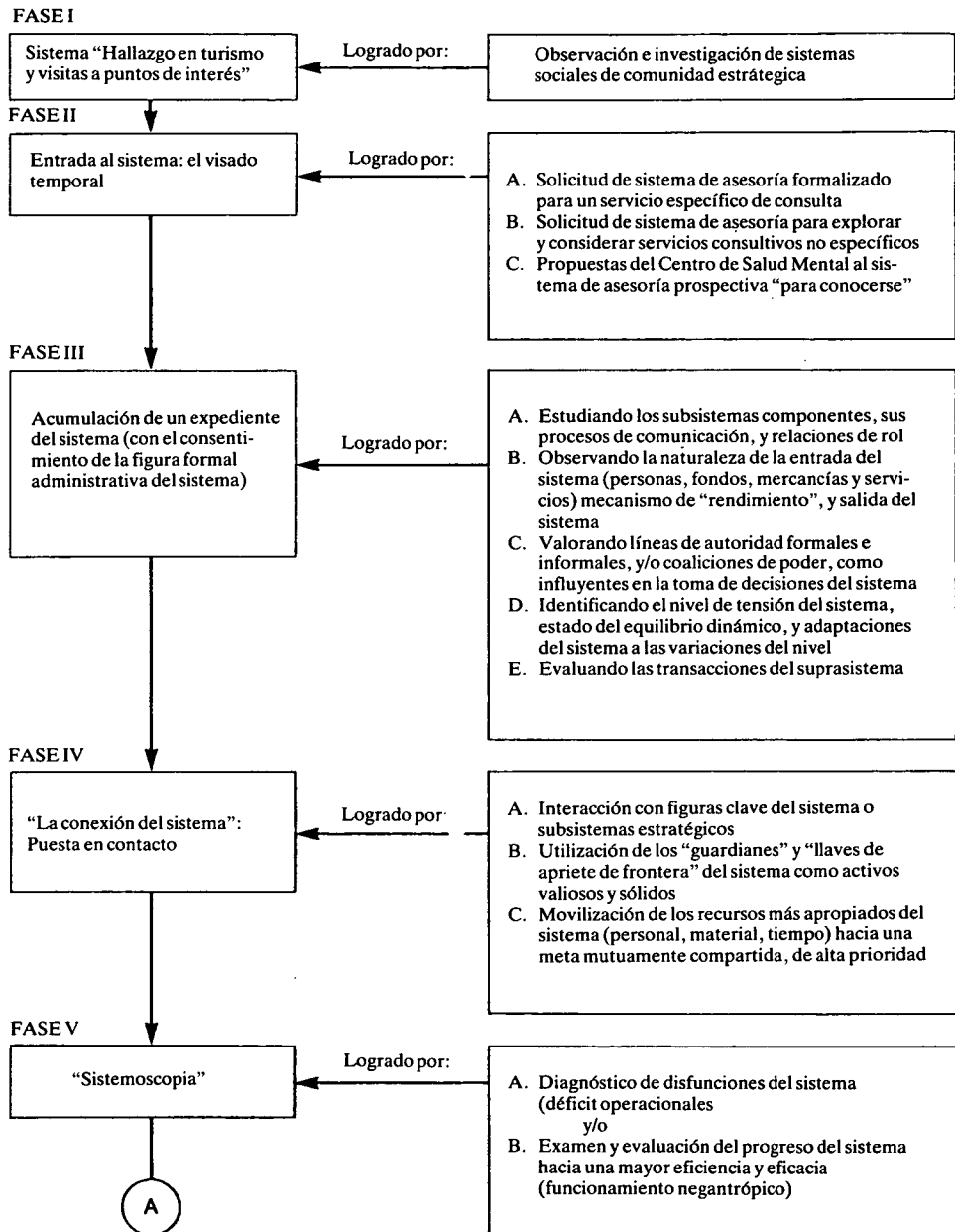


FIGURA 41-1  
Modelo de proceso: Consulta de salud mental dentro de los sistemas sociales.

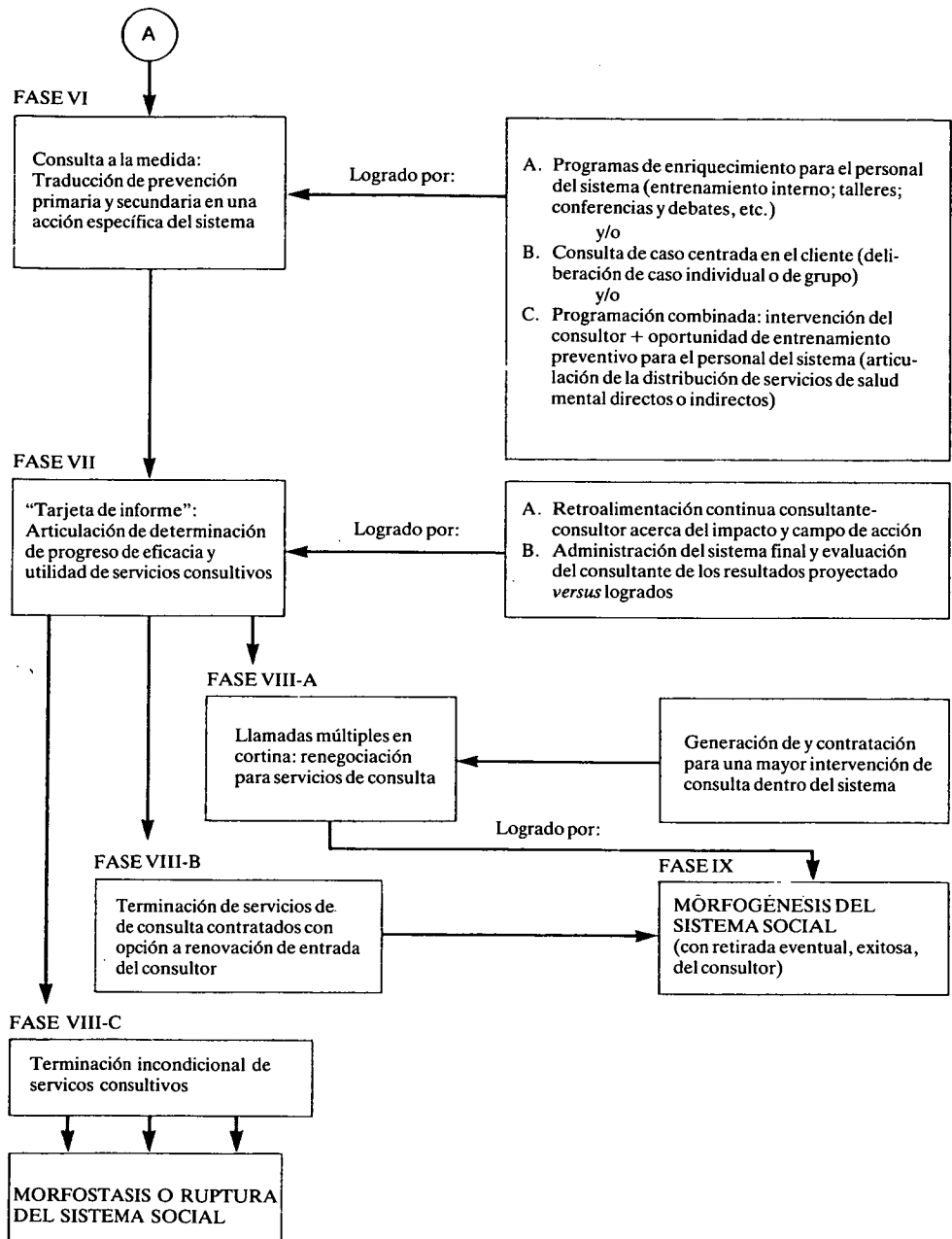


FIGURA 41-1  
(Continuación.)

en función de los grupos de edad, identificando las crisis principales y las tareas de desarrollo para cada edad y las crisis correspondientes para los sistemas que manejan los grupos. Luego considera los métodos de alta prioridad para promover el crecimiento del desarrollo y la resolución de la crisis.<sup>7</sup>

## LA CONSULTA EN LA PRACTICA: LA APLICACION

Originado de mis experiencias en la salud mental preventiva, el Process Model of Consultation Within Social Systems (fig. 41-1) proporciona una guía preparatoria para entender las fases de la actividad consultiva. Para ilustrar la aplicación de este diseño, interpretaré mis distintos compromisos como consultante dentro del escenario de una escuela preparatoria a lo largo de un año académico. Esta discusión refleja el énfasis que el centro de salud mental había puesto sobre proporcionar servicios preventivos a los jóvenes a través del sistema educacional. Apoya, además, el valor de asentar la relación consultante-consultor con una organización encargada del cuidado social.

De acuerdo con una perspectiva de comunidad, los nueve sistemas escolares dentro de la cuenca de vertiente del centro de salud mental habían expresado una necesidad común para los servicios de evaluación de emergencias, para la consulta de casos y de programas, y para programas de educación y de entrenamiento para salud mental. Sin embargo, debido a su profundo contacto con poblaciones significativas de la comunidad y las necesidades identificadas, el sistema escolar recibió una alta prioridad en las operaciones de consulta y de educación del centro. La importancia del sistema educacional en el cuidado preventivo de salud mental ha sido puesta de relieve por la discusión de Bower de que la escuela parece ser la única institución social que tiene una oportunidad epidemiológica de llegar a todos los niños y a todas las familias.<sup>8</sup> En mis propios esfuerzos consultivos, el sistema escolar ha permitido el acceso a tres poblaciones prioritarias: los estudiantes, el personal de la facultad y de la escuela, y los padres.

Característicamente, mi práctica de consulta de salud mental dentro de un escenario escolar surge de un enfoque de sistemas abiertos. La escuela es vista como una organización compleja en interacción constante con su entorno a través de las fronteras del sistema escolar. En términos de proceso, este sistema recibe *entrada* desde la comunidad que lo rodea mediante asignaciones de provisiones de fondos y materiales, personal, estudiantes, y las actitudes, códigos, y valores que prevalecen en la comu-

nidad. Después del procesamiento interno del sistema, la escuela transmite su *salida* al entorno. Las exportaciones del sistema escolar incluirán los estudiantes graduados, la facilitación y la asistencia a las metas de la comunidad, y la terminación de los proyectos de los servicios comunitarios.

Aún más, al revisar la organización interna de la escuela como un sistema social, “existe en ella una jerarquía de *status* y autoridad, reglas de gobierno y sistemas normativos, y una diferenciación de roles basada en funciones distintas de tarea”.<sup>9</sup> Los patrones de elaboración interna del sistema se acompañan de un estado fluctuante de tensión de los subsistemas, cuyo efecto de extremo a extremo contribuye al equilibrio dinámico de la escuela en tanto que interactúa con su entorno.

Al establecer un programa de consulta dentro de la escuela preparatoria identificada, mis primeras tareas se abocaron a valorar la permeabilidad de las fronteras del sistema, esto es, la receptividad de la escuela o la resistencia a la intervención externa; localización de los medidores de fronteras y sus guardianes estratégicos para mantener la identidad y la integridad del sistema; y la determinación de la distribución de líneas de poder y de autoridad dentro de la escuela. Antes de mi actividad directa dentro de esta escuela, hubo una reunión entre el personal de consulta y educación del centro de salud mental y los directores, auxiliares administrativos, y psicólogos de la escuela, y representantes del departamento de orientación del distrito escolar de la ciudad. También acudió un delegado de la oficina del inspector escolar.

En esta reunión conjunta se presentó a los representantes escolares las operaciones de los servicios de tratamiento y prevención de salud mental del centro y dio la oportunidad para la aclaración mutua de metas y actividades. Esta sesión, acompañada con la distribución de materiales descriptivos impresos, mejoró sustancialmente el progreso hacia el desarrollo de una relación de confianza y cooperación. Este acercamiento alivió algo de la preocupación inicial acerca del rol de consulta no habitual y sus asociaciones cargadas de ansiedad con el campo de la salud mental.<sup>10</sup>

A continuación de esta sesión, planeé reunirme individualmente con uno de los directores de la preparatoria quien, junto con las dos consejeras de orientación de la escuela, había expresado el deseo de examinar alternativas más específicas para enriquecer la función del consejo estudiantil del personal de gobierno dentro de la escuela. Se esperaba que las consejeras pudieran ser ayudadas a alcanzar más eficaz y eficientemente un segmento mayor de su carga de casos estudiantiles (aproximadamente 350 muchachos por consejera), y atender las preocupaciones psicosociales

y emocionales de los estudiantes más allá de la guía académica tradicional, calendario de cursos, y pruebas de aptitud.

Durante nuestra reunión individual, el director identificó la necesidad de incorporar en el programa de guía estrategias más amplias para proporcionar un consejo basado en la escuela para “estudiantes en riesgo”. Juntos, él y yo estuvimos de acuerdo en introducir un programa de consulta dentro del escenario escolar, inicialmente ofrecido para el departamento de orientación.

Como consultante externa del sistema para la escuela, respeté y aprecié el interés del director en dar prioridad a las necesidades escolares. Posteriormente consideraríamos extender mi actividad consultiva para incluir más servicios escolares. Este formato no sólo señalaba una planificación realística, sino que me permitió una oportunidad mayor para familiarizarme con las posiciones escolares de *status*, líneas de comunicación, grupos de poder, niveles de tensión organizacional y los patrones de manejo de tensión del sistema. El diseño y la proyección del programa de consulta delineado durante mis reuniones con el director solucionaron el problema esencial de confrontar a un consultante de salud mental:

...él debe permanecer sensible en el sistema sin ser forzado a cualquier posición definitiva o declaración hasta que tenga la oportunidad de valorar los esfuerzos principales, los asuntos de poder, y las fuerzas de trabajo que determinarán las... tensiones y sensibilidades dentro de las que debe empezar por definir... cuál puede ser su utilidad eventual para el sistema.<sup>11</sup>

El aval administrativo inmediato del director para planificar la consulta de salud mental señaló mi entrada formalizada a ese sistema.

La siguiente tarea tenía que ver con la formación de una relación abierta, de cooperación con las consejeras de orientación. Durante el transcurso de las sesiones formales e informales con este personal, se volvió cada vez más importante poner énfasis y elaborar la dimensión del consejo de estudiantes del programa de orientación. Mediante las numerosas listas de las experiencias y actividades típicas de las consejeras, parecía que la imagen del personal de orientación dentro de la escuela no había sido descrita y que era auxiliar. La posición particular de la consejera de orientación había acumulado toda una serie de funciones tangenciales como extensión de la administración de la escuela en materias de políticas, protocolo, y toma de decisiones; una extensión del claustro de profesoras en la enseñanza suplente; una extensión del servicio de salud escolar en ausencia de la enfermera de la escuela; y, también, una extensión de los decanos escolares de los muchachos y muchachas como

proveedores de disciplina, detenciones, y suspensiones. El personal de orientación no podía aconsejar.

Sin embargo, debido a su compromiso multifásico en las operaciones de los sistemas, esas consejeras ofrecían una contribución significativa y poderosa al funcionamiento total de la escuela. Las tensiones intrasistémicas emergían de las percepciones inadecuadas de la identidad del personal de orientación como agentes distintos de consejo para los estudiantes.

A partir de las sesiones de recogida de datos con el director y los consejeros, desarrollé una conceptualización del personal de orientación como un equipo informalmente poderoso, comprometido ampliamente dentro de varios subsistemas escolares, diestros y capaces profesionalmente del consejo individual estudiantil aunque operando dentro de la prisión dicótoma de la organización. Las consejeras no habían sido asimiladas completamente dentro de cada subsistema, a pesar de actuar en los dos campos de la administración y la enseñanza y de tener identificación intermitente con la jerarquía administrativa y ocasional con el cuerpo de enseñanza. Esta valoración fue confirmada después mediante contactos directos con los profesores individuales y el personal de administración, y las observaciones compartidas de la psicóloga escolar asignada a la preparatoria.

Así, surgieron dos objetivos para mi participación consultiva en el departamento de orientación. Fueron facilitar la extensión de los servicios de consejo escolar a la población de estudiantes en riesgo, y ayudar a las consejeras de orientación a cristalizar, reforzar, y comunicar su identidad de rol primario como consejeras.

De esta manera, mi posición como consultante se volvió definida en función de una figura catalítica, creadora de promoción, alternativas practicables en la solución de problemas del personal, y en estimular el uso de la tensión de los subsistemas de cara a promocionar las metas del sistema escolar. Ferguson defiende este diseño de la función instrumental del consejero dentro de una organización social. Los consultantes se usan a sí mismos como ayuda o instrumentos para liberar las fuerzas que mueven al sistema hacia el equilibrio o la salud. Precipitan un proceso cuya esencia viene de los miembros.<sup>12</sup>

Para implementar el primer objetivo, se adoptó un formato de consejo de grupo. Una de las consejeras estuvo de acuerdo de servir de colíder del grupo y como mi contacto a medida que se desarrollaba el programa. Tal medida refleja el principio de prioridad y amortización para el resultado óptimo del tiempo de consulta. La comunicación con otra consejera,

igual que con el director de la escuela, se mantuvo durante las etapas que siguieron a la formación y operación de los grupos estudiantiles.

Durante el espacio de varias reuniones de planificación, la colíder y yo discutimos los detalles de la iniciación de un programa de consejo de grupo. Incluían determinar las necesidades y las inquietudes de los estudiantes, fijar las metas del grupo, seleccionar los candidatos del grupo blanco, planificar las técnicas de evaluación, y manejar asuntos técnicos misceláneos como las sesiones de grupo, la duración, el sitio, el número de miembros, y las formas de autorización de los padres. Todavía más, debido a que la colíder no había tenido entrenamiento previo en el consejo de grupo, se introdujo un componente educacional en el marco del grupo. Así, mediante la experiencia real del grupo, y con las conferencias planeadas de pregrupo, ella pudo desarrollar y poner en práctica nuevas destrezas adquiridas de consejo de grupo.

La consejera presentó una necesidad percibida de intervención de salud mental con los estudiantes que exhibían problemas de ajuste, tanto en la escuela, en el hogar, o con los compañeros. Algunas señales premonitorias para sus dificultades emergentes se manifestaron a través de distintas conductas: a menudo ausencias previsibles, intermitentes en la escuela; una tardanza digna de atención, aunque no excesiva; frecuencia de las visitas a la consejera o al decano; desempeño académico inconsistente; frecuencia de los contactos con los padres respecto de la conducta de los estudiantes; lazos problemáticos entre los compañeros de grupo o relaciones difíciles con los compañeros. Esos estudiantes, distintos de los que son etiquetados como “transgresores escolares crónicos” o “delincuentes” y de los que han sido identificados con trastornos psicosociales, eran incluso vulnerables e impresionables. En consecuencia, este grupo de jóvenes preparatorianos fue seleccionado adecuadamente como “población en riesgo”.

Los objetivos del programa orientado al grupo se desarrollaron para que incluyeran lo siguiente:

- 1 Cultivar y reforzar destrezas de comunicación sana
- 2 Examinar y mejorar la naturaleza de la relaciones interpersonales de los estudiantes con los padres, los compañeros, y las figuras significativas adultas de autoridad
- 3 Alentar la aceptación de la responsabilidad individual para el propio comportamiento y sus consecuencias
- 4 Explorar y poner en práctica técnicas de solución de problemas para resolver los problemas individuales o las dificultades de los estudiantes

El tema dominante para este programa debía poner énfasis en una experiencia de promoción de crecimiento positivo, de ayuda para los participantes estudiantiles. El escenario de grupo debía ser el vehículo para promocionar la autointrospección mediante la integración interpersonal compartida.

Las sesiones de grupo debían ser dirigidas semanalmente en la preparatoria, una hora durante el día escolar, a lo largo de un período de diez semanas. Después de esas diez reuniones, el grupo debía acordar una sesión mensual hasta el final del año escolar (cuatro sesiones). Esta organización mantenía la continuidad del contacto del grupo y la ayuda a los estudiantes, mientras se facilitaba una conducta estudiantil constructiva, e independiente. Este diseño se planeó como la alternativa más viable, al tener en cuenta los cambios del calendario estudiantil y la inversión de tiempo de la consejera.

Las especificaciones del proyecto de consejo de grupo para estudiantes se sometieron al director de la escuela para su aprobación formal. En ese momento, le pedí un certificado por escrito de la aceptación administrativa para mis servicios de consulta. Una carta suya, cordialmente respaldando el proyecto, sirvió como nuestro acuerdo contractual.

Siguió la reunión de los candidatos del grupo a partir de la población estudiantil blanco. El reclutamiento de los miembros potenciales pudo lograrse convenientemente sólo con las dos consejeras de orientación. Sin embargo, urgí a la participación del personal de enseñanza para que sugirieran candidatos estudiantiles. Se intentó el compromiso del claustro de profesores en esta etapa de la formación del grupo para que sirviera a los siguientes propósitos colectivos: (1) comprometer a los profesores en la contribución activa al proyecto, reconocimiento del valor de sus experiencias directas, diarias, en la interacción con los estudiantes; (2) ayudar y reforzar el intercambio profesor-consejera hacia una meta común y, así, reducir la rivalidad potencial o la resistencia al programa de grupo; (3) dar la ocasión para presentarme como consultante en salud mental, definir la naturaleza de mi compromiso en la escuela, y abrir canales de comunicación y aprendizaje mutuo; (4) estimular y mantener el interés de los profesores en la conducción del programa del consejo de grupo. Este uso planeado de la entrada del claustro de profesores como fuente de referencia de consejo de grupo afirma uno de los principios de la consulta integral: “No desviarse de los recursos primarios de la organización, la *gente* que hace que el sistema actúe.”<sup>13</sup>

Al asegurar la participación de los profesores como agentes de referencia condujo al reconocimiento de mis sugerencias y las de la consejera, mientras se definía el proyecto bajo los auspicios del departamento de orien-



tación. Este esfuerzo impulsó una reorientación hacia una dimensión de consejo más explícita del programa de orientación e inició el progreso hacia el segundo objetivo principal de la consulta.

Durante el transcurso de la reunión mensual de administración del claustro de profesores, fui presentada al personal de enseñanza por la consejera, mi función dentro de la escuela fue explicada brevemente, y se anunció una descripción del programa del consejo de grupo. La consejera alentó las sugerencias del claustro de profesores y reforzó su mensaje al distribuir una carta que aclaraba el programa del grupo a cada maestro. Se había dejado un espacio en la forma para las recomendaciones por escrito para los estudiantes candidatos. Después de una resistencia inicial, la respuesta del claustro de profesores, tanto verbal como escrita, fue notablemente favorable. Se hizo una lista de los candidatos estudiantiles de la que se seleccionaron los miembros finales.

La población blanco para el grupo de consejo incluía a muchachas adolescentes de séptimo, octavo, y noveno grados. En interés de facilitar el proceso de grupo, el grupo de “sólo muchachas” fue visto como el adecuado a la edad. En la transición de la preadolescencia a la primera adolescencia, las afiliaciones de sexo único características implican una importancia crítica. Tales agrupaciones ofrecen una estructura segura para establecer un grupo de consejo de nivel preparatorio. Redl atestigua el factor de “protección y seguridad” en tales agrupaciones homosexuales en esta etapa.<sup>14</sup>

La consejera y yo dirigimos conjuntamente las entrevistas de cribaje (*screening*) para los candidatos individuales del grupo. Esas entrevistas ayudaron a la consejera a construir una relación colegial conmigo como consultante, mientras que al mismo tiempo se reforzaban sus destrezas de entrevista. Al proponer el proyecto de consejo de grupo a los estudiantes, pusimos énfasis en la orientación de crecimiento, la naturaleza positiva de la salud de esta experiencia de aprendizaje de grupo; el diseño estrictamente voluntario de membresía, su presión o exigencia para participar; la relevancia del grupo a las necesidades, inquietudes, y experiencias de esas muchachas adolescentes; la naturaleza confidencial de los contenidos de las sesiones del grupo, dentro de límites éticos; y la distinción entre este aprendizaje experiencial planeado y el de la educación centrada en el salón de clases.

En general, los estudiantes reaccionaron al proyecto de consejo de grupo con curiosidad, anticipación, y vehemencia. En realidad, el proyecto despertó tal interés que, a medida que las entrevistas de cribaje (*screening*) aumentaban, grupos de estudiantes empezaron a circular información entre sus compañeros ¡e incluso se acercaron a la consejera y

a mí con nombres de otros estudiantes que deseaban participar! Los canales de comunicación dentro del subsistema estudiantil de esta escuela se abrieron completamente.

Al revisar nuestro compromiso en el proceso de cribaje (*screening*) estudiantil, aclaré a la consejera mi interpretación de nuestra relación y las responsabilidades respectivas de rol como colíderes del grupo. La consejera expresó su falta de confianza en asumir una posición de colide-razgo en el programa, señalando sus mínimos antecedentes en dinámica de grupo como fuente primaria de sus ansiedades acerca del desempeño. En realidad, una relación de rol más confortable y menos amenazadora hubiera proporcionado a la consejera varias obligaciones técnicas y de oficina como “asistente de la consultante de salud mental”. Sin embargo, dentro de un marco de salud mental preventiva, este acercamiento es temerario y miope.

Repetidamente afirmé la importancia del aspecto educacional de la preparación de grupo de la consejera como colíder y la conveniencia de que aumentara sus destrezas para incluirlas al trabajo de grupo. Las conferencias planeadas de pregrupo y postgrupo nos permitieron compartir observaciones acerca de las sesiones del grupo y reforzar su progreso en la adquisición de destrezas de consejo de grupo. La ayudé activamente en comunicar su inquietud, sus preguntas, y sus propias dudas respecto de sus habilidades. Este tipo de interacción centrada en el consultor representa un aspecto integral del proceso de consulta, al que la negligencia o la insensibilidad traerían complicaciones y dificultades que irían surgiendo en las siguientes consultas. El diálogo claro con el sistema consultor, como se ilustra con esta consejera de orientación, proporciona la oportunidad para demostrar su integridad, la identificación inicial con el sistema consultor, sensibilidad y atención como persona, y apertura y aceptación de las reacciones e ideas de la consultora. Además, revela su interés en un proceso conjunto de colaboración.<sup>15</sup> La frecuencia de mis contactos consultivos directos con la consejera sobre el programa del grupo, el hecho de compartir los materiales oportunos de referencia sobre el consejo de grupos adolescentes, mi propia disponibilidad y accesabilidad para sus preguntas e inquietudes, y las conferencias continuas para la retroalimentación del progreso reflejaban mi apreciación por las incertidumbres de esta consejera y mi intervención sobre ellas. La consistencia en esta posición al final alivió y recanalizó sus ansiedades hacia un aprendizaje más productivo.

Durante una conferencia final de evaluación, la consejera confirmó voluntariamente su crecimiento profesional en el manejo del consejo de grupos estudiantiles. Había llegado a entender y a interactuar con los

estudiantes de un modo nuevo y significativo a través del proceso de grupo. Surgió de mi dependencia como una experta en dinámica de grupo, moviéndose hacia una conciencia más profunda de sus propios recursos de expansión en técnicas de consejo de grupo, y al final reconociendo que había logrado destrezas de consejo más amplias y de mayor adaptación. Tal crecimiento estuvo precedido de su sucesiva confianza en una relación de rol igualitaria conmigo como consultante. Este comentario se armoniza con una tarea fundamental de la consultante de salud mental para reforzar el funcionamiento independiente de la consultora, con la contribución del consultante al trabajo de la agencia realizado mediante una eficiencia incrementada del personal.<sup>16</sup>

La consejera se volvió cada vez más activa en nuestras reuniones con el director de la escuela. Esas sesiones programadas permitieron un intercambio de retroalimentación y el intercambio de observaciones e impresiones sobre todos los aspectos del programa del grupo. Las reuniones sirvieron también para controlar los efectos de este proyecto de consejo dentro de la unidad total de la escuela.

Efectivamente, durante el espacio del décimo mes de los servicios consultivos dentro de esta escuela, mi compromiso en el programa del grupo catalizó una respuesta del claustro de profesores entusiasta, y continuamente curiosa e interesada. El comedor y la sala de profesores se volvieron poco a poco en arenas para el diálogo fértil con el personal de enseñanza.

La primera fase de esos contactos informales con los profesores se centraron en conocernos unos a otros. Muchas de las preguntas de los profesores se centraban sobre mis antecedentes en la salud mental comunitaria, y mi funcionamiento conjunto con los servicios relacionados del centro de salud mental. Contesté sus preguntas con honestidad y discreción, y luego intenté extender la discusión para incluir las percepciones de los maestros sobre el cuidado de salud mental, sus filosofías individuales de educación, sus objetivos de enseñanza, y sus expectativas acerca de los estudiantes, los padres, y la comunidad. En esta etapa delicada de la construcción de la relación (*rapport*), adopté un enfoque activo de escuchar los comentarios del claustro de profesores, demostrando mi cándido interés y respeto para sus puntos de vista. La mutualidad de esos intercambios iniciales reforzaron y promovieron la confianza. El límite común entre el sistema escolar y los servicios preventivos comunitarios del centro de salud mental se hicieron cada vez más visibles, se entendieron, y fueron aceptados.

Poco a poco, mis contactos con el claustro de profesores abrieron una avenida para la retroalimentación de los profesores respecto de los estu-

diantes en el grupo de consejo. Más que solicitar directamente esos datos, reconocía la entrada de los profesores a medida que se presentaba. La consejera de orientación también aceptaba observaciones de los profesores cuando se las hacían. Muchas veces entrelazadas con esos comentarios había exigencias de los profesores individuales para que hiciera recomendaciones acerca del manejo de una conducta estudiantil conflictiva en el salón de clases.

En consecuencia, las exigencias del claustro de profesores para la consulta de caso centrado en el profesor señaló una segunda fase en mi funcionamiento de prevención de salud mental dentro de la escuela. Habiendo asegurado otra vez la aprobación administrativa de la escuela, me reuní con los profesores individuales que me lo habían pedido, durante el tiempo del *lunch*, en los períodos en que no había clase, o después de la escuela. El formato de las sesiones de consulta incluía esencialmente la revisión de la preocupación expresada por el profesor, lograr una definición clara del programa, estudiar los resultados de los esfuerzos de la intervención ya logrados por el profesor, generar estrategias alternativas para manejar la dificultad y, finalmente, coordinar para el informe siguiente el resultado de los métodos implementados por el profesor.

En los incidentes específicos en los que estaban involucrados los estudiantes, la consejera de orientación también acudía a la sesión de consulta, como participante-observadora y, por ello, adquiría destrezas fundamentales como persona de recursos para el restante personal de la escuela al tratar con la conducta de los estudiantes. En otras ocasiones, discutía las propias impresiones o inquietudes del profesor acerca del desempeño profesional, competencia, o adecuación, sin la participación de la consejera en la sesión.

Debido a mi posición como externa, sin un rango adscrito en la jerarquía organizacional del sistema, fui capaz de emplear mayor objetividad y una expresión completamente creadora en las conferencias de consulta. El privilegio de moverme entre los subsistemas de la escuela y dentro de ellos demostró ser un activo valioso en la provisión de servicios preventivos de salud mental. La movilidad del consultante dentro de los sistemas es esencial para el éxito.<sup>17</sup>

Con la aceptación del programa de consejo de grupo para los estudiantes y las consultas individuales de caso, el personal de la escuela empezó a reconocer el mérito importante de los intentos de salud mental preventiva dentro de la escuela. El concepto inicial de cuidado de salud mental-psiquiátrica como el tratamiento de trastornos psicosociales selectivamente identificados cambió hacia un punto de vista más completo, orientado a la salud. En este sentido, el personal de la escuela añadió una

dimensión de salud *distributiva* a la interpretación tradicionalmente *epi-sódica* de la provisión de cuidados de salud.

Inmediatamente después de que el proyecto de consejo de grupo fuera establecido y de que estuviera en marcha la consulta de caso para los profesores, el presidente del comité de crecimiento personal de los profesores requirió un programa de educación en servicio para el claustro de profesores durante una de sus reuniones mensuales. Su comité no había decidido sobre un tema particular, pero había analizado varias posibilidades. Estuvo de acuerdo en dirigir una sesión en servicio, dejando la determinación del tema a la entrada conjunta de los miembros del comité, los profesores representativos, y yo. Firmemente me centré en tocar y liberar los recursos internos del sistema, en este caso la base de conocimiento del personal de la escuela.

Se envió a los profesores una comunicación escrita, delineando planes para la reunión en servicio y que contenía una lista de comprobación de los temas posibles del programa. A los profesores individuales se les pedía que seleccionaran el tema que fuera de mayor interés e importancia para sus experiencias escolares, o que sugirieran otros temas no incluidos en la lista. Las formas llenadas eran luego enviadas al presidente del comité. Esta medida permitió el compromiso de los profesores en la planificación del programa, y sus respuestas colectivas a las exigencias de ayuda en la estructuración del programa.

Las formas cumplimentadas reflejaron el interés doble del claustro de profesores en facilitar la comunicación con los estudiantes, en usar el proceso de grupo y las técnicas de grupo en el salón de clases. Los comentarios adicionales de los profesores confirmaron su deseo de entender mejor e integrar los principios de manejo de grupos en sus métodos de enseñanza.

Mediante contactos informales con los profesores, estuve segura de que su interés en el proceso de grupo dimanaba de los efectos internos del sistema del programa de consejo de grupo. Las inquietudes de los profesores se centraban en la aplicación de las destrezas de manejo de grupos dentro del salón de clases y no explícitamente en las técnicas del consejo de grupo. El claustro de profesores solicitó indicaciones para incorporar un diseño adecuado de grupo al campo educacional.

Después de aclarar el tema en la sesión en servicio, asumí la responsabilidad para la dirección primaria del contenido y la discusión del programa. Para traducir las formulaciones teóricas de la dinámica de grupos a las experiencias diarias en el salón de clases de los profesores, pedí a la consejera de orientación que expusiera sus propios comentarios derivados de sus amplios antecedentes en el proceso de grupo. Su participa-

ción activa durante la sesión en servicio iba a promover la consolidación ulterior de su función distintiva de consulta.

Nuestra discusión con los profesores se centró en las estrategias para incorporar una orientación de grupo al manejo de enseñanza y del salón de clases. Aunque algunos miembros del personal expusieron sus reservas, la respuesta de los profesores significativos a esta sesión única fue positiva y alentadora. Muchos profesores se quedaron después de la reunión para hacer nuevas preguntas y comentarios. Este programa en servicio del claustro de profesores amplió el punto de vista de mis actividades escolares de consulta. El proyecto original de consejo de grupo estudiantil encendió la chispa de la introducción de varios servicios preventivos de salud mental dentro de la escuela.

Otro ciclo de cambio se desarrolló a través de mis contactos con el personal de orientación y la psicóloga de la escuela. Juntos habían identificado una necesidad recurrente de un programa de intervención preventiva para los padres de los estudiantes de la preparatoria. Numerosas conferencias para padres y sesiones de consejo relacionadas con la escuela descubrieron una necesidad de modificar y mejorar las destrezas de los padres. Los padres de los adolescentes más jóvenes constituyen una población en riesgo, con alta prioridad para la provisión de servicios preventivos-consultivos de salud mental. Con la consejera de orientación como enlace, la psicóloga de la escuela y yo delineamos un proyecto de grupo de padres para un grupo seleccionado de padres. Este proyecto piloto debe ser dirigido para el logro de los siguientes objetivos:

- 1 Ayudar a los padres en el desarrollo de patrones del manejo y la dirección más eficaces, más satisfactorios de las responsabilidades de la crianza de los hijos
- 2 Proporcionar una oportunidad a los padres para expresar sus inquietudes e incertidumbres, así como sus recursos y talentos, en sus roles como madres y padres
- 3 Prevenir los trastornos graves o derivados en las relaciones padres-hijos en las familias blanco en las que ya se hubiera presentado algún tipo de descompensación o que estuviera a punto de ocurrir

Desde la ventaja consultante-consultor, otro objetivo involucraba la provisión de una experiencia de entrenamiento en las destrezas del proceso de grupo para la psicóloga de la escuela. Antes, ella había dirigido las conferencias de consejo con los padres sobre una base individual de familias, pero había limitado su experiencia a tratar con un solo grupo de padres. Debido a su competencia sofisticada en el consejo y a su

personal efervescencia, la psicóloga de la escuela se desempeñaba bien como una colíder de un grupo de padres.

El diseño del programa de padres combinaba componentes de instrucción y de experiencia. La psicóloga de la escuela y yo preparamos materiales informativos que trataban de las maneras de la comunicación familiar, el escenario limitador y la disciplina, solución de problemas familiares, resolución del conflicto padre-hijo, y uso de la autoridad de los padres y la toma de decisiones de éstos. Estas herramientas de instrucción proporcionaron una estructura de trabajo en la que los miembros del grupo fueron alentados a examinar sus experiencias como padres y a practicar técnicas alternativas de la crianza de los hijos. Se introdujeron ejercicios de comportamiento, los que suplementaron y demostraron la instrucción, durante la sesión de grupo para ayudar a los padres en sus intentos de mejorar los métodos parentales.

Como antes, aseguré la aprobación administrativa de la escuela para este proyecto de consulta y mantuve un circuito de comunicación abierta con el director de la escuela para la retroalimentación progresiva y la evaluación final del programa. También, me dispuse a reunirme regularmente con la psicóloga de la escuela durante el espacio de 15 semanas que duraban las sesiones de los padres, para revisar el proceso del grupo, tener en cuenta las estrategias de intervención dentro del grupo, e intercambiar observaciones acerca de la utilidad del programa.

La selección de los candidatos del grupo de padres estaba asegurada por el personal de orientación y la psicóloga de la escuela con la entrada del director de la escuela. Así, logramos un registro satisfactorio de padres candidatos. La psicóloga de la escuela aceptó la responsabilidad de contactar a esos padres, explicando el programa de grupo, y asegurando su compromiso para participar. Estuvieron de acuerdo 12 padres.

Al cierre de las sesiones de grupo de los padres, preparé un informe final de evaluación que incluía datos subjetivos de los miembros del grupo, observaciones de la psicóloga de la escuela, y mi propia valoración. El informe presentaba una exposición narrativa del nivel de logro exitoso de los objetivos del programa y recomendaba continuar con grupos parecidos de educación para padres. Esta evaluación fue sometida al director de la escuela y fue también discutida con el personal de orientación.

## LA CONSULTA EN LA PRACTICA: LA EVALUACION

Hacia la finalización del año escolar, el director y yo nos reunimos para reexaminar los servicios consultivos proporcionados a la escuela prepara-

toria durante el año académico. Valoramos cada uno de los resultados –incluidos los beneficios y las deficiencias de las distintas actividades. Los logros principales de los programas escolares de consultación en salud mental fueron

- 1 Clarificación significativa, explícita, de la función principal de consejo e identidad de rol del personal de orientación
- 2 Mejoramiento sustancial en la competencia interpersonal de los miembros del grupo de estudiantes, adecuación de la comunicación, y autointrospección, como lo ponían en evidencia las observaciones de conducta de los mismos estudiantes, profesores, padres, y el personal de orientación
- 3 Estimulación del cambio planeado y de la experimentación imaginativa dentro del sistema, hacia una eficiencia mejorada, con apertura creciente entre los subsistemas escolares y una apreciación alentada de la unicidad y la interdependencia de esas unidades
- 4 Promoción de una relación de cooperación entre la escuela y el centro de salud mental como enfrentando los sistemas sociales de la comunidad, funcionando adecuadamente hacia recursos mejorados humanos y del entorno

El director y yo confirmamos el mérito decisivo del cuidado preventivo de salud mental a través de los sistemas comunitarios de apoyo.

La deficiencia principal en los servicios de consulta fueron mis compromisos de tiempo como consultante de salud mental con otras agencias de la comunidad, que excluían planes más inclusivos para llegar a *todos* los estudiantes en riesgo, a *todos* los padres en riesgo o, de hecho, para hacer posible la consulta de la salud mental a *todo* el personal escolar.

El director expresó con entusiasmo su deseo de continuar con los servicios preventivos de salud mental. Con su aval administrativo, estuve de acuerdo en negociar nuestro contrato y así organizar servicios ulteriores de salud mental distributiva en respuesta a las necesidades identificadas del sistema. El acuerdo para revisar otra vez las prioridades de servicio de salud mental dentro de la escuela reflejaban y reforzaban mi propio enfoque a la consulta como “herramienta fundamental especializada de prevención primaria”.<sup>18</sup>

A medida que veo retrospectivamente la situación, estoy segura de que el director, la consejera de orientación, la psicóloga de la escuela, y el claustro de profesores han logrado ver el proceso de la consulta de salud mental desde una perspectiva más amplia. Han desarrollado una apreciación para las implicaciones de un enfoque de la salud mental preventivo, holístico, y orientado a la salud.



## REFERENCIAS

- 1 Donald C. Kelin: *Community Dynamics and Mental Health* (New York: John Wiley & Sons, 1968). p.13.
- 2 Alvin Bertrand: *Social Organization: A General Systems and Role Theory Perspective* (Arlington Heights, Illinois: AHM Publishing Corporation, 1972), p.150.
- 3 Gerald Caplan: *Support Systems and Community Mental Health: Lectures on Concept Development* (New York: Behavioral Publications, 1974), pp.253-254.
- 4 Leonard Hassol and Saul Cooper: "Mental Health Consultation in a Preventive Context". In Henry Grunebaum (ed.): *The Practice of Community Mental Health* (Boston: Little, Brown and Co., 1970), p.731.
- 5 Caplan, *op.cit.*, p.7.
- 6 U.S. Department of Health, Education, and Welfare: *Consultation and Education: A Service of the Community Mental Health Center* (Public Health Service Publication No. 1478), pp.6-7.
- 7 Karen Signell and Patricia Scott: "Mental Health Consultation: An International Model". *Community Mental Health Journal*, 7, 4:293, December 1971.
- 8 Eli M. Bower: "Community Psychology and Community Schools". In William Claiborn and Robert Cohen (eds.): *School Intervention: Volume I* (New York: Behavioral Publications, 1973), p.21.
- 9 Anthony Broskowski: "Teacher-Centered Consultation in a Inner-City Junior High School". In Clairborn and Cohen, *op.cit.*, p.124.
- 10 Hassol and Cooper, *op.cit.*, p.712.
- 11 *Ibid.*, pp.711-712.
- 12 Charles Ferguson: "Concerning the Nature of Human Systems and the Consultant's Role". In Warren Bennis, Kenneth Benne, and Robert Chin (eds.): *The Planning of Change*, ed.2 (New York: Holt, Rinehart and Winston, 1969), p.412.
- 13 Broskowski, *op.cit.*, p.141.
- 14 Fritz Redl and David Wineman: *Children Who Hate: The Disorganization and Break-down of Behavior Controls* (New York: The Free Press, Macmillan, 1951), p.220.
- 15 Arnold Beisser: *Mental Health Consultation and Education* (Palo Alto, California: National Press Books, 1972), p.57.
- 16 *Ibid.*, p.25.
- 17 Margaret Morgan Lawrence: *The Mental Health Team in the Schools* (New York: Behavioral Publications, 1971), p.21.
- 18 Grace Deloughery, Kristine M. Gebbie, and Betty Neuman: *Consultation and Community Organization in Community Mental Health Nursing* (Baltimore: Williams & Wilkins, 1971), p.53.

## BIBLIOGRAFIA

- Bennis, Warren G.; Benne, Kenneth D.; Chin, Robert; and Carey, Kenneth E. (eds.) *The Planning of Change*, ed.3. New York: Holt, Rinehart and Winston, 1976.
- Birnbaum, Morton P. "The State Hospital Psychologist as a Consultant in the Public Schools". *Hospital and Community Psychiatry*, 22:25-27, September 1971.
- Blake, Robert R. and Mouton, Jane Srygley. *Consultation*. Reading, Massachusetts: Addison-Wesley Publishing Co., 1976.
- Caplan, Gerald. *The Theory and Practice of Mental Health Consultation*. New York: Basic Books, 1970.
- Dever, G.E. Alan. *Community Health Analysis*. Germantown, Maryland: Aspen Systems Corp., 1980.

- Kramer, Ralph M. and Specht, Harry. *Reading in Community Organization Practice*, ed.3. Englewood Cliffs, New Jersey: Prentice-Hall, 1975.
- Marymounth Hospital Mental Health Center. *Newsletter*. Garfield Heights, Ohio, March 1975.
- Rothman, Jack; Erlick, John L.; and Teresa Joseph G. *Changing Organizations and Community Programs*. Beverly Hills, California: Sage Publications, 1981.
- U.S. Department of Health Education and Welfare: National Institute of Mental Health. *The Scope of Community Mental Health Consultation and Education*. Washington, D.C.: National Institute of Health (Publication No. 74-650), 1971.

Dos enfermeras empresarias describen el desarrollo de un sistema nuevo para procurar servicios especializados de educación y consulta con objeto de asistir a las organizaciones de enfermería a crear nuevos paradigmas para la práctica y el servicio.

## CAPITULO CUARENTA Y DOS

# **ANCER: UN ESFUERZO PIONERO EN LA ENFERMERIA DISTRIBUTIVA**

PHYLLIS J. WATERS  
PATRICIA R. MORRIS

La política pública y las presiones económicas durante la última década han obligado a muchos cambios en el esfuerzo por establecer un sistema de cuidado de salud que proporcione servicios amplios, individualizados, y basados en costo-eficacia. Debido a que se cuenta con una población de consumidores mejor educada, se ha acentuado el enfoque en la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud. El crecimiento rápido de la tecnología ha abierto nuevas y emocionantes maneras de utilizar recursos, de comunicarse, y de solucionar problemas. Emocionantes como son, la rapidez con la que están ocurriendo estos cambios en respuesta a estas presiones es alarmante. Puesto que tiene un rol fundamental en la entrega de cuidado de salud y se interrelaciona directamente con *todos* los demás componentes del sistema, la enfermería tiene el más alto “potencial de indecisión”. El reto consiste en manejar con éxito el cambio.

Este capítulo trata de nuestras experiencias en el desarrollo de ANCER,\* un nuevo sistema de prestación de servicios especializados de educación y consulta. Este sistema fue establecido con el objetivo de ayudar a las organizaciones de enfermería a crear nuevos paradigmas para la práctica y el servicio. Específicamente, los consultores de ANCER asisten a los clientes a desarrollar y a utilizar recursos para su potencial. En los tres apartados que siguen encontraremos la presentación de la organización y servicios de ANCER, la discusión de las transacciones de sistemas entre ANCER y sus clientes, y comentarios acerca de nuestra experiencia como empresarias.

## PRESENTACION DE ANCER, INC.

ANCER es un servicio de educación y consulta que se basa en los elementos existentes en Ohio para proporcionar medios de cuidado de salud, con servicios diseñados para satisfacer los continuos requisitos de educación nacionales, de cada estado y locales, para enfermeras. ANCER fue planeado para satisfacer las necesidades identificadas de servicios de su población consumidora y las necesidades organizacionales de sus consultores y personal.

### *La necesidad*

Durante la fase de planificación de la organización, se valoró la necesidad de servicios de educación y consulta. Los principales factores que apoyan la demanda de continuación de la educación son

- los cambios rápidos creados por la investigación aplicada, la tecnología, y las mejoras en la comunicación vuelven obsoletos el conocimiento teórico y las habilidades de una enfermera profesional en un lapso de 1½ a 2 años. En algunas áreas, como la de cuidado crítico, el conocimiento y las habilidades pueden volverse obsoletos en 6 meses.
- Son cada vez más las enfermeras y quienes les dan empleo que sienten la imperiosa necesidad de documentar los niveles de eficiencia y des-

\* ANCER son las siglas de Applied Nursing Consultation and Educational Resources.

trezas. Las organizaciones profesionales son fuertes impulsoras de la educación, de la revisión de compañeros, y la responsabilidad profesional. El número creciente de demandas presentadas por negligencia y falta de profesionalismo en contra de enfermeras incrementa la necesidad que tienen los empleadores de documentar la entrada y la competencia constante de sus enfermeras empleadas. Las enfermeras son, por supuesto, motivadas a adquirir destrezas y obtener credenciales que documenten su capacidad.

- Está incrementándose el número de estados que requieren que las enfermeras aumenten un número determinado de créditos de continuación de su educación para renovar sus licencias para ejercer.
- El gobierno está exigiendo programas de control de calidad que revisen los resultados en los pacientes y los procesos del cuidado de salud. La mayoría de las deficiencias requieren educación como parte de la rectificación de problemas.
- Algunas agencias de reglamentación como la Joint Commission on the Accreditation of Hospitals establecen normas que requieren medios de cuidado de salud que provean y documenten una educación constante y actualizada para las enfermeras. Algunas de estas normas requieren un certificado de competencia en áreas de especialización.
- Las enfermeras, especialmente las RN, gozan de una gran demanda. Los empleadores piensan que la disponibilidad de una educación continua es un atractivo margen de beneficios.

El resultado de estos factores es un aumento en la demanda dentro de la industria del cuidado de salud y por parte de las enfermeras de continuar su educación, el logro documentado, y credenciales y certificados especializados.

Además de examinar las fuerzas que impulsan a la industria, se llevó a cabo una encuesta con el fin de obtener datos acerca de las necesidades educacionales de los clientes potenciales de ANCER. El ejemplar de la encuesta se mandó a más de 500 agencias; nos llegó cumplimentado un 30% de los envíos. Los datos obtenidos de la encuesta indicaron un número significativo de necesidades educacionales no satisfechas, particularmente en los hospitales de comunidad chicos y medianos con una alta prioridad de necesidades en el ámbito de la administración de enfermería y de la clínica especializada. La experiencia ha confirmado estos hallazgos.

La información obtenida de las entrevistas y de la literatura de enfermería indicó que las mayores necesidades de consulta de enfermería se

encontraban en las áreas de desarrollo organizacional de enfermería, planeación, cambio estructural, manejo del estrés, y desarrollo de programas educacionales. La experiencia de los consultantes durante los pasados 3 años ha confirmado estas necesidades. Además se ha comprobado que existe la necesidad de consulta especializada para ayudar a evaluar e instituir los cambios necesarios en la práctica clínica.

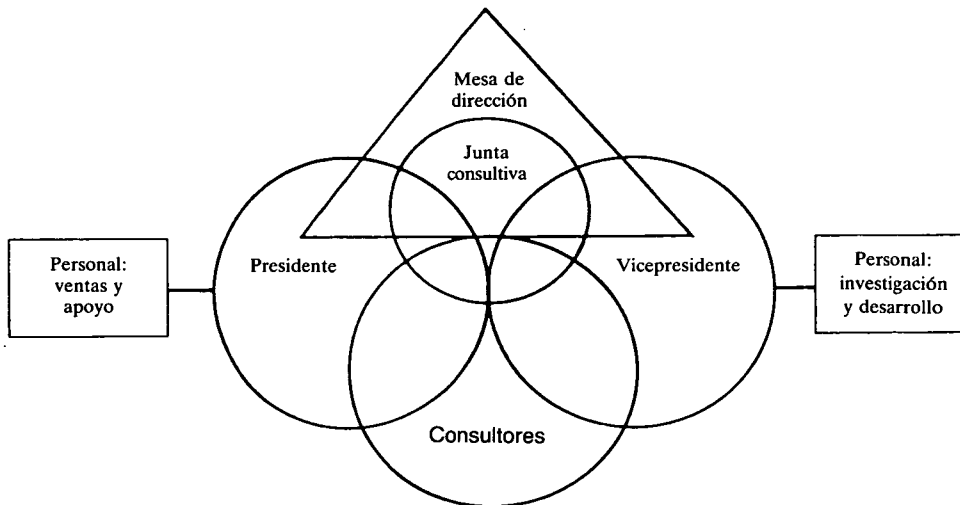
### *La organización*

ANCER es una corporación privada que abarca una red de cinco estados de consultores diversos y altamente especializados, una distinguida mesa de asesores, altos empleados corporativos, y personal de apoyo. Debido a la estructura colegial, las relaciones de trabajo entre estos grupos no pueden describirse con precisión usando una tabla organizacional tradicional. La figura 42-1 muestra los canales de comunicación y las designaciones de responsabilidad.

ANCER, como una organización de enfermería independiente, fue creada para lograr dos metas. La primera era la de proporcionar servicios especializados a los departamentos de enfermería en escenarios de cuidado de salud de casos agudos, a largo plazo y comunitarios. La segunda era la de establecer una organización estructurada para ofrecer una máxima autonomía y responsabilidad profesional además del apoyo colegial. A lo largo del desarrollo de la organización, se ha tenido igualmente en cuenta el realizar contribuciones profesionales significativas y cimentar una empresa exitosa. La filosofía y las metas de ANCER son factores importantes en lo que respecta a cómo se hacen las decisiones de planeación, evaluación, operacionales, y de marketing.

Las creencias filosóficas centrales que se siguen para guiar a ANCER se relacionan a continuación con el fin de proporcionar al lector una idea del curso de desarrollo de la organización y sus métodos de operación:

- Los humanos son seres únicos cuya salud y actualización dependen de su nivel de conocimiento de la integración equilibrada de cuerpo, mente, y espíritu, y su capacidad para aceptar responsabilidad en las alternativas de la vida.
- Los seres humanos tienen una necesidad inherente de aprender y crecer.
- El crecimiento es facilitado por la aceptación del individuo y su modo de ser único.



Responsabilidades

<p><b>Presidente</b></p>	<p>Marketing Asuntos fiscales Acuerdos contractuales Informes y registros Manejo de personal</p>	<p><b>Vicepresidente:</b></p>	<p>Programa de planeación y desarrollo Evaluación del desempeño del consultor Programa de control de calidad Diseño del curriculum</p>
<p><b>Junta consultiva:</b></p>	<p>Provee entrada acerca de tendencias Política recomendada Provee revisión periódica de objetivos y programas</p>	<p><b>Consultores:</b></p>	<p>Desarrollo de programas educacionales Presentación de programas educacionales Proveen servicios de consulta relacionados con las áreas avanzadas de especialización</p>
<p><b>Personal (ventas y apoyo):</b></p>	<p>Calendario Procesamiento de datos Tipeo, impresión y reproducción Mantenimiento, abastecimiento y transmisión de productos Mantienen rutina de comunicación</p>	<p><b>Personal (investigación y desarrollo):</b></p>	<p>Determinación de requisitos educacionales para varios tipos de agencias Programa de planeación y desarrollo Programa de control de calidad Evaluación del desempeño del consultor</p>

FIGURA 42-1  
Carta de la relación organizacional.

- La gente ejerce la creatividad, la autodirección, y el autocontrol para lograr objetivos a los que se ha comprometido.
- La educación es una experiencia compartida, y el resultado depende de la contribución y el compromiso de los estudiantes y maestros que participan en la experiencia. En la educación del adulto, el maestro debe estructurar la situación de modo que los estudiantes tengan la oportunidad y el aliciente de construir sobre el aprendizaje previo y, a través del acto de compartir, de enriquecer la experiencia diaria de otros participantes.
- Cuando se tiene la libertad de hacerlo, los profesionales ejercen un alto grado de creatividad e inventiva al resolver los problemas del cliente.
- Una empresa profesional es responsable de mantener una práctica que sea coherente con la ética y los estándares establecidos por su profesión.
- Está dentro del máximo interés de una empresa y de sus clientes el negociar únicamente contratos basados en beneficio-beneficio.

La información y la comunicación son las claves en los procesos de ANCER. La información es la mayor entrada de ANCER, el elemento crítico en su rendimiento total (procesamiento del producto), y el principal componente de su salida. ANCER utiliza un proceso de información/consultivo (discutido en más detalle en el apartado de *Transacción de sistemas*) para vender en el mercado sus servicios. Las fronteras del sistema, las relaciones de rol, y los procesos organizacionales están definidos y se mantienen funcionando a través del uso de acuerdos contractuales.

ANCER entra en un acuerdo contractual con una agencia para proporcionar un servicio determinado. A continuación, ANCER contrata a consultantes para desarrollar módulos de programa que satisfagan los requisitos del contrato; para evaluar los módulos y proporcionar retroalimentación con respecto a la validez, estructura y procesos educacionales propuestos; para enseñar los programas a los clientes designados; o para proporcionar servicios de consulta. Estos contratos delínean las expectativas de rol y remuneración que han sido acordadas mutuamente. El trabajar dentro del contexto de acuerdos contractuales proporciona lo fundamental en cuanto a autonomía profesional. El manejo de marketing y operaciones se lleva a cabo por altos empleados y personal corporativos; los servicios son desarrollados y proporcionados por el personal de consulta.



*Los servicios proporcionados*

Hoy en día, la mayoría de los programas de educación continua son ofrecidos por agencias de empleo, por las universidades, o por organizaciones profesionales. Los programas ofrecidos dentro de las empresas de empleo tienen las ventajas de ser convenientes, el diseño individualizado, y la adecuación de gran número de personal. Las desventajas son la falta de personas de recursos bien preparadas para ofrecer los programas necesarios, y el costo sustancial de desarrollar un programa interno para una ocasión, o para uso poco frecuente.

Las ventajas ofrecidas por la mayoría de los proveedores de fuera consisten en personas de recursos especializadas, audiencias basadas en áreas más amplias, y una mayor cantidad y variedad de programas. La mayor desventaja consiste en que la oficina de empleo debe mandar al personal fuera de la agencia para participar. Esto aumenta el precio, limita el número de personal que puede participar, y desecha la individualización de los programas para satisfacer únicamente las necesidades de la agencia.

El sistema ANCER combina la conveniencia, la adecuación, y la individualización de las presentaciones internas con los recursos especializados, en función de costo-eficacia, y control estandarizado de calidad en un proveedor de fuera. El enfoque de ANCER está diseñado para resultar en una máxima retribución por el tiempo y el dinero invertidos por ambas, la agencia de empleo y la enfermera individual. El intento consiste en solucionar el problema del empleador llenando los estándares reglamentarios, proporcionando la documentación y certificados necesarios, poniendo a disposición una diversidad de programas especializados difíciles de obtener, y eliminando el costo de desarrollo interno. Todos los programas de ANCER tienen el mismo formato; por tanto, un empleador tiene un programa completo que revisar y evaluar antes de comprarlo y sabe exactamente qué va a obtener. Los programas de ANCER están sujetos a rígidos procesos de validación para asegurar su calidad. Además, los programas son evaluados y merecedores de un crédito de educación continua por parte de organizaciones nacionales afiliadas y registradas de enfermería y de enfermería práctica (American Nurses' Association y la National Association for Practical Nurse Education and Service). La acreditación proporciona a las enfermeras individuales una forma de documentar sus niveles de capacidad y competencia a la vez que aumentan los créditos en educación continua requeridos o recomendados.

Los consultores de enseñanza de ANCER presentan programas de educación continua interna para los miembros del personal designados

por la agencia de empleo. A cada participante se le proporciona un módulo de aprendizaje que consiste en los siguiente:

- 1 *Introducción*: Una perspectiva general de los resultados, métodos de aprendizaje, y horarios propuestos por el programa
- 2 *Objetivos*: Los resultados esperados definidos en términos de conducta
- 3 *Conceptos clave*: Declaraciones concisas que resumen la información requerida para alcanzar los objetivos establecidos
- 4 *Recursos de aprendizaje*: Referencias, filmes, etcétera, utilizados para lograr los objetivos
- 5 *Estrategias de aprendizaje*: Material, herramientas, y métodos destinados a facilitar la experiencia del aprendizaje
- 6 *Herramientas de evaluación*: Preexámenes y postexámenes diseñados para medir el logro de objetivos

El consultor de enseñanza utiliza estos módulos para guiar la experiencia de aprendizaje. Si se usa un módulo estándar, el consultor individualiza el programa sirviéndose de los problemas o asuntos de la agencia para su discusión en las clases y su aplicación al aprendizaje. Cuando es necesario, los programas y módulos de aprendizaje que los acompañan se diseñan a gusto del cliente.

Las opciones de programa incluyen una variedad de cursos, talleres de trabajo, experimentos de laboratorio, y un personal de programas de desarrollo a todas horas.

- Un curso de dirección multimódulo diseñado para manejar los problemas de las administradoras de enfermería
- Una serie de desarrollo personal que cubre una variedad de temas de enfermería desde programas de una hora a talleres de trabajo de 2 días. (Estos servicios pueden ser planeados fácilmente para los tres turnos.)
- Un curso multimódulo de comunicaciones diseñado para mejorar las destrezas verbales y no-verbales de la enfermera. (Se presentan módulos sobre resolución de conflicto y comunicación asertiva.)
- Un curso de repaso general para RN que incluye las herramientas para guiar el logro en competencia clínica

- Una amplia gama de cursos y módulos clínicos diseñados para llenar los requisitos de certificado de especialidad
- Conferencias de interés especial (*por ejemplo*, manejo del estrés, salud holística)

ANCER ofrece servicios de consulta en las áreas de dirección, educación, y salud mental. La consulta es proporcionada junto con ofertas educacionales seleccionadas (*por ejemplo*, desarrollo de la dirección). Existen planes para proporcionar servicios de consulta para todas las especialidades clínicas. El enfoque consultivo de ANCER es de naturaleza descriptiva más que prescriptiva. Los consultores proporcionan información, hacen valoraciones, aclaran opciones, hacen recomendaciones, y ayudan en la planeación, implementación, y evaluación del cambio.

### *Certeza de calidad*

Los programas de ANCER están desarrollados por consultores especializados con logro reconocido y credenciales en el área determinada. Tres consultores con credenciales comparables a las del promotor son contratados para evaluar los programas utilizando una herramienta de revisión de validación. En respuesta a esta retroalimentación, el promotor debe hacer los cambios recomendados o aclarar el problema. Este proceso sirve para asegurar la calidad del programa.

## TRANSACCIONES DE LOS SISTEMAS PROVEEDOR-CLIENTE

Los clientes de ANCER son organizaciones complejas –sistemas de prestación de servicios de enfermería. Los servicios de ANCER se solicitan como ayuda en el logro de la meta o metas múltiples de la organización que requiera recursos provenientes del exterior.

### *Entrada de sistemas y valoración*

El marketing de servicios profesionales exige destrezas relacionadas con el concepto de ventas, así como destrezas de consulta relacionadas con el servicio profesional que se desea vender. El proceso de ventas de ANCER, por lo tanto, es un proceso de consulta en enfermería en el

que los servicios son presentados a la vez que se logra una comprensión de las necesidades percibidas en el cliente potencial. Mediante este intercambio de información se logran acuerdos mutuos en la compra, de modo que se satisfacen tanto las necesidades del personal y las metas departamentales de corto y de largo alcance.

La entrada de sistemas es negociada principalmente proporcionando pruebas de la capacidad de ANCER de satisfacer las necesidades del cliente. Por lo general, se establece contacto por teléfono o por correo con un administrador o con una educadora de enfermería. Si se demuestra interés, un representante de ANCER se entrevista con los individuos indicados para determinar la necesidad de servicios. De una manera óptima, la reunión incluye a la administradora jefe de enfermería, el coordinador en servicio/educacional, y representantes de grupos blanco de clientes (*por ejemplo*, la enfermera jefe de cuidado crítico, si ésa es el área de necesidad). Una de las tres opciones pueden elegirse después de la entrada inicial: el grupo puede elegir iniciar un acuerdo contractual; puede decidir establecer los fundamentos para contratos futuros; o puede decir que los servicios de ANCER no son necesarios.

La valoración comienza con la entrada inicial de sistemas y es continuada a lo largo de la adquisición de datos estructurados e interacciones consultor-cliente. La valoración *organizacional* está dirigida a (1) la identificación de redes de subsistema y suprasistema, (2) la determinación de la distribución formal e informal de poder y cómo se hace uso del poder, (3) la diferenciación de niveles en toma de decisiones, y (4) el análisis de cómo se definen, alcanzan, y evalúan las metas organizacionales. La valoración de *necesidad* está dirigida a (1) la identificación de discordancias entre las metas y la situación presente, (2) la determinación de los problemas responsables de estas discordancias, (3) diferenciar las necesidades que pueden satisfacerse mediante recursos internos de aquellas que requieren recursos de afuera, y (4) identificar los soportes internos para la rectificación del déficit y el logro de metas.

### *Intervención*

La intervención se planea colaborativamente por el consultor/representante de ANCER y los representantes apropiados del cliente. El compromiso en el plan se formaliza mediante un acuerdo escrito que especifica las expectativas proveedor-cliente y el horario. Las intervenciones de ANCER son comúnmente dirigidas hacia el cumplimiento de uno de los tres resultados: incrementar la competencia de un grupo instrumental

(de trabajo) para lograr las metas organizacionales; facilitar el uso de grupos expresos para satisfacer las necesidades de crecimiento individual y profesional del personal de la organización del cliente; y servir como un recurso de solución de problemas o de planificación en el logro de las metas organizacionales.

Los grupos instrumentales están formados por enfermeras que están ya sea en posiciones de línea y que tienen responsabilidades de rol específicas que contribuyen al logro de la meta organizacional, o en posiciones de personal, y que facilitan el trabajo del personal de línea o el logro de metas organizacionales. ANCER interviene con estos grupos mediante la educación continua o mediante programas específicos de desarrollo de personal de acuerdo con la responsabilidad del trabajo del participante. El resultado esperado de estas intervenciones es que el nivel de competencia de los participantes del programa se incrementará en términos mensurables.

Las intervenciones de ANCER con grupos expresos están usualmente dirigidas a proporcionar a los participantes la información o destrezas para elevar su nivel de conocimiento con respecto a las interacciones con otros y para ayudarlos a descubrir modos de conseguir sus metas de crecimiento individual además de incrementar sus destrezas de transacción interpersonal. Al describir a estos grupos, White afirma que tienen un enfoque interno con objetivos bastante difusos e inespecíficos, con la energía dirigida hacia la integración y las relaciones internas. Establecen primordialmente relaciones horizontales.<sup>1</sup> Los resultados de la intervención son evaluados en función de las ganancias del participante en aptitudes de procesos interpersonales.

Frecuentemente, los grupos blanco de clientes tienen funciones instrumentales y expresas. En estos casos, los programas de ANCER incorporan intervenciones que van dirigidas a ambas necesidades. Un ejemplo es el programa de dirección. Es de desear que los mandos intermedios en sistemas de enfermería sean dependientes entre sí para el apoyo (una función expresa), pero que también sean centrales para el logro de metas organizacionales (instrumental). El programa de dirección de ANCER proporciona los medios para promover el crecimiento de los participantes en ambas áreas.

A través de sus servicios de consulta, ANCER asiste a sus clientes en la solución de problemas organizacionales, en la dirección de evaluaciones de sistema, y en la aportación de un cambio planeado. Dos marcos conceptuales han sido particularmente útiles en estas intervenciones: el análisis de sistemas y la estructuración del logro de metas. El modelo de evaluación de sistemas CIPP (*Contexto, Entrada (input), Proceso, y*

Producto) se utiliza para estructurar las actividades de valoración.<sup>2</sup> Ya que ambos, los análisis de sistemas y el modelo CIPP, son abordados en otra parte del libro, no entraremos en detalles aquí.

La metodología de escala del cumplimiento de metas de Kiresuk se desarrolló originalmente para el uso clínico en planificación, contratación, y evaluación del cambio de conducta en los clientes.<sup>3</sup> Desde que se publicaron las primeras investigaciones, este método ha sido adoptado para su uso en una amplia variedad de aplicaciones de cambio. En nuestra experiencia, la estructuración del logro de metas ha sido un método especialmente útil para asistir a los clientes a clarificar sus metas y objetivos, a definir procesos, a especificar resultados, y a medir los distintos niveles del logro de metas.

### *Evaluación*

Los participantes del programa evalúan cada presentación al final. Estas evaluaciones se suman y se dan a conocer los resultados a nuestros clientes. Los datos son utilizados por ANCER para evaluar a los consultores y su metodología. Las herramientas de preevaluación y postevaluación se proporcionan para verificar el logro de los objetivos del programa educacional del estudiante individual. Estos datos de evaluación se utilizan para proporcionar la autoevaluación del estudiante y proporcionar retroalimentación a ANCER con respecto a la efectividad de sus estrategias educacionales. ANCER puede proporcionar a su cliente (el empleador del participante) datos que reflejen el logro de grupo o individual. La retroalimentación en el progreso del grupo se lleva a cabo como rutina. Las evaluaciones individuales se realizan, sin embargo, sólo cuando son solicitadas y están de acuerdo ambos, el participante y el empleador, antes de la iniciación del programa.

En casos seleccionados, los resultados de aprendizaje son evaluados sobre la base de la capacidad del grupo para lograr una meta que requiera el uso de su nueva destreza adquirida. Por ejemplo, un grupo cliente (habiendo terminado el curso de dirección) estableció una meta, desarrolló seis estrategias, designó criterios para medir los niveles de logro de metas, y desarrolló un plan de acción. Llevar a cabo este cambio planeado requería el uso de sus destrezas de dirección recientemente aprendidas. Se planeó una evaluación que fue dirigida 6 meses después de la iniciación del plan. El logro de metas estaba en el nivel esperado; los hallazgos también revelaron que se habían logrado cinco de los seis objetivos de estrategia en el nivel esperado, o mejor.

Uno de los objetivos organizacionales y actuales de ANCER es el de extender sus esfuerzos en resultados de evaluación, especialmente a valorar la práctica y el impacto organizacional de varias intervenciones educacionales y consultivas.

### *Salida de sistemas*

La planificación de la salida comienza poco después de la entrada de sistemas. Los consultores representantes de ANCER identifican pronto esos recursos internos que pueden apoyar los esfuerzos educacionales o consultivos. Estos recursos internos pueden ser usados concurrentemente con las intervenciones de ANCER, o pueden ser activados cerca del momento de la salida. Si no se usan los recursos internos, el consultor indica claramente cómo los alumnos o clientes pueden continuar hacia el progreso. Como se indicó antes, la información de la evaluación es compartida con el cliente. Una llamada de continuación se hace poco después de la última visita de servicio para obtener retroalimentación adicional, amarrar los cabos sueltos, y mantener contacto de apoyo.

## EXPERIENCIA COMO EMPRESARIOS

ANCER se creó durante una serie de arduas sesiones entre 1975 y 1978. Nuestra motivación para émprender tal esfuerzo fue nuestra imposibilidad de encontrar una estructura dentro de la cual tuviéramos la libertad y el apoyo para desempeñarnos de acuerdo a nuestro potencial. Sabíamos de muchas necesidades insatisfechas entre las enfermeras y administradores especializados. También sabíamos de muchas enfermeras y administradores que estaban descontentos a causa del desánimo creado porque las estructuras de prestación no se hallaban disponibles o bien eran campos minados burocráticos. Para trasladar estas ideas del terreno de los deseos a la realidad, reconocimos que tendríamos que desarrollar una empresa independiente. ANCER se constituyó en enero de 1979.

Como accionistas principales que éramos, estábamos perfectamente conscientes de los riesgos involucrados al establecer una corporación de esta naturaleza. Sabíamos que el récord de desarrollo de empresas de enfermería independientes no había sido bueno. Como empresarios sin ninguna experiencia previa en empresas, teníamos mucho que aprender. Afortunadamente, no tuvimos que aprender todo por ensayo y error. ANCER ha tenido un sistema fuerte de apoyo en lo que respecta a

mejorar su vulnerabilidad: los asesores de empresas; una mesa de asesores profesionales; la buena voluntad de la comunidad de enfermería, especialmente nuestros clientes; y consultores altamente competentes y dedicados.

Nuestros primeros “esfuezos de empresa” se encaminaron a la adquisición de una base sólida de operaciones y recursos financieros. Nuestra base de operaciones fue concertada mediante un acuerdo con Artromick International, una corporación que sirve a la industria del cuidado de salud. Un beneficio de este acuerdo ha sido la oportunidad de interactuar con los ejecutivos y el personal de Artromick. Su interés, su aliento, y su buena disposición para compartir su agudeza en los negocios han sido muy valiosos.

Los recursos financieros se adquirieron formando una corporación de acciones cerradas. El manejo del negocio se logra a través de nuestra mesa de directores, abogados, y asesor financiero. Aunque la responsabilidad primordial es nuestra, hemos ganado mucho con sus consejos y asesoría.

Los miembros de la mesa del consejo profesional de ANCER ofrecen su tiempo, energía, y talento profesional. Su “padrinazgo profesional” ha proporcionado la guía y la confianza que hemos necesitado.

ANCER ha gozado también de la buena voluntad y el apoyo de la comunidad de enfermería. Nuestra experiencia positiva ha sido un contraste refrescante frente a la indiferencia mostrada continuamente hacia aventuras independientes de la práctica de enfermería. En particular, hemos apreciado la fe y la confianza de nuestros primeros clientes. Su buena voluntad para compartir con los demás sus experiencias positivas con los servicios de ANCER contribuyó significativamente a nuestra reputación profesional y al crecimiento de nuestra empresa.

El personal consultor de ANCER ha sido la clave para su desarrollo como una entidad profesional única. Los consultores son expertos en sus respectivos campos y han dedicado el tiempo y el esfuerzo mucho más allá de lo usualmente esperado para asegurar el éxito de esta empresa. Su orgullo profesional y su dedicación personal han nutrido el crecimiento de ANCER.

“¿Por qué hacemos esto? ¿Merece verdaderamente la pena? ¿Piensan que lo lograremos?” ¡Nos hemos hecho estas preguntas tantas veces! Y aunque no tenemos todas las respuestas, hemos llegado a unas cuantas conclusiones importantes:

Estamos haciendo esto porque

Proporciona un servicio necesario e importante.

Proporciona una autonomía profesional para la práctica creativa.



Ofrece la oportunidad de crear y trabajar en una estructura que eleva la autoestima de las enfermeras y de la enfermería.

Pensamos que merece la pena porque

Las satisfacciones profesionales pesan más que las molestias.

La retroalimentación de los clientes ha sido muy positiva.

Las relaciones profesionales que hemos establecido son importantes para nosotras y para las que trabajan con nosotras.

Sí, pensamos que lo lograremos porque estamos dispuestas a continuar trabajando para hacer de ANCER una empresa viable. Ya lo hemos hecho

Una experiencia significativa y creciente

Una aventura divertida y emocionante

Una contribución profesional

Nuestras experiencias como empresarias han recorrido toda la escala: altas y bajas, felices y tristes, emocionantes y temerosas, desafiantes y rutinarias, previsibles e imprevisibles, y siempre agotadoras. En todos esos sitios nos encontramos reevaluando continuamente nuestros valores y metas profesionales. Nuestra identidad profesional y compromiso han sido fortalecidos. Creemos que hemos hecho contribuciones valiosas a nuestros clientes. Hemos establecido relaciones profesionales dignas de aprecio. ¿Que si nos gusta ser empresarias? La mayoría de las veces ¡nos encanta!

## REFERENCIAS

- 1 Eleanor M. White: "Chapter 9: Conceptual Basis for Nursing Intervention with Human Systems: Groups and Complex Organizations". In Joanne Hall and Barbara Redding Weaver: *Distributive Nursing Practice: A Systems Approach to Community Nursing* (Philadelphia: J.B. Lippincott Company, 1977), p.123.
- 2 Daniel L. Stufflebeam, et al.: *Educational Evaluation and Decision-Making* (Itasca, Illinois: F.E. Peacock, 1971), pp.79-84.
- 3 Thomas Kiresuk and Robert Sherman: "Good Attainment Scaling: A General Method for Evaluating Comprehensive Mental Health Programs", *Community Mental Health Journal*, 6, 4, 1968.

La información precisa, oportuna sobre los clientes y los sistemas que chocan contra ellos constituye un elemento vital en la práctica de la enfermería en todos los ámbitos. Las computadoras están conformando con rapidez el núcleo tecnológico de los sistemas de información de enfermería, con la promesa de aportar nuevos horizontes y estímulos a la enfermería de salud comunitaria.

## CAPITULO CUARENTA Y TRES

# **LAS COMPUTADORAS EN ENFERMERIA DE SALUD COMUNITARIA**

PATRICIA M. SCHWIRIAN

La información precisa y oportuna sobre los clientes y los sistemas que chocan contra ellos constituye un elemento vital dentro de la práctica de la enfermería en todos los marcos. Así, las enfermeras confían en el manejo de sistemas de información dondequiera que practiquen. La información sobre clientes echa a andar el sistema enfermería-cuidado. En tanto que el cuidado de enfermería en todos los medios exige un acopio, procesamiento, y distribución efectivos de los datos del paciente y de los sistemas, la necesidad es aún más apremiante en los medios de salud comunitaria. En la comunidad, las necesidades del cliente son muy diversas; el cuidado se extiende a períodos de tiempo que han debido prolongarse y los clientes se hallan geográficamente distanciados unos de otros

y de sus prestadores de cuidado. Más aún, los clientes pueden ser los receptores de servicios provenientes de múltiples programas y acciones a la vez. A medida que aumentan los costos hospitalarios, que el conseguir el alta lo antes posible se va generalizando, a medida que la población aumenta su promedio de vida, y que los servicios de salud comunitaria proliferan, el manejo eficaz de información vital sobre los clientes constituirá un desafío de mayor importancia todavía.

Los sistemas de manejo de información en toda la mitad del siglo XX se atenían casi exclusivamente a montañas y montañas de “copias impresas” —esto es, papeles— con información. La respuesta más frecuente de las enfermeras de todos los ámbitos cuando se les preguntaba “¿cuál es el aspecto menos agradable de su profesión?” era “¡el interminable papeleo!” Las enfermeras de salud comunitaria a menudo se ven envueltas en un mayor empleo del tiempo llenando formas que atendiendo a pacientes.

En tanto que la demanda de documentación es agobiante, también es absolutamente imprescindible. Para fortuna de las enfermeras, de los sistemas de cuidado y de los clientes, una de las tecnologías de nuestro siglo proporciona un camino de salida en el laberinto de papeles, a la vez que ofrece una creciente eficiencia en los costos y una mejoría en la calidad de la atención al paciente. Sistemas de computación de muchos tipos proporcionan aptitudes de manejo de información que pueden elevar la calidad de la práctica de enfermería en la mayoría de los ámbitos. El propósito del presente capítulo es el de mostrar una breve revisión de las aplicaciones de la computadora en la enfermería de salud comunitaria.

## LAS ENFERMERAS Y LAS COMPUTADORAS: UN MODELO PARA LA PRACTICA

La estructura que se ha utilizado en la organización de este capítulo es un modelo tridimensional desarrollado para la enseñanza a enfermeras que cursan sus primeros cursos y cursos intermedios y de talleres de aplicaciones de computación en la enfermería. El modelo fue proyectado para auxiliar a las enfermeras a reconocer en donde ellas y su práctica de enfermería “encajan” dentro del sistema de enfermería-computación. Se abordará cada una de las dimensiones, así como se irán describiendo ejemplos de aplicaciones de la computación en los “volúmenes” que constituyen la práctica de la enfermería comunitaria.

La matriz tiene tres dimensiones, cada una de las cuales tiene a su vez tres componentes. La primera dimensión (vertical), *naturaleza de la*

*práctica*, corresponde a las áreas de práctica de enfermería en las que las enfermeras interactúan con sistemas de computación. La segunda dimensión (horizontal) es el *sitio de la práctica*, que es el tipo de ambiente en el que se pueden llevar a cabo las actividades de enfermería. La tercera dimensión, *tipo de computadora*, se refiere a las tres categorías generales de computadoras que las enfermeras utilizan para satisfacer diversas necesidades en el manejo de información.

*Naturaleza de la práctica*

Evidentemente, la práctica de enfermería se examina de una manera muy amplia. Un concepto más característico y reducido limita la práctica de la enfermería a actividades que involucran la prestación directa del cuidado de enfermería a clientes —esto es, cuidado de enfermería “a la

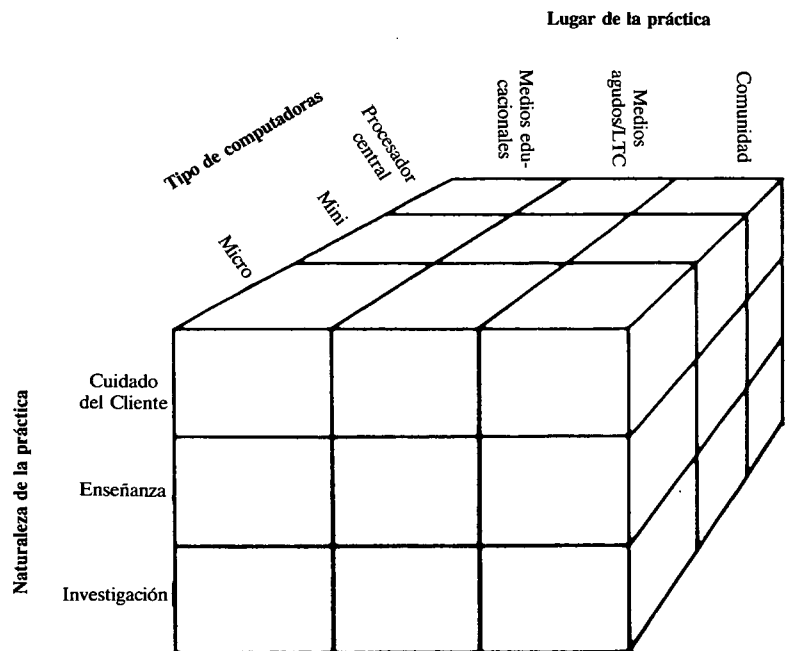


FIGURA 43-1  
Las enfermeras y las computadoras:  
una matriz para la práctica.

mano”. En este modelo, sin embargo, el cuidado directo al cliente no es sino uno de los elementos de la práctica de la enfermería. Las enfermeras también practican la enfermería cuando la enseñan a las estudiantes, a los pacientes, a otras enfermeras, a otros profesionales de la salud y a los profanos en la materia. También practican la enfermería cuando dirigen la investigación que contribuye al cuerpo de conocimiento que mejora la práctica de la enfermería y hace progresar a la ciencia de la enfermería. La pregunta consiste, a veces, en dónde encaja la administración dentro de este modelo. ¿No es acaso la administración una parte de la práctica de enfermería ampliamente descrita? La respuesta es terminantemente afirmativa. Cada elemento de práctica requiere coordinación y dirección. Así, la administración es un subelemento integral de cada una de las tres áreas de la práctica y, como tal, no debe ser relegada a una “caja” aislada y exclusiva.

### *Sitio de la práctica*

Los títulos de los tres elementos de esta dimensión se explican por sí mismos. Por *medios educativos* se entienden las universidades y escuelas de enfermería en donde las enfermeras reciben enseñanza de su profesión, del grado de licenciatura y de los programas de educación continua. El segundo elemento, *medios LTC/agudos*, incluye hospitales, sanatorios particulares y demás instituciones en donde el público recibe cuidado médico directo y de enfermería. La *comunidad* es el tercer elemento de la dimensión del *sitio de práctica*. Constituye el foco de este capítulo y las observaciones y ejemplos que siguen se centrarán en las aplicaciones de la computadora que son de interés para las enfermeras que ejercen en escenarios de salud comunitaria.

### *El tipo de computadora y unas palabras acerca de los elementos físicos*

Los elementos de la tercera dimensión del modelo organizador son las tres clases generales de computadoras con las que las enfermeras pueden interactuar en ámbitos profesionales (y personales). El término *elementos físicos (hardware)* se refiere al mecanismo y dispositivos de la computación —el teclado, las pantallas, los *microchips*, las impresoras, la unidad de disco, etcétera. La pieza principal de los elementos físicos es la propia computadora.

Los *procesadores centrales* son las computadoras de gran tamaño, muy

caras, y muy complicadas, con las que únicamente unos técnicos “duendes”, altamente entrenados, pueden comunicarse directamente. Toda comunicación de una “persona real” con el procesador central se lleva a cabo por lo general mediante las terminales, provistas de una pantalla semejante a la de un aparato de televisión y de un teclado para teclear las respuestas. Algunas terminales constan de *lápices ópticos* que se colocan contra la pantalla para indicar la elección que la enfermera desea hacer entre las opciones disponibles que han sido diseñadas previamente en el programa. Los lápices ópticos son cómodos, puesto que con ellos no es necesario el teclado. Sin embargo, requieren por otra parte programas que pueden resultar más restrictivos de lo que una enfermera requiere. Estos lápices ópticos son también más caros y constituyen un componente más que puede ser fuente de una falla de funcionamiento. Hay sistemas con entrada activada por la voz, pero su costo se considera por lo general prohibitivo para un uso a gran escala, en particular en casos que obligan a tener siempre cuidado con los costos. No obstante, dado que los costos de desarrollo se recuperan con estas opciones más elegantes de entrada-salida, bien pudiera ser que la competencia de mercado resultara en precios más al alcance de agencias de fondos modestos.

Los procesadores centrales tienen una enorme capacidad de manejo de datos. Pueden almacenarse cantidades masivas de información y manipularse en fracciones de segundo. Con todo, como antes apuntamos, los sistemas de procesadores centrales son de muy cara adquisición y de muy caro mantenimiento, tanto por lo que concierne a los elementos físicos como al personal especializado que se requiere para obtener el máximo rendimiento del sistema. Así, sólo las grandes agencias de salud comunitaria pueden tener y operar su propio sistema de procesador central. Una opción de manejo de datos en base de procesador central que se vislumbra para agencias más pequeñas es la de adquirir las capacidades de almacenamiento de datos y procesamiento de datos de un procesador central, cuyo propietario sea otra agencia, o también un proveedor comercial que surte tales servicios con fines lucrativos. La enfermera que utilice un sistema de éstos podría perfectamente hacer uso de la información sobre pacientes almacenada y procesada en un procesador central ubicado en otro edificio, en otra ciudad, o incluso en otro estado del país.

Las *minicomputadoras* son versiones de diversas formas a menor escala de los procesadores centrales. Físicamente son más pequeñas (digamos del tamaño de un refrigerador grande o de un congelador); son mucho menos caras (andan por los miles –y no millones– de dólares); manejan menos cantidad de información; manejan la información más despacio,

si bien a una velocidad de microsegundos. Desde el punto de vista de una enfermera usuaria, la interacción con una microcomputadora es similar a la interacción con un procesador central. Más frecuentemente, las minicomputadoras se usan como unidades *de aplicación* –esto es, se utilizan para un propósito fundamental, como es la admisión, la facturación, los registros de farmacia, el almacenamiento y la comunicación de los datos de laboratorio, o la monitorización de los sistemas de monitorización fisiológica y la tendencia de las salidas estadísticas y/o gráficas.

Las *microcomputadoras* son el producto de los enormes avances tecnológicos de la década de 1971-1980 que descubrieron el mundo del manejo computadorizado de la información a todo el mundo (y a toda enfermera). Las *micros* son pequeñas, casi indestructibles, no son caras (su precio baja cada vez más), además de “amistositas”. La microcomputadora es el aparato de información de la década de 1981-1990. El bajo precio de sus sistemas permite tanto a las agencias como a los individuos desarrollar su sistema de informática de manera creciente. Este es un rasgo muy positivo para agencias que disponen de aumentos limitados de capital en su presupuesto anual. Con una planificación cuidadosa puede desarrollarse una red de comunicación por microcomputadoras de manera que tenga la capacidad total de almacenamiento de información y de procesamiento de las minicomputadoras que cuestan mucho más. Más aún, las microcomputadoras han sido concebidas para el uso directo, precisamente, por personas que no cuentan virtualmente con antecedentes en computación o con un adiestramiento en programación. Los elementos físicos que conforman las micros hacen de ellas unos aparatos muy flexibles. Con el simple cambio de un disco, se puede pasar fácilmente de la manipulación de datos estadísticos al procesamiento de palabras. La potencia de gran escala de los procesadores centrales se hace accesible mediante el uso de las microcomputadoras con la adición de un *modem* que permite la transmisión telefónica de información entre el microsistema y un determinado procesador central.

Las aplicaciones de computación que se discuten en lo que queda de este capítulo se podrían llevar a cabo de manera concebible con sistemas grandes, medianos o pequeños. En la actualidad, los grandes sistemas de manejo de información se proyectan en función de los procesadores centrales. Sin embargo, a medida que la capacidad de almacenamiento y la velocidad de las micros va en aumento y la tecnología de operación en red de las micros de enlace se va perfeccionando, los sistemas contarán con sistemas de computación a base de micros para un número creciente de tareas del manejo de la información. Un elemento crítico en todo sistema de operación en red es la compatibilidad de los *sistemas operacionales*

de las computadoras que han de ser las unidades en la red. El sistema operacional de una computadora es el conjunto de programas de sistemas que controlan la forma en que la computadora y sus partes trabajan conjuntamente. Actúa de intermediario entre los elementos físicos y los elementos de programación de las aplicaciones. El paquete de programación en los sistemas operacionales es una parte integral de la máquina, y por lo general no admite injerencias. Durante algún tiempo, los usuarios de computadoras reclamaron repetidas veces una estandarización de los sistemas operacionales dentro de la industria con objeto de facilitar las capacidades de la operación en red. Por desgracia, el mantener la incompatibilidad de los sistemas operacionales es parte de la estrategia competitiva de que se valen los fabricantes de computadoras, y no es probable que cambie. En consecuencia, el usuario de una computadora que tenga en mente desarrollar capacidades de operación en red debe estar al tanto de las posibilidades e imposibilidades que le ofrece el sistema operacional de su computadora. De lo contrario, puede acabar en un “no-sistema” de unidades no comunicadoras, anulando así las ventajas que se esperan obtener de la operación en red.

Los *elementos de programación (software)* comprenden los programas que hacen que toda la maquinaria de la computadora (*hardware*) funcione. Los elementos de programación de la computadora son la clave para obtener de la computadora que ésta haga lo que el usuario desea que haga; los elementos de programación los escriben programadores en diversos “lenguajes de máquina”. El usuario de la computadora —que no necesita ser un programador— puede entonces ingresar información y dirige la computadora por medio de los elementos de programación en “lenguaje humano”. Todos los compradores virtuales de sistemas de computación, tanto los grandes como los pequeños, deberían atenerse a esta regla: “La elección de los elementos de programación antecede a la elección de los elementos físicos.” Si un sistema de computación no cuenta con los elementos de programación que pueda llevar a cabo las tareas de manejo de información requeridas, el futuro comprador deberá buscar otros sistemas que tengan los elementos de programación de apoyo que se hacen necesarios.

En general, hay dos formas de obtener los elementos de programación necesarios para tareas determinadas. La primera consiste en tener programadores entrenados que desarrollen los elementos de la programación a la medida exacta de las necesidades específicas de la agencia. Esta estrategia tiende a ser cara y a menudo exige tiempo y paciencia por parte de los usuarios hasta que los programas puedan ser depurados. Sin embargo, el resultado son elementos de programación específicamente



adecuados a las necesidades e intereses de la agencia y de las personas que utilizan el sistema. La segunda forma de conseguir los elementos de programación es comprarlos “fuera del mostrador”. O sea, hacer uso de los elementos de programación que han sido desarrollados para casos generales y aplicarlos a las necesidades particulares de la agencia específica. Esta forma es más rápida y menos cara, y (dando por sentada la práctica de un marketing responsable) los elementos de programación ya han sido depurados y están listos para su utilización. La desventaja de esto es que las necesidades de cada agencia son únicas de muy diversas formas y algunas prácticas puede que tengan que cambiarse para ajustarse a las exigencias de los elementos de programación ya desarrollados. Sin embargo, al igual que el mercado de los elementos físicos en computación, el mercado de los elementos de programación es muy competitivo, y los usuarios cuentan con un arsenal cada vez más extenso en donde elegir para cada clase de uso en computación.

## LAS APLICACIONES DE LA COMPUTADORA EN LA PRACTICA DE LA ENFERMERA COMUNITARIA: EL CUIDADO DEL CLIENTE

La razón más frecuente por la que la computación se incorpora a la práctica de enfermería de salud comunitaria es la de obtener las ventajas del poder de la computadora para manejar *bases de datos*. Milholland ha descrito claramente el término:

Una base de datos es un conjunto de datos almacenados usados para diferentes aplicaciones dentro de la misma empresa. Hay asociaciones o relaciones que acoplan los elementos en la base de datos. Una base de datos clínicos puede, por lo tanto, concebirse como un conjunto de datos interrelacionados asociados al cuidado del paciente.<sup>1</sup>

Cuando se utiliza como herramienta del manejo de la base de datos, la computadora puede concebirse como la combinación de un archivero gigante y una barajadora de papeles de alta velocidad. En una base de datos hay tres elementos principales que pueden servir a las necesidades de enfermería de salud comunitaria. Primero, debe haber datos estadísticos de línea de base que describan al cliente, sus características, y sus historias. El segundo elemento es el conjunto de datos con los cuales se puede valorar al cliente, y el tercer elemento principal es el conjunto de datos que describen los servicios.

Saba y Levine se han referido a la combinación de datos de línea de base, datos de valoración del cliente, y datos de descripción de servicios

como un “módulo computarizado de cuidado del paciente” y señalan que puede satisfacer cinco necesidades de agencia importantes:

- 1 Los datos pueden ser recuperados fácil y eficientemente para preparar los distintos informes estadísticos que se necesitan.
- 2 Las bases de datos del paciente proveen las bases para la valoración del cuidado del paciente y la identificación de sus necesidades, problemas, y progreso de los clientes atendidos por la agencia.
- 3 Los datos en el módulo del cuidado del paciente pueden ser usados en la medición de la práctica de enfermería de salud comunitaria para la auditoría y la evaluación de los servicios proporcionados.
- 4 Una base de datos computarizada sólida permite predecir el costo-eficacia de los requerimientos del cuidado del cliente.
- 5 Por último, los datos del módulo computarizado del cuidado del paciente pueden proveer medios para justificar un reembolso justo por parte de pagadores de terceros.<sup>2</sup>

La Division of Nursing of the U.S. Department of Health and Human Services ha mostrado un prolongado interés en los sistemas de manejo de información para los servicios de enfermería de salud comunitaria. Entre los proyectos que han sido apoyados por la Division está el del censo de enfermería de salud pública que empezó en 1937. Fue diseñada para reunir información para legislación federal. La Division también apoyó el desarrollo de sistemas de manejo de información de enfermería de salud pública en contratos con el New Jersey State Department of Health, en 1969, y el Florida Department of Health, en 1973. Proyectos adicionales fueron patrocinados por el Rockland County Health Department, de Nueva York, la State University of New York at Buffalo, el Community Nursing Service de Filadelfia, y la Omaha Visiting Nurse Association.<sup>3</sup>

Una base de datos que no está relacionada directamente con el cuidado de clientes en agencias de salud comunitaria, pero que da apoyo a estructuras del cuidado del paciente, es la que maneja datos de actividad del personal. Esta base de datos resume las actividades del personal relativas al cuidado del cliente, y mantiene tarjetas registradoras, relación de nóminas, e información de empleados. Estos datos son importantes para la valoración de la productividad del personal, planificación de programas, colocación del personal, y evaluación de los requerimientos del personal.<sup>4</sup> Las bases computadorizadas de datos también pueden ser utilizadas para

almacenar, organizar, y recuperar registros del desarrollo del personal para el personal de profesionales de una agencia.<sup>5</sup>

El último ejemplo del uso de una base computarizada de datos se aplica en el apoyo del cuidado del cliente en escenarios de salud comunitaria como una herramienta en el manejo fiscal de una agencia. Pueden prepararse las facturas de los servicios a los clientes; pueden formularse las tabulaciones de contabilidad de la agencia; los gastos pueden ser rastreados por el tipo de presupuesto; y el estado de la fuente de fondos puede ser averiguado fácilmente.<sup>6</sup>

Los elementos físicos al igual que los elementos de programación existen en realidad para ayudar a todos los ejemplos de aplicaciones citados arriba. Hasta ahora, sin embargo, la mayoría de los sistemas no tienen todas las funciones tan integradas como los usuarios desearían. La visión de una base de datos gigante que ayude mágicamente a las necesidades de toda enfermera no se halla todavía a la mano. Sin embargo, el Medical Information Systems (MIS) y el Hospital Information Systems (HIS), que han sido desarrollados para el uso integrado en los escenarios de cuidado agudo servirán sin duda alguna como prototipos que pueden ser magnificados de acuerdo a las necesidades de las agencias de cuidado de salud comunitaria, y la tecnología deseada estará al alcance en un futuro no muy lejano.

Un elemento muy importante del cuidado total del cliente de sistemas de cuidado de salud comunitaria es el manejo interagencial de información de un cliente determinado o de un grupo de clientes. Las interrupciones en las comunicaciones interagenciales —o incluso una falta completa de ellas— no son infrecuentes. El infortunado resultado puede ser que el cuidado necesario para el cliente se retrase o incluso no se lleve a cabo. Se ha sugerido que en tanto las computadoras están siendo utilizadas en un 90% para manejo de información y un 10% para información de comunicación, esta proporción será invertida en el transcurso de la presente década. Los sistemas de computación serán los elementos físicos predominantes de comunicaciones intraagenciales e interagenciales. El uso prudente de esta revolución en la comunicación debería ayudar a todas las agencias de cuidado de salud a proporcionar cuidado de salud a todos los clientes más amplio, mejor articulado, y más en función de costo-eficacia.

Las aplicaciones arriba mencionadas adoptan el uso de la microcomputadora como un sistema autónomo e independiente. Si la micro está en comunicación con sistemas de procesadores centrales mediante un modem, puede ser una herramienta de aprendizaje mucho más poderosa. Por ejemplo, la información almacenada en los procesadores centrales

puede utilizarse como si se tratara de una biblioteca. Un problema que puede presentarse para enfermeras en sitios comunitarios es la limitación de las oportunidades de educación continua derivada de la separación geográfica entre la agencia y los centros de aprendizaje más actualizados que ellas necesitan para mejorar su práctica. El uso de redes de operación de microcomputadoras-procesador central podría vencer estas limitaciones, y permitiría a todas las enfermeras comunitarias que actuaran en el borde de ataque de la práctica.

La enseñanza a los pacientes también puede ser facilitada utilizando material instructivo auxiliado por computadoras basadas en micros (CAI). Si los clientes vienen a los servicios, como en un escenario clínico comunitario, las microcomputadoras pueden colocarse sencillamente en las salas de espera. Así, mientras un cliente espera una cita, puede a la vez enterarse de la información más reciente sobre la ingestión de sal y la presión alta de la sangre. Si los servicios de cuidado de salud son llevados al cliente –como sucede en el caso de las visitas domiciliarias– las microcomputadoras portátiles pueden ser herramientas útiles de enseñanza. La micro portátil puede hacer el doble del trabajo para la enfermera que está “en el camino”. Puede usarse para tener acceso a la base de datos del paciente y para aumentarla, como se discutió anteriormente, y los programas CAI pueden ser cargados y usados cuando las necesidades de aprendizaje del cliente sean identificadas.

## APLICACIONES DE LA COMPUTADORA EN LA PRACTICA DE LA ENFERMERIA COMUNITARIA: INVESTIGACION

Las enfermeras investigadoras probablemente han estado usando las computadoras desde hace más tiempo que las demás enfermeras. Los usos de las computadoras para la investigación varían muy poco de escenario a escenario, pero la adición de la micro al arsenal de computadoras ha aportado poder y flexibilidad a la investigación de enfermería tal y como lo ha hecho para las enfermeras en otras áreas de práctica. Cinco actividades principales de investigación están apoyadas por las computadoras: búsquedas de literatura, registro de datos, análisis estadístico, modelado de sistemas, y procesamiento de textos. Cada una de estas actividades será discutida brevemente.

Las *búsquedas de literatura* son los fundamentos de una buena investigación. Si el conocimiento ha de ser desarrollado de manera acumulativa y productiva, cada investigadora debe estar totalmente familiarizada con el trabajo de las investigadoras que la precedieron. No hace muchos años,

una buena búsqueda de literatura suponía muchas horas empleadas en las bibliotecas escudriñando guías interminables de literatura periódica, resúmenes de artículos, e innumerables índices de materias en revistas profesionales sólo para identificar los títulos de los estudios relacionados con un área de interés determinada. En el transcurso de la última década, sin embargo, casi todas las bibliotecas han desarrollado “sistemas de búsqueda” con acceso fácil a los patrones de la biblioteca –ya sean gratis o por un módico precio. Estas búsquedas se basan en grandes bases de datos consistentes en millones de títulos con referencias cruzadas y frases que reflejan el título y la naturaleza del contenido. Hay sistemas generalizados de búsqueda, como los que incluyen todo el acervo de las principales bibliotecas universitarias, y hay sistemas especializados, como el Medline, que contiene únicamente títulos relacionados con la medicina y que tienen referencias cruzadas con terminología médica.

En las búsquedas literarias de biblioteca, el usuario debe buscar. La tecnología de las microcomputadoras lleva ahora la búsqueda hasta el usuario, una vez más mediante el acceso del modem al marco que contiene toda la base de datos necesaria. En la actualidad, la búsqueda de literatura basada en micro es relativamente cara y probablemente no sería de costo-eficacia para la mayoría de las agencias, a excepción de las que su negocio principal consista en la investigación. Sin embargo, mientras persistan la necesidad y el interés, la competencia del mercado está destinada a bajar los precios y a subir la calidad de los servicios.

El *registro de datos* es un elemento esencial en el proceso de investigación. Los datos debe ser registrados de alguna manera antes de poder ser analizados. No hace muchos años, la perforación de tarjetas de datos era el primer paso necesario para la entrada de la mayoría de las series de datos. Este enfoque todavía satisface las necesidades de muchos investigadores. Sin embargo, el poder, la flexibilidad, y la disponibilidad de las computadoras permiten ahora una variedad de métodos para el registro de datos. Se puede entrar la información directamente mediante el teclado; puede haber entrada por interconexiones con cientos de instrumentos diferentes de medida y monitoreo; otras computadoras pueden servir como fuente de entrada de datos; y se cuenta ya con la entrada de información por voz, pero nuevamente por ahora cara. Las opciones potenciales son ilimitadas.

El *análisis estadístico* es la actividad que inicialmente atrajo a la mayoría de los investigadores a las computadoras. Son pocos los investigadores que no usan la computadora como herramienta para facilitar el análisis de datos. Las computadoras son los caballos de batalla en la investigación que devoran números. Son rápidas; son potentes; y son

exactas. El análisis estadístico incluye enfoques descriptivos, correlativos, y deductivos. Una amplia variedad de programas están disponibles para los investigadores, aun para los que usan los sistemas de computación más pequeños. El poder y la sofisticación de los elementos de programación de estadística disponibles para las micros está aumentando a un ritmo geométrico, aportando así el verdadero poder de la computación a muchos aspirantes de investigación que pueden verse obstaculizados por la falta de un sistema de procesador central que apoye las rutinas estadísticas que requiere la investigación.<sup>7</sup>

El *modelado de sistemas* es un proceso relativamente sofisticado, pero una meta principal de la investigación. En el contexto del cuidado de salud, el *sistema* se refiere a los grupos interrelacionados de actividades de un equipo que proporciona cuidado (como lo es una agencia de enfermería comunitaria), en tanto que el *modelo* se refiere a la condensación y la abstracción de la estructura y desempeño de ese equipo. Un modelo es la abstracción manejable estadísticamente de cómo opera el sistema. En teoría, cualquier estructura en funcionamiento que proporciona cuidado puede ser modelada, desde los patrones del personal hasta el cuidado de úlceras por decúbito.

El *procesamiento de textos*, si bien se considera una función importante de la computadora, puede no considerarse inicialmente como una función de la investigación. Sin embargo, debe recordarse que el comunicar las investigaciones y descubrimientos de uno es el paso final del proceso de investigación. Si la investigación no ha sido informada y compartida, para todos los propósitos prácticos, no se ha realizado, porque otros investigadores no pueden trabajar sobre ella, ni pueden los clínicos utilizarla para mejorar su práctica. El procesamiento de textos está disponible en muchos sistemas de procesador central, y la mayoría de las microcomputadoras tienen varios programas de procesamiento de textos de elegancia y de precios variados. El procesamiento de textos aumenta mucho el potencial de productividad de todo el que investiga, como investigador y como comunicador.

## REFERENCIAS

- 1 Kathy Milholland: "Advantages of Computerized Databases". *Computers in Nursing*, 3:7, July 1983.
- 2 Virginia K. Saba and Evelyn Levine: "Patient Care Module in Community Health Nursing". In Harriet H. Werley and Margaret R. Grier (eds.): *Nursing Information Systems* (New York: Springer Publishing Company, 1981), pp.251-252.
- 3 *Ibid.*
- 4 Virginia K. Saba: "How Computers Influence Nursing Activities in Community

Health". *First National Conference: Computer Technology and Nursing* (Washington, D.C.: U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service, and National Institutes of Health, 1981).

- 5 Jane E. Swenson: "Computerized Staff Development Records". *Computers in Nursing*, 3:6, August 1983.
- 6 Virginia K. Saba: "How Computers Influence Nursing Activities in Community Health". *First National Conference: Computer Technology and Nursing* (Washington, D.C.: U.S. Department of Health and Human Services, Public Health Service, and National Institutes of Health, 1981).
- 7 Patricia M. Schwirian: "The Comparative Utility of a File Cabinet Program Versus a General Statistical Package in Microcomputer Management and Analysis of Clinical Nursing Data". In Ruth E. Dayhoff (ed.): *Proceedings: The Seventh Annual Symposium on Computer Applications in Medical Care* (Silver Springs, Maryland: IEEE Computer Society Press, 1983).

## BIBLIOGRAFIA

- Schwirian, Patricia M. and Byers, Sandra R. "The Microcomputer in the Clinical Nursing Research Unit". In *Proceedings: The Sixth Annual Symposium on Computer Applications in Medical Care*. Silver Springs, Maryland: IEEE Computer Society Press, 1982.

## SEPTIMA PARTE

# APLICACIONES EDUCACIONALES

Esta última sección presenta un solo capítulo de Hall que trata de la educación para la práctica de la enfermería distributiva. Los distintos conceptos y teorías presentados en los capítulos anteriores se usan para describir una propuesta al proceso de enseñanza-aprendizaje en los programas de educación de enfermería. Esta discusión se incluye aquí, en vez de ir separada en una guía para el instructor, con la convicción de que las estudiantes no deben ignorar el proceso al que están comprometidas. Si las estudiantes van a concederles a los clientes el derecho a participar con conocimiento en la toma de decisiones relativas al proceso de su tratamiento, es necesario adjudicar a las estudiantes prerrogativas similares en el curso de sus programas educacionales. A la vez, las estudiantes pueden usar las ideas contenidas en este último capítulo para ayudar a los clientes a aprender nuevas conductas en salud.

Como sabe todo profesor experimentado, es tiempo de que la experiencia del aprendizaje llegue a su fin una vez que las estudiantes empiezan a usar sus nuevos conocimientos con buen éxito, conformando la conducta de todo el cuerpo de profesionales. Así, y desde una perspectiva de toda la facultad, existe otra razón para dejar esta sección para el final; es la esperanza de que las estudiantes comenzarán por el principio, como deben hacerlo las *buenas* estudiantes, e irán leyendo los capítulos de este libro por orden, o como hayan sido asignados. Tenemos la esperanza de que el cuerpo de profesores habrá leído el libro completo antes de escogerlo como libro de texto, o al menos, habrán tenido la suerte de empezar por el final avanzando en retroceso hasta el principio. Para las estudiantes



que han sido lo suficientemente emprendedoras como para leer primero el último capítulo, ¡ojalá y disfruten su ventaja!

Para acercarse a una definición ya presentada, el *papel* maestro-estudiante es una *relación diádica* en la que los participantes enseñan y aprenden a la vez, independientemente de la etiqueta que a cada uno le corresponda. Como alguien dijo una vez, “yo voy a la escuela con todo aquel a quien conozco”. Nuestro deseo es que maestros y estudiantes se diviertan por igual en el proceso.

## CAPITULO CUARENTA Y CUATRO

# **EDUCACION PARA LA PRACTICA DE LA ENFERMERIA DISTRIBUTIVA**

JOANNE E. HALL

El propósito de los programas de enfermería distributiva es preparar a las practicantes que prestan servicios de salud de una manera culturalmente aceptable a optimizar modos de vida saludables para los individuos, familias, grupos, organizaciones complejas, comunidades, y sociedades. Con diferentes énfasis, este propósito es aplicable ya sea al programa de bachillerato o al de graduado. Opera aquí el concepto general de equifinalidad de sistemas. El resultado o estado último deseado puede alcanzarse a partir de una variedad de puntos de partida por muchos caminos diferentes.

Debido a que no hay una única manera correcta para preparar a las practicantes de enfermería distributiva, el objeto principal de este capítulo es el de compartir un modo de pensar acerca de la preparación para la enfermería distributiva, que puede ser de gran ayuda para las estudiantes y maestros que colaboran en el proceso de enseñanza-aprendizaje. Se verán ejemplos a niveles de preparación de bachillerato y de graduado. Se revisará un modelo para la toma de decisiones educacionales, y se discutirán sus componentes principales ya que narran el proceso de ense-

ñanza-aprendizaje en la educación para la práctica de la enfermería distributiva.

## UN MODELO PARA LA TOMA DE DECISIONES EDUCACIONALES

Un análisis de sistemas es fundamental para el proceso de toma de decisiones en todo sistema. Y lo mismo sucede con los programas educativos diseñados para preparar a las practicantes de enfermería distributiva. Si bien esta discusión hará referencia al nivel del programa de toma de decisiones, lo que aquí se dice es aplicable tanto a la universidad, la escuela, el curso, la unidad, o el nivel de lección, pues cada uno representa un sistema de varios niveles en una jerarquía educacional.

De acuerdo con Stufflebeam y sus colegas, cuatro tipos de decisiones deben tomarse en los procesos de planificación, implementación, y evaluación de los programas: *decisiones de planeación* para determinar el propósito y los objetivos del programa; *decisiones de estructuración* para diseñar las políticas y procedimientos relacionados con el programa; *decisiones de implementación* para utilizar, controlar y depurar las políticas y procedimientos; y *decisiones de reciclaje* para juzgar y reaccionar hacia el logro en cualquier punto del programa.<sup>1</sup> En la figura 44-1 se clasifican estas decisiones según pertenezcan a los *finés* o a los *medios* y la relevancia de las decisiones según se trate de *intenciones* o de *realidades*. Gran parte de la información debe ser procesada por quienes toman decisiones en el sistema educacional a fin de que estas cuatro decisiones atañan a los programas de enfermería distributiva. El desafío consiste en recoger y analizar los datos necesarios y convertirlos a información con sentido como una base para la toma de decisiones.

Stufflebeam y asociados elaboraron el esquema de entrada-rendimiento total-salida de los sistemas básicos, que se ve en la figura 44-2,

	Deseadas	Reales
Fines	Planeación de decisiones para determinar el propósito y los objetivos	Reciclaje de decisiones para juzgar y reaccionar a los logros
Medios	Estructuración de decisiones para diseño de políticas y procedimientos	Implementación de decisiones para utilizar, controlar y depurar políticas y procedimientos

FIGURA 44-1  
Tipos de decisiones. (Basado en Daniel L. Stufflebeam, et al. Educational evaluation and Decision Making. Itasca, Illinois; F.E. Peacock, 1971, p. 80).

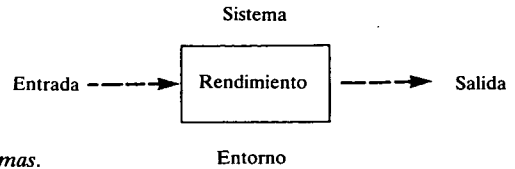


FIGURA 44-2  
*Esquema básico de sistemas.*

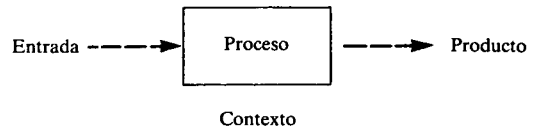


FIGURA 44-3  
*Modelo CIPP.*

para desarrollar el modelo CIPP de cara a la evaluación educacional y la toma de decisiones. El modelo CIPP se refiere a los cuatro aspectos de un programa educacional o a todo sistema que debe ser considerado en el análisis de sistemas. Los cuatro aspectos presentados en la figura 44-3 son *Contexto*, *Entrada (input)*, *Proceso*, y *Producto*, los que definimos como salida y resultado.<sup>2</sup> Cuando el modelo CIPP se usa con objeto de considerar programas para la preparación de las practicantes de enfermería distributiva, surge algo como la figura 44-4. Cada uno de los componentes principales del modelo CIPP, en tanto que es pertinente a los programas de enfermería distributiva, requiere de un examen más detallado.

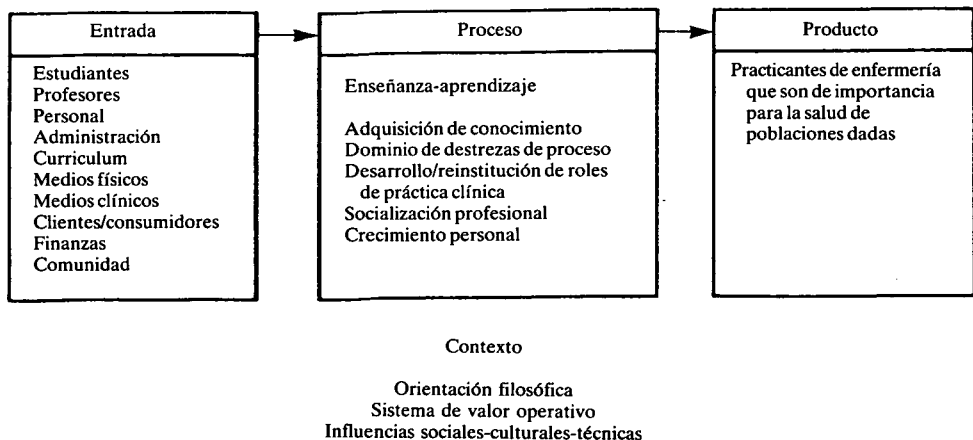


FIGURA 44-4  
*Modelo CIPP aplicado a los programas de enfermería distributiva.*

## CONTEXTO

Es necesaria la información acerca del *contexto* para tomar las *decisiones de planificación* de cara a determinar los propósitos y objetivos del programa. El contexto define “el entorno apropiado, identifica las necesidades no satisfechas y las oportunidades no utilizadas, y diagnostica los problemas que impiden que las necesidades sean satisfechas y las oportunidades utilizadas”.<sup>3</sup> Establece las fronteras del sistema en cuestión. El análisis del contexto determina si el entorno es conducente al éxito de un programa. Así, dos preguntas esenciales deben ser contestadas: (1) ¿cuál es el programa que debe cumplirse (propósito y objetivos)? y (2) ¿apoyará el contexto el logro de estas metas?

Si el sistema bajo consideración fuera un programa de bachillerato o de graduado para preparar a las practicantes de enfermería distributiva, quienes toman las decisiones necesitarían información específica acerca de la necesidad idealizada y real de tal programa; la filosofía, las metas y los objetivos del suprasistema (escuela de enfermería, división de ciencias de la salud, universidad, sistema por estados de educación superior); otros programas con los que el programa de enfermería distributiva debe articularse y competir en busca de recursos; la receptividad del público a la utilización de practicantes de enfermería orientadas a salud; el estado de desarrollo de teorías respecto a la enfermería, la salud, y la prevención; la disponibilidad de una base de investigación empírica para la práctica; la orientación de valor de los clientes hacia las medidas preventivas de salud; el clima en la comunidad médica con respecto a los programas de salud basados en otra cosa que no sea el modelo médico de la enfermedad; el predominio de la co-optación en enfermería; el apoyo de otros servicios humanos para los programas educativos de enfermería no tradicional; el estado de la enfermería como disciplina dentro de la comunidad universitaria; el estado de la enfermería como profesión con las demás profesiones; el concepto del público de lo que es una enfermera; la imagen de la escuela en la comunidad; la historia pasada de la escuela o del suprasistema que sea relevante para el éxito del programa; el apoyo de la universidad y del cuerpo de profesores de la escuela al programa; las actitudes de las personas clave en las agencias de servicios de enfermería; las posibilidades de empleo para las graduadas; el estado de salud de la comunidad; la aceptación de un enfoque general de sistemas a los problemas de salud por otros profesionales del cuidado de la salud; y el entendimiento de la administración de los problemas y complejidades de la educación profesional. Estas consideraciones no se enumeran por orden de importancia, ni tampoco la lista es completa. Sin embargo, la informa-

ción sobre estos aspectos del contexto ayudarán a quienes toman las decisiones a valorar la conveniencia de un ambiente para un programa de enfermería distributiva. El análisis del contexto puede que no vaya encaminado a una receptividad perfecta del programa, pero debe tener el suficiente apoyo para tener éxito.

El análisis revela que cada contexto presenta una combinación única de variables que determinan los objetivos del programa. En nuestro concepto de lo que es la enfermería distributiva, cinco conductas finales son de importancia vital. El programa de enfermería distributiva está diseñado para ayudar a la estudiante a:

- 1 Desarrollar un marco conceptual de referencia que incorpore de manera significativa una amplia variedad de teorías y conceptos relevantes como base para intervención con poblaciones determinadas
- 2 Utilizar los procesos de enfermería de modo independiente y colaborativo para promover, mantener y restaurar la salud; para prevenir las enfermedades; y para facilitar el aprendizaje que tenga importancia para el comportamiento relacionado con la salud
- 3 Integrar destrezas cognoscitivas, interpersonales y psicomotoras al desarrollo de los roles profesionales que faciliten la prestación de servicios de salud de una manera culturalmente aceptable para optimizar modos de vida saludables a poblaciones determinadas
- 4 Operacionalizar las tradiciones, los valores y las metas que son únicas a la disciplina de la enfermería
- 5 Proporcionarse una misma el crecimiento como persona-enfermera-estudiante-ciudadana

Estos objetivos generales del programa son coherentes con la definición del cuidado de salud y la práctica de la enfermería distributiva que se tratan en este libro. En el dado caso de ideas diferentes acerca del individuo, de la sociedad, del aprendizaje, de la salud, y de la enfermería de las elaboradas aquí, se desarrollarían también una filosofía y unos objetivos de programas distintos.

## ENTRADA

Un prerrequisito para tomar *decisiones de estructuración* de cara a diseñar políticas y procedimientos como medios para alcanzar los objetivos determinados por el análisis del contexto, consiste en tener información acerca

de la *entrada*. Los aspectos de la entrada que serán considerados son los estudiantes, el cuerpo de profesores, el personal, la administración, el plan de estudios, las instalaciones físicas, las instalaciones clínicas, los clientes, las finanzas, la comunidad, y todos los demás aspectos que influyen en la salida del sistema educacional. La consideración de la información de la entrada debe producir un plan operacional para implementar el propósito y los objetivos del programa.<sup>4</sup>

Mientras que todos los aspectos arriba enumerados son importantes para la estructuración y el funcionamiento del programa, la siguiente discusión se centrará en las estudiantes, el cuerpo de profesores, el de estudios, las instalaciones clínicas, los clientes y la comunidad.

### *Estudiantes*

Las estudiantes como personas pueden considerarse desde la perspectiva del individuo como un sistema abierto que está constantemente influyendo en el entorno y siendo influido a la vez por él. Esta apertura hace que el cambio involucrado en el aprendizaje sea posible, un proceso que integra la experiencia hacia nuevos patrones de comportamiento de modo que puedan ser aplicados en la solución de problemas futuros. Dado que la estudiante es un individuo, los conceptos de persona, de sí mismo, y de rol elaborados por Menke son válidos tanto para la estudiante como para el cliente.<sup>5</sup>

¿Qué implicaciones tienen los conceptos de persona, del sí mismo, y del rol en la enfermería? Puesto que el individuo es el interés central de la enfermería, estos conceptos son básicos en la práctica de la enfermería. Puesto que la estudiante constituye el interés central del educador, estos conceptos son básicos en el proceso educacional. Sin una comprensión de las relaciones entre la persona, el autosistema, y el rol, la practicante no puede esperar que cause impacto en el estado de salud del cliente. Sin una comprensión de las relaciones de la estudiante como individuo, el autosistema del alumno, y el rol, la estudiante y el educador no pueden esperar causar impacto en el aprendizaje de la estudiante.

El concepto general de sistemas del individuo como sistema abierto que se esfuerza por un método integrado de funcionamiento para maximizar el potencial y mantener un *continuum* de equilibrio y una dirección objetiva dentro del entorno, es el concepto sobre el cual la enfermera puede construir un modelo para la práctica, útil para la intervención con los individuos, y el concepto sobre el que el educador y la estudiante pueden conceptualizar un enfoque colaborativo en la preparación de las practicantes de enfermería distributiva.

Los ejemplos clínicos presentados en este libro evitan el otrora aceptable enfoque en la práctica de la enfermería, que consistía en “hacerle al” o “hacer para” el paciente como alguien etiquetado por padecer una enfermedad. Más bien, subrayan el “hacer con” el paciente como una persona que requiere intervención de enfermería, una persona que puede estar en cualquier punto del *continuum* de salud-enfermedad, y el asistir al cliente a “hacer para sí mismo” o a “hacer para otro.” Este último enfoque de asistir al cliente a hacer para sí mismo o para otro es congruente con la creencia de que es finalmente el cliente el que es responsable del resultado del cuidado de salud. Sólo el *cliente* puede decidir los objetivos de salud, y sólo el cliente puede controlar su comportamiento relacionado con la salud para alcanzar las metas de la vida.

Lo que se ha dicho del cliente puede parafrasearse para la estudiante. El concepto de la estudiante como una receptora pasiva de las intervenciones del maestro está fuera de índole si nos atenemos al punto de vista del individuo como un sistema autorregulador, dirigido por objetivos, capaz de tomar decisiones y autodirigirse. Es la *estudiante* la que, a la larga, es responsable de los resultados de la experiencia educacional. Sólo la estudiante puede decidir los objetivos del aprendizaje, y sólo la estudiante puede controlar su comportamiento. El maestro puede facilitar el aprendizaje, pero es la estudiante la que aprende. Estas son opiniones con un gran poder, temibles. Imponen el precepto de que la estudiante debe ser una participante activa en un enfoque colaborativo hacia el aprendizaje, del mismo modo que imponen el precepto de que los clientes deben ser participantes activos en el cuidado de salud. Si la responsabilidad, la participación y la colaboración son comportamientos que deseamos que las practicantes pongan de manifiesto y que los promuevan entre los clientes, éstos son comportamientos que las practicantes deben aprender como estudiantes. A las estudiantes se les debe otorgar igual participación en los procesos educacionales.

Aunque el autosistema de la estudiante puede ser establecido mucho antes del encuentro del educador de enfermería con la estudiante, la opinión de la persona como un sistema abierto admite la posibilidad de cambio por retroalimentación y otro tipo de entrada que la estudiante puede procesar para cambiar su comportamiento. Las estudiantes emprenden programas en enfermería distributiva para adquirir la identidad de practicante de enfermería. Una perspectiva de la teoría de rol para la estructura de la identidad social desarrollada por Sarbin puede ayudar a la estudiante a responder las importantes preguntas de “¿quién soy?” o “¿qué soy?” creadas por la experiencia educacional, y que en ciertos



momentos pueden ser amenazantes para el autoconcepto de la propia estudiante.

Sarbin afirma que “el hombre debe localizarse a sí mismo y correctamente, con relación al mundo de los acontecimientos (entorno) a fin de sobrevivir como un organismo biosocial, como una persona valorada, como una entidad conceptual, y como un miembro de la sociedad”.<sup>6</sup> El entorno es visto como un conjunto de cuatro ecologías diferentes que hacen intrusión en la persona en todo momento y en todas partes: la ecología de automantenimiento, la ecología social, la ecología normativa, y la ecología trascendental.<sup>7</sup> Cada una de estas ecologías, quizá dominadas previamente en la situación de vida de la estudiante antes de su admisión al programa, presenta un desafío a medida que la estudiante emprende nuevos modos de vida como practicante de la enfermería distributiva.

La *ecología de automantenimiento* debe ser abordada si el individuo debe sobrevivir como un organismo biosocial. La estudiante debe poder responder a la pregunta “¿quién soy?” o “¿qué soy?” en relación con ciertos acontecimientos en el entorno que pueden ser extraños o peligrosos. Por lo tanto, la estudiante debe poder contestar a la pregunta “¿qué es?” antes de que llegue a la de “¿qué soy?” en relación con aquello. Las personas muy jóvenes, los enfermos, quienes padecen defectos sensoriales, e individuos en situaciones extrañas quizá no puedan contestar a estas preguntas, y, por tanto, necesitarán ayuda.<sup>8</sup>

En la *ecología social*, la persona, en este caso la estudiante, tiene que poder localizar el sí mismo en el sistema de rol del que forma parte. La pregunta básica de “¿quién soy?” es contestada mediante un proceso inferencial, recíproco. La respuesta a “¿quién soy?” se encuentra contestando a la pregunta “¿quién eres tú?” Establecer el lugar de uno en el sistema social es un asunto relativista, recíproco. El entender cuáles son las relaciones de rol que uno actúa define la identidad social de uno. De gran importancia con las actuaciones de rol evidentes y la valuación asignada a éstas por las demás personas relevantes.<sup>9</sup>

La *ecología normativa* está estrechamente relacionada con la ecología social. Está relacionada con el sistema de normas y valores que guían la participación en la sociedad. “¿Qué tan bien desempeño un rol determinado?” se convierte en la pregunta importante. Las respuestas a esta pregunta pueden conducir a autoevaluaciones de triunfo o de fracaso, buenas o malas.<sup>10</sup>

La *ecología trascendental* se deriva de la ecología de automantenimiento. No sólo es necesario que la persona sepa “¿quién soy?”, sino que también en toda cultura el individuo necesita saber “¿quién soy yo en relación a los objetivos trascendentales?” como Dios, la humanidad, la

justicia, los antepasados difuntos, las tradiciones profesionales, y las creencias. El no encontrar respuestas a esta pregunta puede dejar a la persona con dudas crónicas acerca de sí misma y el significado de la vida.<sup>11</sup>

Así, las estudiantes deben contestar cuatro preguntas a medida que luchan por una identidad profesional nueva: “¿quién soy?” o “¿qué soy?” como una practicante de enfermería distributiva. “¿Quién es usted?” como el cliente, colega, o persona que ocupa la otra porción de la relación de rol diádica. “¿Qué tan bien desempeño yo mi parte en la relación de rol?” “¿Quién soy yo en relación a las tradiciones, valores, creencias y metas de la profesión?” La incapacidad de contestar estas preguntas a la satisfacción de la estudiante, y a veces a la satisfacción de la red social significativa de la estudiante, puede interferir con el funcionamiento integrado, objetivo de la estudiante, con la consiguiente disfunción de los sistemas. En tales casos la estudiante puede requerir ayuda del cuerpo de profesores, de sus compañeras, o de otros.

### *Cuerpo de profesores*

Como en el caso de las estudiantes, el cuerpo de profesores puede ser visto como un sistema abierto, de búsqueda de metas, capaz de cambio, autodirección, y entrada creativa en un programa educacional. Los compromisos, conflictos y desafíos de ser un miembro de la facultad en un programa de enfermería distributiva son muchos. Queremos centrarnos aquí en la función del cuerpo de profesores de ayudar a las estudiantes a adquirir la nueva identidad profesional que ellas buscan. La pregunta para el miembro de la facultad se convierte en “¿cómo puedo ayudar a la estudiante a responder a las preguntas acerca de la identidad social de manera satisfactoria para la estudiante y para la red social significativa de la estudiante?”

La estrategia apropiada para facilitar el aprendizaje de la estudiante puede determinarse por el lugar de la disfunción del sistema, con referencia a las cuatro ecologías. Si la dificultad se localiza en la interacción de la estudiante con la ecología de automantenimiento, el enfoque de preferencia es la modificación del comportamiento. La terapia del comportamiento es extraordinariamente eficaz para el cambio de hábitos.<sup>12</sup> Ha servido eficientemente para ayudar a los clientes a dejar de fumar, a controlar la ingestión de alimentos, a cumplir correctamente con los regímenes médicos, a participar en programas de ejercicio, y otras modificaciones similares del estilo de vida para mejorar la salud, y para ayudar a las estudiantes a adquirir nuevas destrezas profesionales. Así, la estu-

dante obtiene varias respuestas a la pregunta “¿quién soy?” “Soy una persona autodirigida, capaz de monitorizar mi propio aprendizaje.” “Soy una enfermera que sabe cómo usar técnicas para la modificación del comportamiento para ayudar a los clientes a cambiar su conducta relacionada con la salud.” “Soy una practicante profesional que puede modelar en función del rol las conductas relacionadas con la salud que deseo ayudar a que las adquieran mis clientes.”

Cuando la estudiante tiene dificultades en ubicar el sí mismo en la ecología normativa y no puede contestar a la pregunta de “¿a qué grado logro mis expectativas (y las de los demás) acerca de mí misma?”, entonces un enfoque psicodinámico puede ser el indicado. La inferencia es que la estudiante tiene dificultad en relacionar el sí mismo a las normas y valores que gobiernan la sociedad en la que vive la estudiante. La persona es vista como cuerpo-mente, y la disfunción se cree que está en la mente o la psique de la estudiante. Por lo tanto, la comunicación verbal con un oyente adiestrado puede ayudar a la estudiante a aclarar las opciones disponibles, que incluyen (1) la modificación de una conducta problemática, (2) el cambio de la orientación de las normas y valores, o (3) continuación de los sentimientos de tristeza, culpa, depresión o malestar.<sup>13</sup> Lamper describe el uso de un enfoque psicodinámico para valorar la clarificación como intervención con estudiantes universitarios, una población que ella considera que está en riesgo a causa de los estilos de autodisciplina habitual que son perjudiciales a la salud emocional y psicológica. Ella ilustra claramente la enfermedad como un epifenómeno, un resultado de la manera en la que los individuos escogen vivir su vida.<sup>14</sup>

Si la disfunción de la estudiante en adaptarse al entorno existe en su ecología trascendental, el cuerpo de profesores puede ayudar explorando la relación de la estudiante con las abstracciones conceptuales que tienen significado para la estudiante.<sup>15</sup> El maestro cuya orientación propia se halla dentro de la perspectiva humanista-existencial puede servir de apoyo a la estudiante en la búsqueda para encontrarle significado a la experiencia. Esta búsqueda es precipitada con frecuencia por la enfermedad, la muerte inminente, o la tragedia. Las enfermeras, presentes como se hallan en los puntos críticos de la vida de las personas, tienen una amplia oportunidad de reflexionar sobre el significado de la vida.

Aunque Sarbin le da otro nombre, el cuarto enfoque para ayudar a los individuos a entenderse con su entorno podría denominarse perspectiva general de sistemas. Este enfoque se ocupa de las personas que padecen dificultades con su ecología social, y que por eso están en riesgo de degradación social porque sus intentos por establecer una identidad social aceptable han fracasado. Puede aplicarse también en los individuos

que tratan de adquirir una nueva identidad social. La intervención es con *sistemas* de individuos que desempeñan roles interrelacionados en un intento por superar la destreza en el desempeño de su rol.<sup>16</sup> En un programa de enfermería distributiva, este enfoque se concentraría en crear oportunidades para que las estudiantes sean valuadas positivamente dentro de una red social significativa mientras aprenden nuevas destrezas que son esenciales para el desempeño de roles de práctica clínica. El plan para tal enfoque es incorporado en el diseño del plan de estudios, lo que supone una entrada importante en cualquier programa educacional.

Así, las cuatro ecologías y perspectivas de Sarbin para la intervención elaboran los conceptos del individuo, del sí mismo, y del rol de una manera que puede ser usada como guía de valoración, misma que sirve para localizar la disfunción del individuo con relación a aspectos específicos del entorno, y sugiere perspectivas para la intervención basadas en cuatro filosofías distintas de las personas: el individuo como máquina, el individuo como dicotomía de mente y cuerpo, el individuo como un ser existencial, y el individuo como un actor de roles sociales. Las cuatro ecologías y perspectivas para la intervención pueden servir también como base con objeto de conceptualizar los enfoques para la educación en las prácticas de enfermería distributiva.

### *Plan de estudios*

El plan de estudios es el plan operacional de actividades de aprendizaje diseñado para alcanzar determinadas metas educacionales.<sup>17</sup> Mientras que su desarrollo es responsabilidad del cuerpo de profesores, el plan de estudios puede ser efectivo para realizar su propósito sólo si incorpora la entrada de una estudiante responsable y se centra en el aprendizaje significativo; es decir, la asignatura es percibida por las estudiantes como algo que tiene relevancia para sus propios propósitos, y las experiencias de aprendizaje colocan a las estudiantes en confrontación experimental directa con los problemas prácticos, asuntos sociales, éticos y filosóficos, e investigación relevante.<sup>18</sup>

El plan de estudios diseñado para preparar a las practicantes de enfermería distributiva debe tomar en cuenta ciertas diferencias entre los conceptos de la práctica de la enfermería distributiva y las especialidades tradicionalmente concebidas de la enfermería clínica, ejemplificadas por la enfermería médico-quirúrgica, de maternidad, pediátrica, psiquiátrica, y enfermería de salud comunitaria. La enfermería distributiva es enfermería. El término *distributivo* se refiere a un sistema de creencias filosóficas

más que a un intento por clasificar una nueva especialidad clínica. Nuestra filosofía de la enfermería distributiva se basa en la creencia de que toda la gente tiene derecho a los recursos que necesitan para promover, mantener y restaurar la salud, prevenir la enfermedad y facilitar el aprendizaje que optimiza modos de vida saludables. El logro de igual acceso a un cuidado de salud de calidad a un costo razonable es una necesidad que existe a lo largo de la vida de todas las personas. Así, la enfermería distributiva se ocupa de la distribución de servicios de acuerdo con las necesidades del cliente.

En la práctica de la enfermería distributiva, nos ocupamos del cambio en el énfasis, en lugar de asuntos totalmente nuevos. La enfermería distributiva se centra en la salud, en lugar de hacerlo en la enfermedad. A los clientes se les percibe en términos de redes sociales significativas, y no como individuos aislados. Los escenarios para la práctica incluyen agencias emergentes de cuidado de salud, medios de cuidado ambulatorio, y comunidades, además de servicios basados en hospitales y pacientes internos. Los programas educativos para la preparación de practicantes de enfermería distributiva requieren planes de estudio que reconozcan estas diferencias vitales. Mientras que todos los programas educativos deben estar basados en teorías, en la educación de enfermería distributiva, se emplean los modelos de enfermería, en vez de los modelos médicos de enfermedad, como un marco organizador. Mientras que el marco conceptual debe reconocer las bases fisiológicas y patofisiológicas de la intervención de enfermería con individuos, sus parámetros deben considerar al individuo como una persona holística que se interrelaciona con los demás en una jerarquía de sistemas sociales interrelacionados. Las practicantes deben tener capacidad de intervenir en todos los niveles de esta jerarquía si lo que pretenden es fomentar modos de vida saludables. Una perspectiva general de sistemas facilita la integración de muchas teorías a distintos niveles dentro de un marco utilizable para la práctica.

La enseñanza-aprendizaje en los programas de enfermería distributiva se ocupa de operacionalizar los conceptos que le dan dirección a la intervención de enfermería y en conocer a fondo las destrezas de proceso orientadas a futuro y que atraviesan las fronteras de la práctica clínica artificialmente concebidas en lugar de ocuparse de adquirir conocimiento aislado y aplicar procedimientos y técnicas no relacionados. El énfasis clínico está en las experiencias integradoras de aprendizaje que se centran en las necesidades vitales de los sistemas humanos independientemente del escenario, y no en la lucha por la integración clínica de especialidades clínicas conceptualizadas por separado. Más que ser educadas para una complacencia cómoda, las estudiantes deben estar preparadas para el

choque cultural de las complejidades de la comprensión, la coordinación y la comunicación, que caracterizan a la práctica de la enfermería distributiva.<sup>19</sup> El mantenimiento de este *status quo* no es el objetivo de la practicante de enfermería distributiva a menos que este *status quo* sea eficaz al satisfacer las necesidades humanas. Si esto no es así, las destrezas de cambio en la acción deben ser apreciadas por encima de los planteamientos que no hacen sino crear más de lo mismo. El cambio de segundo orden es el objetivo de los educadores y de los pacientes por igual.<sup>20</sup> Los planteamientos colaborativos intradisciplinarios, interdisciplinarios, y transdisciplinarios para satisfacer las necesidades del cuidado de salud, considerando al cliente, como un socio completo en el cuidado de salud, son orientaciones que deben ser adquiridas siendo estudiante, a fin de implementarlas cuando se sea practicante.

Un plan de estudios diseñado rígidamente paso a paso, carece de la flexibilidad tan urgentemente necesaria para que la estudiante aprenda a responder a las necesidades del cuidado de salud. El estudio independiente, los facultativos y el reconocimiento de los objetivos de aprendizaje de la propia estudiante como centrales en la experiencia educacional son sólo algunas de las innovaciones necesarias para facilitar la preparación de las graduadas que son autodirigidas y que puedan autorreforzarse, en lugar de ser dependientes del maestro.<sup>21</sup> Una estructura del plan de estudios que fomente la salud de la estudiante y del cuerpo de profesores es necesaria si las practicantes han de llevar a cabo un modelaje de rol en los modos de vida saludables para el cliente.

### *Instalaciones clínicas*

Lo que constituye un ambiente apropiado para el aprendizaje de las estudiantes ha preocupado tanto a los educadores de enfermería como a las estudiantes. Esto es especialmente cierto en los escenarios de cuidado distributivo, donde el miembro de la facultad puede ejercer menos control directo sobre los muchos factores que influyen en el aprendizaje que sobre los medios tradicionales del paciente interno y donde la educación de las practicantes profesionales de enfermería puede ser una nueva función adquirida en la organización. El cuerpo de profesores puede facilitar el camino a la estudiante en el desarrollo de criterios mediante los cuales evalúe la adecuación de la agencia comunitaria como un laboratorio clínico, ganando las sanciones apropiadas para la experiencia de la estudiante en la agencia, estableciendo diálogo con el personal de la agencia a fin de asegurar apoyo para el programa educacional, y mante-

niendo la visibilidad de la propia práctica del miembro de la facultad en la agencia como un medio de modelaje de rol de estándares de excelencia. En este supuesto, las tareas de entrada de sistemas, la negociación para clientes determinados, y los logros de objetivos específicos de aprendizaje siguen siendo todavía responsabilidad de la estudiante. Mientras que sería irreal esperar que la intervención de la estudiante modificara la estructura de la agencia, o mejorara su funcionamiento, la estudiante debe poder hacer un análisis preciso de sistemas a fin de perseguir metas personales y del programa en el escenario. Mediante su análisis de dos ambientes de aprendizaje clínico, Will y Sherrow ilustran la importancia de utilizar agencias de salud que operen de manera congruente con la filosofía del cuidado de salud distributiva.<sup>22</sup>

Todo el enorme campo de las agencias del cuidado de salud distributiva sirve como un entorno potencial para el aprendizaje clínico. Los ejemplos clínicos en este texto provienen de hogares, hospitales, pasillos y oficinas legislativas de capitolios estatales y del Congreso, centros de salud mental comunitaria, escuelas elementales, de primaria y secundaria, escuelas especiales para muchachas embarazadas, servicios de salud universitarios, casas a mitad de camino, reformatorios, centros de crisis, vecindarios, desarrollos habitacionales, departamentos de salud pública, centros médicos, unidades de pacientes ambulatorios, sanatorios particulares, organizaciones profesionales, organizaciones del mantenimiento de salud, centros de evaluación de desarrollo, proyectos de demostración, y los campos y campamentos de los emigrantes del sur rural. Estos son sólo unos cuantos de los estimulantes escenarios en donde la estudiante puede poner en práctica clínica las teorías y conceptos aplicables a la enfermería distributiva. Cualquiera de estos escenarios, y los muchos más que no mencionamos aquí, servirán a los propósitos de educación para la práctica de la enfermería distributiva, siempre y cuando la agencia operacionalice una filosofía del cuidado enfocado en las necesidades del cliente. Debe llevarse a cabo la descentralización de los sitios de aprendizaje clínico, ya que las practicantes tienden a trabajar en donde reciben entrenamiento. Si queremos causar impacto en la salud rural o en las áreas urbanas carentes de servicios, debemos usar esos sitios para propósitos educacionales de modo que las estudiantes puedan desarrollar un sentido de identificación con el área geográfica. Esto va a exigir que el cuerpo de profesores se salga de la estructura cómoda del escenario del centro médico.

### *Clientes*

Los clientes son poderosos determinantes del resultado del cuidado de salud. Aun así, su entrada casi nunca es buscada cuando se planifican, implementan, y evalúan los programas educativos de la práctica de la enfermería distributiva. Los contactos cliente-enfermera sirven para incrementar la entrada del cliente a la toma de decisiones sobre su salud. Se deben encontrar mecanismos similares para asegurar la participación del cliente en la toma de decisiones sobre la preparación de los trabajadores del cuidado de salud.

### *Comunidad*

La comunidad tiene interés en la preparación de las practicantes de enfermería como una fuente de entrada que la comunidad apoyará por medio de programas educativos, y como clientes, el consumidor del producto de los programas. Parafraseando a Bryant, las facultades universitarias han tenido gran éxito preparando a las practicantes para cuidar a pacientes individuales en un escenario de hospital.<sup>23</sup> Una razón para esto yace en la profunda implicación de la universidad en su hospital de enseñanza. Es razonable sugerir que la universidad tendrá un éxito similar preparando a los trabajadores del cuidado de salud, incluyendo a las practicantes de enfermería, para cuidar de las comunidades cuando el cuerpo de profesores de la facultad y las estudiantes se hallen involucrados y sean realmente responsables del cuidado de las comunidades y las comunidades exhiban un interés similar en la operación de la universidad.

Así, las estudiantes, la facultad, el programa de estudios, las instalaciones clínicas, los clientes, y las comunidades están entre las entradas esenciales para los programas de preparación de practicantes de enfermería distributiva.

## PROCESO

Hemos repasado los aspectos del contexto y la entrada del modelo para la evaluación educacional y la toma de decisiones CIPP. El siguiente aspecto a considerarse es el *proceso*, o en términos generales de sistemas, el rendimiento del programa. La información acerca del proceso del programa educacional es esencial para la toma de decisiones sobre la implementación.



Los objetivos de la evaluación de proceso son tres: predecir y detectar los defectos en el procedimiento del diseño de su implementación durante la etapa de implementación del programa; proporcionar información para las decisiones del programa; y mantener un registro del proceso a medida que va ocurriendo.<sup>24</sup>

Como lo conceptualizamos, el principal proceso de cualquier programa educativo es el proceso enseñanza-aprendizaje, el cual puede incluir una variedad de subprocesos asociados a él. En un programa para preparar a las practicantes de enfermería distributiva, identificamos cinco aspectos del proceso enseñanza-aprendizaje que están en armonía con el logro de los cinco objetivos del programa general enumerados anteriormente: la adquisición de conocimiento, dominio de las destrezas del proceso, desarrollo o restablecimiento de roles profesionales de práctica, socialización profesional, y crecimiento personal.

### *Adquisición de conocimiento*

La adquisición de conocimiento es una importante expectativa tanto para la estudiante como para el cuerpo facultativo. Las diferencias de opinión, cuando existen, usualmente giran alrededor de “¿qué conocimiento es relevante para la práctica?”

Mientras que las respuestas a esta pregunta pueden variar, dos necesidades parecen trascender a la identificación de teorías específicas y a los conceptos básicos para la práctica. Primero, las estudiantes requieren un marco conceptual amplio para organizar su conocimiento para que *sepan qué es lo que saben* y lo tengan a mano en un sistema de compensación utilizable, y para que *sepan que es lo que no saben* y puedan organizar su ignorancia de manera manejable. Segundo, las estudiantes necesitan una metodología para la adquisición del conocimiento necesario. Estos dos requisitos para la adquisición de conocimiento –un marco conceptual de organización y una metodología para la adquisición del conocimiento– cuando se combinan pueden expresarse muy sencillamente: los estudiantes tienen que aprender a aprender.<sup>25</sup> El aprender la forma de adquirir conocimiento facilitará el funcionamiento de la practicante a medida que vaya disminuyendo la vida media de nuestro conocimiento específico. Los enfoques epidemiológicos y de otras investigaciones a los problemas durante la práctica, guían a la estudiante y a la practicante por igual en la dirección de la investigación.

Dentro de la perspectiva general de sistemas, los cuales hemos seleccionado como el marco organizador para nuestros enfoques a la práctica

de la enfermería distributiva, han sido identificadas como esenciales para la práctica áreas específicas del conocimiento. Las teorías y conceptos pertenecientes a la teoría general de sistemas, los componentes de la práctica de enfermería, cambio y crisis, asistencia social, individuos, familias, grupos, organizaciones complejas, y comunidades y sociedades, son vistos como conocimiento básico para la intervención de enfermería con una amplia variedad de clientes. La inmensidad del conocimiento por adquirir apunta hacia nuestro previo planteamiento relativo a la importancia de un marco organizacional sin el cual el alumno se vería fácilmente abrumado en medio de un inmenso mar de hechos aislados. En el nivel de pregraduadas, la expectativa es que las estudiantes comiencen su dominio en esta área, emprendiendo una mayor extensión o profundidad en el nivel de graduadas. En cada programa, el cuerpo de profesores debe decidir hasta qué punto esperan de las estudiantes que demuestren su comprensión de este material, teniendo las provisiones adecuadas para aquellas que sean capaces de exceder las expectativas, y también para quienes no alcanzan los estándares mínimos para una práctica segura.

### *Dominio de las destrezas del proceso*

Las destrezas de proceso esenciales para la práctica han sido conceptualizadas en tres niveles:<sup>26-28</sup>

#### NIVEL I. DESTREZAS BASICAS DE PROCESO

- 1 Percibir
- 2 Comunicar
- 3 Cuidar
- 4 Adquirir conocimiento
- 5 Solución de problemas
- 6 Sentar patrones
- 7 Crear
- 8 Apreciar

#### NIVEL II. COMPONENTES DE LA PRACTICA DE ENFERMERIA

- 1 Valorar
- 2 Intervenir
- 3 Evaluar

## NIVEL III. DESTREZAS DE PROCESO DE CAMBIO

- 1 Buscar
- 2 Ayudar
- 3 Enseñar
- 4 Supervisar
- 5 Coordinar
- 6 Colaborar
- 7 Consultar
- 8 Regatear
- 9 Confrontar
- 10 Cabildear
- 11 Administrar
- 12 Reconciliarse

El logro de las expectativas depende de la explicación de los profesores de los objetivos de comportamiento para cada una de estas destrezas, que varían según el nivel del programa educacional y de un programa a otro dentro de los niveles de preparación de pregraduadas y graduadas. La practicante que comienza, preparada a nivel de pregraduada, debe poder demostrar algún grado de dominio de todas las destrezas de los niveles I y II, y sólo algunas de las destrezas del nivel III, mientras que la practicante avanzada de enfermería, especialista clínica preparada a nivel de maestría, deberá dominar todas las destrezas de proceso. O, las practicantes de los dos niveles deben demostrar algún grado definido de dominio en las destrezas de los tres niveles, debiendo definir perfectamente el cuerpo de profesores los requerimientos exactos. La riqueza en la diversidad de las expectativas de desempeño requiere que el proceso de definición de esas expectativas sea asumido por el cuerpo de profesores, quienes negociarán con las estudiantes en plena participación, pues también ellas tienen ideas acerca de la naturaleza de la práctica de la enfermería.

*Desarrollo de rol o restablecimiento de rol*

Un paso esencial en el diseño de programas educacionales para enfermería distributiva es el desarrollar una comprensión realista de los roles de práctica. La búsqueda dentro de la práctica debe ir más allá de la comprensión de los principios generales y ahondar en los términos operacionales de las situaciones reales en que las enfermeras tendrán que trabajar y

las clases de tareas que tendrán que desempeñar. Dado que los educadores de enfermería no pueden educar para todas y cada una de las cosas que las enfermeras van a tener que hacer, los educadores pueden hacer uso de la necesidad operacional como guía para construir dentro del programa de estudios oportunidades de aprender las destrezas cognoscitivas, interpersonales, y psicomotoras necesarias para desempeñar los roles profesionales que facilitan la prestación de los servicios de salud de una manera culturalmente aceptable. Las estudiantes necesitan la oportunidad en el nivel de pregraduadas de desarrollar roles de práctica profesional coherentes con los fines de la enfermería distributiva y, en el nivel de graduadas, de restablecer o modificar sus desempeños de rol a la luz del nuevo conocimiento, destrezas, valores e intereses.

Como Gross, Mason, y McEachern han definido, los roles representan una relación diádica.<sup>29</sup> Como tal, una comprensión de los roles requiere la explicación por cada una de las partes que el guión separa. Marido-mujer, padre-hijo, enfermera-cliente, enfermera-médico, estudiante-maestro, todos ellos son roles. Examinar “el rol de la enfermera” como si sólo hubiera uno, y ese uno actuado por una sola persona sin tener en cuenta a las demás personas a las que la enfermera se halla vinculada, es negar la auténtica definición de rol. Más importante aún, tal planteamiento de seguro que conduce al desarrollo de programas en un esplendente aislamiento, desconectado de las necesidades de la población a que van destinados los servicios y del contexto en el que se realiza la prestación del cuidado de salud. Mientras que, por una parte, las enfermeras deben dirigir su propio destino profesional, el ignorar por parte de las estudiantes, educadores, y practicantes a sus compañeras de rol es hacer una invitación al fracaso en los esfuerzos múltiples, colaborativos que son necesarios para satisfacer las necesidades del cuidado de salud distributiva. En el transcurso de su programa educacional, las estudiantes deben aprender el significado de la colaboración como un proceso de trabajo en conjunto, con un espíritu igualitario para lograr las metas mutuamente definidas y deseadas. Sólo a medida que las estudiantes conozcan y participen en muchos roles podrán estar preparadas para asumir posiciones de liderazgo y cooperación como practicantes. Ya sea el resultado deseado del programa educacional el desarrollo de rol o sea el restablecimiento de rol, la colaboración es la clave del funcionamiento exitoso.

### *Socialización profesional*

En términos sencillos, se entiende por socialización profesional el conocimiento de los valores únicos, las tradiciones, las creencias y las metas

de la enfermería. El programa educacional debe ser implementado de manera que asista a las estudiantes a desarrollar las conductas esperadas de un profesional. Estas conductas comprenden

- 1 Buena disposición para colaborar con los clientes, colegas y otros profesionales
- 2 Deseo de adentrarse en el cuerpo de conocimiento de la profesión mediante la investigación
- 3 Previa disposición hacia el cambio sobre la base de información significativa
- 4 Aceptación de la revisión de compañeras
- 5 Mantenimiento de un código ético
- 6 Orientación al bienestar del cliente<sup>30</sup>

El maestro que modela-en-rol estos comportamientos se presenta a los estudiantes con una poderosa fuerza socializadora en favor del logro de esas metas. Solamente si las estudiantes perciben estos comportamientos como algo que es valorado por los demás que son significativos van ellas a valorarlos también. Sobre el cuerpo de profesores recae el peso de demostrar mediante su comportamiento un compromiso de colaboración, investigación, autocrecimiento, evaluación profesional, conducta ética, y bienestar del cliente.

### *Crecimiento personal*

Crecimiento personal es cambio en una dirección valorada.<sup>31</sup> “¿Valorada por quién?” es la pregunta clave que surge con esta definición. Crecimiento personal es un cambio que es valorado por las personas que lo experimentan. Es el proceso de movimiento que los individuos seleccionan cuando se encuentran libres anteriormente de moverse en cualquier dirección. El potencial de crecimiento es inherente a la auténtica naturaleza de los seres humanos para autorrealizarse. El maestro puede facilitar pero no crear este crecimiento en los demás, pues sólo las estudiantes pueden decidir el hacer reales sus propios potenciales. El cambio valorado se nutre de las relaciones con los maestros y con otras relaciones en las que las estudiantes son respetadas como personas dignas, se confía en ellas, y se les concede libertad de hacer y vivir sus propias decisiones.

Las propias estudiantes deben hacer sus decisiones, asumir la responsabilidad y las consecuencias de sus acciones, y vivir sus compromisos con la vida. Nadie más puede hacer esto por ellas. Si queremos practicantes autodirigidas, debemos dejar a las estudiantes que se autodirijan. El educador que vive en un sistema de valores que tiene en alto precio al individuo y le concede el derecho de autodirigirse facilita el crecimiento personal. Una vez más, es tarea del cuerpo de profesores el moldear-en-rol los comportamientos deseados en las estudiantes.

Hemos discutido cinco aspectos del proceso enseñanza-aprendizaje en un sistema educacional para preparar a practicantes de enfermería distributiva. Si bien hemos hecho hincapié en la importancia de los modelos de rol del cuerpo de profesores y la participación de la estudiante en la implementación del programa, hay otros aspectos del proceso de enseñanza-aprendizaje que merecen ser mencionados.

### *Innovación en la educación profesional*

Los mecanismos innovadores en la implementación de programas educacionales comprenden módulos de aprendizaje de autodirección; instrucción con ayuda de computadora; estudio independiente; asignaturas seleccionadas por la estudiante; estudio concentrado en forma de talleres, seminarios intensivos, y cursos de estudio concentrado; métodos de grupos pequeños y de seminarios con instructor; estudio mediante proyecto o centrados-en-problemas; y práctica y experiencia clínica en diferentes escenarios de cuidado de salud.<sup>32</sup> No es necesario que todos los estudiantes tengan las mismas experiencias para lograr las mismas metas. La utilización de la amplia variedad de métodos disponibles y de los escenarios clínicos puede complicar la administración del programa, pero también contribuye a la riqueza del aprendizaje a la vez que las estudiantes comparten sus experiencias. Las estudiantes aprenden pronto a facilitar su propio aprendizaje y el de sus compañeras, generan la discusión en clase compartiendo sus lecturas, sus ideas y las experiencias clínicas. Las estudiantes llegan también a considerar el proceso de supervisión como una herramienta principal de crecimiento profesional, usándola adecuadamente a la vez que mantienen también un *locus* interno de evaluación. Puesto que las estudiantes practican en muchos escenarios a la vez o bien acomodan sus horas de clínica con flexibilidad y en concordancia con sus necesidades de aprendizaje y los requerimientos de cuidado de salud que tienen los clientes, el cuerpo de profesores debe adoptar nuevos planteamientos en la supervisión clínica. Hay que admitirlo, hay algunos casos

en que un instructor debe estar con una estudiante para asegurar la calidad del cuidado de salud y del aprendizaje de la estudiante, pero estos casos puede que sean menos de los que a veces hemos pensado.

Un enfoque de grupo en la supervisión clínica ha demostrado su eficacia y efectividad tanto al nivel de pregraduadas como para el de graduadas. El trabajo de supervisión se lleva a cabo en sesiones de pequeños grupos a los que las estudiantes llevan registros en videocintas y en magnetófonos de sus interacciones con los clientes. Las estudiantes aprenden de la presentación de sus propios datos clínicos y de los de sus compañeras. A medida que las estudiantes van familiarizándose con esta técnica, asumen una responsabilidad creciente por la autosupervisión y por la de sus compañeras, teniendo el cuerpo de profesores que aportar cada vez menos entrada hasta que, luego de un tiempo, la sesión completa es dirigida por la estudiante, funcionando así el profesor como un consultor cuando sea necesario. Los registros de videocintas y magnetófonos constituyen los principales datos para el aprendizaje de grupo, los cuales tienen preferencia frente a los datos seleccionados que la estudiante recuerda para incluirlos en los registros y bitácoras del proceso. Estas técnicas de registro mecánico pueden usarlas las estudiantes independientemente del sitio de aprendizaje clínico. Han sido utilizadas en unidades de cuidado intensivo, agencias de salud comunitaria, y en los hogares, simplemente habiendo obtenido el permiso del cliente. Con la disponibilidad de grabadoras de *cassette* baratas, existen muy pocas razones para confiar en métodos menos exactos. Aunque un poco más caras, las videocámaras portátiles, disponibles en la mayoría de las escuelas y agencias de salud, hacen de la visualización del comportamiento no verbal algo tan fácilmente accesible como si se tratara de comunicación verbal. La vacilación aparente de los clientes para participar en estos acontecimientos es más a menudo una función de la ansiedad de la estudiante que de ellos. Cuando el propósito de la grabación se explica y se asegura la confidencialidad del material, los clientes participan gustosos. Hemos incluso conocido clientes que deseaban quedarse con las audiocintas para escucharlas en familia con los miembros que no pudieron estar presentes o para volverlas a pasar para aprender ellos también. A menos que sean retenidas por el cliente, todas las cintas se borran cuando la relación enfermera-cliente ha concluido, a no ser que se haya obtenido un permiso especial para quedarse con las cintas de cara a la enseñanza o con propósitos de investigación.

La supervisión de las compañeras puede también utilizarse para el procesamiento de la interacción enfermera-cliente en el momento preciso en que ésta ocurre. La presencia de una compañera de clase como una

observadora que no participa es menos intrusiva para la relación enfermera-cliente que lo sería la presencia de un instructor. Las familias aceptan de manera especial a la observadora en sus hogares cuando el propósito de su presencia se les explica y de nuevo se les asegura la debida confidencialidad. Por ejemplo, cuando aprenden terapia familiar, las estudiantes trabajan en parejas con dos familias, funcionando una de las estudiantes como terapeuta y la otra como observadora con una familia, e invirtiendo ese arreglo con la segunda familia. Las grabaciones en cinta se hacen como de costumbre para la supervisión de grupo, pero con una "grabadora en vivo" sintonizada en una dimensión de sensaciones que a menudo desafía incluso a la captación en videocinta. El uso terapéutico del sí mismo por parte de la estudiante observadora como un instrumento sensible registra datos de los que no es posible disponer de ninguna otra forma. Al compartir mutuamente sus observaciones, las estudiantes no sólo adquieren conocimiento de aspectos inadvertidos de la relación enfermera-cliente, sino que además aprenden a exponer sus observaciones con sensibilidad y consideración hacia los sentimientos de la otra. Este mismo planteamiento puede utilizarse cuando se aprende consulta o cualquiera de las demás destrezas de proceso. De esta manera, las estudiantes tienen la oportunidad de poner en práctica la colaboración, la revisión de compañeras, y la conducta ética de una manera significativa. La mayoría de las estudiantes desarrollan un considerable compromiso con todos los clientes presentados para la supervisión de grupo y esperan deseosas la siguiente sesión para participar en su cuidado.

Merece comentarse un aspecto final sobre la innovación en la supervisión clínica. En la mayoría de los casos, la educación para la práctica de la enfermería distributiva no puede llevarse a cabo sin el uso de los preceptores, personas con destrezas especiales que guían alguna fase determinada de la experiencia de aprendizaje de la estudiante. No existe un profesor de la facultad o del equipo de enseñanza que posea el suficiente conocimiento y las destrezas suficientes para ser todas las cosas para todas las estudiantes. Las estudiantes pueden ser animadas a identificar sus necesidades de aprendizaje y a contratar con determinados profesionales del cuidado de la salud, que pueden no ser enfermeras, para la supervisión y la guía necesarias para hacer de la experiencia de aprendizaje algo con significado. Así, se establece el hábito de reconocer las necesidades de aprendizaje de uno mismo y buscar la ayuda adecuada. Esta práctica de seguro le será útil a la practicante que quizá no pueda seguir manteniendo contacto con un mentor después de su graduación.

Hemos discutido el contexto, la entrada, y el proceso como los tres principales componentes del modelo CIPP para la toma de decisiones y



la evaluación educacionales. El cuarto y último componente es el producto.

## PRODUCTO

La información acerca del *producto* del programa de educación es necesaria para hacer *decisiones de reciclaje*. La evaluación del producto requiere la definición operacional de los objetivos del programa con el fin de hacer interpretaciones racionales acerca de las salidas y resultados del programa. Se hace una comparación entre lo que realmente ha sucedido y algún estándar absoluto o relativo del logro deseado en cualquier punto durante o después de la terminación del programa. La información acerca del producto del programa puede usarse para juzgar y reaccionar a los logros reales y hacer revisiones del programa para asegurarse que se satisfacen los criterios de desempeño.<sup>33</sup>

La pregunta de máxima importancia es “¿marcan las graduadas (los productos del programa) una diferencia en el estado de salud de poblaciones identificadas?” Las respuestas a esta pregunta no siempre se hacen visibles de inmediato durante el programa o con la graduación. El cuerpo de profesores de la facultad y las estudiantes deben emitir juicios a intervalos periódicos después de la graduación, con la entrada apropiada de parte de las graduadas, sus empleadores, y los clientes. Cuántas practicantes estén preparadas (salidas) es importante, pero más importante es qué efecto tienen las graduadas sobre el funcionamiento del cliente (resultados). Esta es la guía fundamental hacia la toma de decisiones en un programa educacional.

## REFERENCIAS

- 1 Daniel L. Stufflebeam, *et al: Educational Evaluation and Decision-Making* (Itasca, Illinois: F.E. Peacock, 1971), pp.79-84.
- 2 *Ibid.*, pp.218-235.
- 3 *Ibid.*, p.218.
- 4 *Ibid.*
- 5 Edna M. Menke: Chapter 10: Conceptual Basis of Nursing Intervention with Individuals (in this text).
- 6 Theodore R. Sarbin: “A Role-Theory Perspective for Community Psychology: The Structure of Social Identity”. In Daniel Adelson (ed.): *Community Psychology and Mental Health* (San Francisco: Chandler, 1970), p.90.
- 7 *Ibid.*, pp.90-94.
- 8 *Ibid.*, pp.90-92.
- 9 *Ibid.*, pp.92-93.

- 10 *Ibid.*, p.93.
- 11 *Ibid.*, pp.93-94.
- 12 *Ibid.*, pp.96-97.
- 13 *Ibid.*, pp.78-80.
- 14 Celia Lamper: Chapter 28: University Students: A Population at Risk (in this text).
- 15 Sarbin, *op.cit.*, p.99.
- 16 *Ibid.*, pp.108-111.
- 17 Em Olivia Bevis: *Curriculum Building in Nursing: A Process* (St. Louis: C.V. Mosby, 1973), p.6.
- 18 Carl R. Rogers: *Freedom to Learn* (Columbus, Ohio: Charles E. Merrill, 1969), pp.157-164.
- 19 Madeline Leininger: "Distributive Care: Meaning, Structural Framework, and Nursing Implications". Paper presented at Duke University School of Nursing, Durham, North Carolina, September 20, 1973.
- 20 Paul Watzlawick, John Weakland, and Richard Fisch: *Change: Principles of Problem Formation and Problem Resolution* (New York: W.W. Norton, 1974), pp.77-91.
- 21 Edgar H. Schein: *Professional Education: Some New Directions* (New York: McGraw-Hill, 1972), pp.59-70.
- 22 Susan J. Will and Vicki Sherrow: Chapter 39: A Comparative Analysis of Clinical Agencies (in this text).
- 23 John Bryant: "Some Interrelationships Between the Envolving Health Care System and Nursing Education and Nursing Practice". Paper presented at Duke University School of Nursing, Durham, North Carolina, September 30, 1973.
- 24 Stufflebeam, *op.cit.*, p.229.
- 25 Edgar Dale: "Learning How to Learn". *The News Letter*, 28, 8:1-4, May 1963.
- 26 Joanne E. Hall: Chapter 7: Basic Skills for Nursing Practice (in this text).
- 27 S. Kay Hart and Pamela R. Herriott: Chapter 8: Components of Nursing Practice (in this text).
- 28 Joanne E. Hall: Chapter 9: Change Skills for Nursing Practice (in this text).
- 29 Neal Gross, Ward S. Mason, and Alexander W. McEachern: *Explorations in Role Analysis* (New York: John Wiley & Sons, 1958).
- 30 Ronald T. Corwin: *A Sociology of Education* (New York: Appleton-Century-Crofts, 1965), pp.222-231.
- 31 Joanne E. Hall: "A Philosophy of Growth". Unpublished master's thesis, Columbus, Ohio, 1970.
- 32 Shein, *op.cit.*, pp.97-128.
- 33 Stufflebeam, *op.cit.*, pp.79-84.

## EPILOGO

# REFLEXIONES ACERCA DE UN CUADRO EMERGENTE DE LA PRACTICA DE ENFERMERIA

JOANNE E. HALL

Han pasado casi dos décadas desde que la National Commission for the Study of Nursing and Nursing Education empezó su trabajo, que resultó en una conceptualización de la enfermería distributiva como un área de concentración en la práctica clínica dirigida hacia el cuidado de salud de toda la vida para la conservación de la salud y la prevención de las enfermedades. Aunque algunas enfermeras no usen el término de *enfermería distributiva*, la esencia del concepto es más aplicable hoy en día de lo que era en 1970 cuando se publicó el informe de la comisión, *An Abstract for Action*.<sup>1</sup> Los cambios en la naturaleza de la sociedad, en los problemas de salud, y en los sistemas de prestación de cuidado de salud han intensificado la necesidad de un paradigma orientado a la salud para la práctica de la enfermería. Los principales cambios societarios están transformando nuestras vidas tan rápidamente que es imposible poner por escrito un punto de vista sustentable acerca de la práctica de la enfermería distributiva. Sin embargo, se pueden reconocer influencias que están dando forma al futuro de nuestra disciplina de práctica y, por tanto, influirán en el contenido de las ediciones futuras de este libro.

## LA NATURALEZA DE LOS PROBLEMAS DEL CUIDADO DE SALUD

La naturaleza de los problemas del cuidado de salud que padece la gente han sido influenciados por la eliminación de algunas enfermedades y por métodos mejorados de tratamiento para muchas otras. El cambio demográfico resultante es que la gente vive más, y por tanto tienen que enfrentarse a enfermedades crónicas caracterizadas por la incapacidad a largo plazo, puntuada por períodos de exacerbación aguda. La enfermedad crónica requiere una supervisión de salud a largo plazo, y, frecuentemente, cuidado físico de cara a la incapacidad prolongada. Este cuidado es proporcionado comúnmente en el hogar, en establecimientos de cuidado ambulatorio, y en medios de extensión de cuidados. Los períodos agudos pueden ser manejados en el hogar o pueden requerir hospitalización. Un estudio reciente indica que el 9% de las familias estadounidenses están afrontando el tener algún miembro imposibilitado de salir de casa y que se encuentra seria o crónicamente enfermo. En más de un millón de familias, el miembro que está crónicamente enfermo necesita que alguien más esté en la casa a todas horas.<sup>2</sup> Está claro que la enfermedad crónica es el principal problema de salud que enfrenta la gente hoy en día.

Además de ser de naturaleza crónica, la mayoría de los problemas principales de salud están relacionados con la manera en la que la gente escoge vivir su vida. Las investigaciones demuestran cada vez más que las principales causas de muerte pueden ser influidas por el manejo alimentario, los regímenes de ejercicios, el dejar de fumar y evitar el abuso de sustancias tóxicas, y técnicas no farmacológicas para reducir el estrés. La enseñanza de salud es una herramienta principal del profesional de la salud, pero es el cliente individual quien debe escoger el modificar su estilo de vida en dirección a modos de vida saludables. Así, el cambio de comportamiento y la autoayuda son de una importancia ascendente en la prosecución de la salud.

Durante décadas, los servicios de salud materna e infantil, y más recientemente, el cuidado de los ancianos han sido prioridades nacionales de salud. Se debe continuar trabajando en estas áreas. Sin embargo, también debe dársele atención a las necesidades de salud de los supuestamente saludables adultos durante los años tempranos productivos y de la mediana edad. Es predecible el desarrollo de una nueva especialidad de duración máxima de vida en la enfermería que se concentre en los problemas de salud de los individuos y familias durante la edad madura. Un resurgimiento del interés en la enfermería de salud ocupacional promete ser un medio de prestación de cuidado de salud primario además de los servicios tradicionales de salud ocupacional para los adultos en el

lugar de trabajo. A medida que los países del tercer mundo se mueven rápidamente hacia una sociedad industrial y basada en la información, la necesidad mundial de enfermería de salud ocupacional se incrementará. Los peligros ambientales de contaminación de químicos tóxicos y nuclear a causa de la forma incorrecta de desprenderse de los desechos acechan a un número desconocido de comunidades. La perspectiva de un desastre nuclear por accidente o guerra encierra consecuencias alarmantes para la salud del globo. Los peligros de la guerra biológica y química son reales, como lo son la creciente violencia mundial y el terrorismo. Cada una de estas condiciones presenta realidades que amenazan la vida no sólo de quienes están involucrados directamente, sino también la continuación de la sociedad como existe hoy en día.<sup>3</sup>

## NATURALEZA DEL SISTEMA DE CUIDADO DE SALUD

La naturaleza del sistema de cuidado de salud también está cambiando. La economía del cuidado de salud es la influencia más importante que modifica el sistema de prestación de cuidado de salud basado en el hospital y en las casas de recuperación, y dominado por el médico privado. Con el costo del cuidado de salud que asciende considerablemente más rápido que otros aspectos de la economía, el refrenamiento del costo es el lema de los sectores público y privado. Esta preocupación ha sido alimentada por factores como la posible quiebra de Medicare, la presión sobre los gobiernos estatales para los pagos de Medicaid, la incapacidad de la industria para hacer frente a los costos crecientes de los beneficios de cuidado de salud para los trabajadores en caso de una importante recesión, y la pérdida de la familia de la cobertura del seguro a causa de desempleo.

La estructura del sistema de cuidado de salud está siendo afectada por cambios recientes en la Social Security Act, que creó un sistema de pago prospectivo a través del establecimiento de Diagnostic Related Groups (DRG), por el establecimiento de comisiones en nueve estados que fijan las tarifas, y por el rápido crecimiento de los arreglos del sector privado como las organizaciones del mantenimiento de salud (HMO), las clínicas de urgencia privadas, y centros de natalidad independientes y pertenecientes a enfermeras y comadronas.<sup>4</sup> Los clientes se ven frente a nuevas y múltiples opciones para satisfacer sus necesidades de salud, incrementando así la competencia para los pacientes que pagan entre las diversas agencias del cuidado de salud. Los hospitales anuncian sus servicios y los extienden hacia la comunidad mediante un incremento en el cuidado ambulatorio, la monitorización tras el alta temprana, la operación

de programas de cuidado de salud en el hogar, y el acceso a instalaciones de extensión de cuidado. Así, de necesidad, las familias se están convirtiendo en consumidores sofisticados de los servicios del cuidado de salud, exigiendo sus derechos y participando activamente en las decisiones que afectan a su salud.

A pesar del acceso incrementado al cuidado de salud para muchos, un número considerable de estadounidenses sigue teniendo dificultades para satisfacer sus necesidades de cuidado de salud. Esto es especialmente cierto para las minorías, los pobres, los que no tienen casa, los desempleados, los que no tienen seguro. Los resultados de un estudio reciente sugieren que hay un millón de familias en los Estados Unidos a quienes les fue negado el cuidado por razones económicas en 1982.<sup>5</sup> Está claro que quienes están en desventaja en cuanto a cuidado de salud se refiere siguen existiendo. Igualmente está claro que un sistema nacional de seguro de salud no será legislado en un futuro próximo. Por tanto, deben encontrarse maneras creativas para proporcionar cuidado de salud a las poblaciones que no reciben prestación en forma apropiada. Cada vez más, las fundaciones privadas están contribuyendo al desarrollo de modelos alternativos de prestación de cuidado de salud.<sup>6</sup>

La complejidad de la tecnología del cuidado de salud está cambiando la naturaleza de la práctica en los escenarios de cuidado agudo y trasladando a muchas intervenciones médicas tecnológicamente sofisticadas del hospital al hogar. El monitoreo a control remoto de los pacientes cardíacos y los monitores de apnea para los niños con problemas respiratorios ya se han generalizado. La desmesurada tendencia a la alta tecnología/alta eficiencia identificada por Nesbitt puede verse en la necesidad del cuidado personalizado de alta eficiencia como un contrapeso a la deshumanización potencial que puede acompañar al uso de la instrumentación biomédica en el cuidado de pacientes. El movimiento de los hospicios ejemplificó una respuesta a esta tendencia en el cuidado de salud.<sup>7</sup> Impulsado por la economía y hecho posible por la nueva tecnología, un monto creciente de cuidado de salud se está procurando en los hogares y en escenarios comunitarios emergentes.

La revolución del procesamiento de la información mediante el uso de las computadoras, los procesadores de texto, la videotecnología, y los sistemas de telecomunicación por satélite han traído consigo grandes cambios en la prestación del cuidado de salud. Ejemplos de esto incluyen el acceso a un número de bases de datos que se está expandiendo rápidamente, la instrucción y el diagnóstico médico asistido por computadora, la enseñanza de salud a través de la televisión educativa, la oficina sin papeles, las búsquedas de biblioteca mediante el uso de la computadora

casera de la enfermera investigadora. La televisión interaccional por cable en Columbus, Ohio, hace posible que los suscriptores se comuniquen con el radiodifusor al apretar un botón para responder a preguntas o pedir que se les mande por correo a sus casas material para la educación de la salud. Las enfermeras registradas en lugares remotos de British Columbia pueden inscribirse en cursos de educación continua o continuar su grado de bachillerato en enfermería a través de una red de televisión educativa. Técnicos médicos de emergencia pueden administrar un tratamiento a las víctimas de un accidente bajo la supervisión de un médico a través de radiocomunicaciones y monitoreo cardíaco a control remoto. El equipo de filmación de televisión llega a la escena del accidente con la rapidez de los trabajadores de rescate, proporcionando así reportajes en vivo que antes se informaban en la prensa mucho después de ocurrido el hecho. Los niños en edad preescolar comienzan su dominio en el uso de la computadora mediante los juegos de video, y se espera que los estudiantes lleven sus propias computadoras personales a la universidad del mismo modo en que sus abuelos llevaban sus cajas de lápices y sus mochilas bajo el brazo. El escritor de la costa Oeste de una columna sobre la salud, de publicación en cadena en varios periódicos, transmite su artículo semanal a su editor en la costa Este a media noche utilizando un modem. Cuando se levanta en la mañana, encuentra la solicitud de su editor de los cambios o una copia adicional almacenada en su computadora personal. Los profesionales de la salud y sus pacientes están empezando a darle un vistazo al potencial disponible a través de la nueva tecnología de la información.

Si las predicciones de exceso de médicos para 1990 se realizan, quiere decir que el país tendrá un 80% más de médicos que en 1970. Este incremento puede representar 70,000 médicos más de los que se requerirán para satisfacer las necesidades de salud proyectadas.<sup>8</sup> Algunas comunidades tienen ya demasiados médicos, quienes encuentran cada vez más difícil mantener su base económica. La situación podría rectificarse corrigiendo la mala distribución geográfica actual de los prestadores de cuidado de salud a medida que los médicos buscan poblaciones de clientes. Un creciente número de médicos pueden encontrar que el cuidado a los ancianos o el trabajar en casas de recuperación y en la comunidad son campos de práctica atractivos. Estas son áreas en donde las enfermeras han sido tradicionalmente las principales proveedoras del cuidado. A medida que el número de practicantes de enfermería continúa aumentando, puede esperarse que se intensifique en los escenarios de cuidado de salud la competencia con los médicos familiares. A pesar de que en la actualidad las escuelas de medicina están reduciendo su número de admi-

siones, el ajuste entre el suministro proyectado y la necesidad estimada varía considerablemente por la especialidad médica, pudiéndose esperar el desarrollo de un período de cambios de fronteras, y el surgimiento de desórdenes y alborotos.

## LA NATURALEZA DE LA PRACTICA DE ENFERMERIA

La naturaleza de la práctica de la enfermería está siendo alterada por nuevos problemas de salud y acontecimientos en el sistema de prestación de cuidado de salud. Lo contrario es también evidente. La práctica de la enfermería está modificando los problemas de salud y el sistema de prestación de cuidado de salud. Las enfermeras están ahora mejor preparadas que en cualquier otra época de la historia. Cada vez son más los que están de acuerdo en que una licenciatura de bachillerato es el nivel mínimo de preparación para la entrada a la práctica y que la educación debe dirigir la necesidad de enfermeras en la comunidad y en los escenarios del cuidado de salud alternativos, así como en los servicios de cuidado agudo. A pesar de contar todavía con números insuficientes, las enfermeras con preparación avanzada en los niveles de maestría y doctorado están influyendo en la práctica de la enfermería, en la investigación, y en la educación. Las enfermeras están empleando modelos de enfermería más que modelos médicos para la práctica. La autonomía es un asunto que toca todos los aspectos de la profesión. Los departamentos de servicio de enfermería se están reorganizando como departamentos clínicos que regulan sus propias funciones. Los departamentos de práctica de enfermería y las escuelas de enfermería se están moviendo para fortalecer sus relaciones colectivas y se unen en una aventura común en la educación, la práctica, y la investigación. La investigación de los problemas de la práctica continúa extendiendo la base del conocimiento para la toma de decisiones clínicas, pero continúa habiendo una necesidad urgente de identificar y probar las terapias de enfermería para mejorar el cuidado del paciente. A pesar de que el número de graduadas de programas doctorales se ha incrementado señaladamente durante la última década, todavía hay un número insuficiente de directoras de enfermería bien preparadas, especialmente en el cuidado a largo plazo. Lo mismo sucede con las educadoras de enfermería que posean una preparación administrativa para asumir posiciones como decanas y decanas asociadas en las escuelas de enfermería. Abdellah predice que, dentro de diez años, toda la facultad de enseñanza de los programas de enfermería de niveles de no graduadas y graduadas tendrán un doctorado.<sup>8</sup> Una década es poco



tiempo para lograr este objetivo. El cuadro emergente de la práctica de la enfermería distributiva requiere individuos creativos, dotados intelectualmente, bien preparados educacionalmente, y comprometidos a marcar una diferencia significativa en la vida de la gente. Este libro es un esfuerzo para ayudar a las enfermeras a hacer realidad el cuadro emergente de la práctica de la enfermería distributiva.

## REFERENCIAS

- 1 National Commission for the Study of Nursing and Nursing Education: *An Abstract for Action* (New York: McGraw-Hill Book Company, 1970).
- 2 *Update Report on Access to Health Care for the American People* (Princeton, New Jersey: The Robert Wood Johnson Foundation, 1983).
- 3 Face G. Abdellah: "Future Trends in Health and Health Care". Paper presented at The Ohio State University College of Nursing 70th Anniversary Symposium, Columbus, Ohio, April 26, 1984.
- 4 *The Robert Wood Johnson Foundation Annual Report, 1983* (Princeton, New Jersey: The Robert Wood Johnson Foundation, 1983), pp.10-21.
- 5 *Ibid.*, pp.14-16.
- 6 *Ibid.*, pp.24-34.
- 7 John Nesbitt: *Megatrends* (New York: Warner Books, 1984), pp.35-52.
- 8 *The Robert Wood Johnson Foundation Annual Report, 1983*, pp.12-14.
- 9 Abdellah, *op.cit.*

# Indice

Los números seguidos de una *f* indican figuras; la *c* que sigue al número de página indica cuadros.

- Abogacía del cliente, 400
- Abogacía, un enfoque de enfermería
  - estudios de caso, 406-410
  - evaluación de la, 411-412
- Acción social, 388
- Ackerman, curación familiar y, 468
- Acontecimientos normativos, las familias y los, 185
- Acontecimientos paranormativos, las familias y los, 185
- Aculturación
  - sistemas humanos y, 361-363
  - valoración de enfermería y, 363
- Adaptación, 491-492
  - enfermedades de, 484,491
  - en la valoración de sistemas, 117-119
  - organizaciones y, 252
  - proceso de, 25
- Administración, como destreza de enfermería, 150, 152*c*
- Administración de enfermería
  - ejemplos clínicos, 664-665
  - paradigma para la práctica, 659-665
  - proceso de la, 660-664
- Adolescentes, muertes de, metas para su reducción en 1990, 13
- Agencias clínicas, comparación de las, 645-657. *Véanse también las agencias específicas*
  - los estudiantes y, 651-652
- Alkin, modelo de evaluación de, 393-394, 393*f*
- American Association of Occupational Health Nurses (AAOHN), 560
- American Board of Occupational Health Nurses (ABOHN), 560
- American Industrial Hygiene Association, 561
- Análisis de datos, 442, 428
- ANCER
  - certeza de calidad, 695
  - entrada del sistema y valoración, 695-696
  - estructura de, 699-701
  - evaluación en, 698
  - filosofía de, 690-692
  - grupos instrumentales en, 697
  - intervención, 696-698
  - modelo CIPP y, 697
  - necesidad de, 688-690
  - organización de, 690-693
  - presentación de, 688
  - salida del sistema, 699
  - servicios de, 693-695
    - de consulta, 697-698
- Anderson y Carter, tipos de comunidad, 286-287
- Applied Nursing Consultation and Education Resources. *Véase* ANCER
- Arizona Health Plan, 536
  - rol de las enfermeras en el, 538
- Asistencia de valuación, 72
- Asistencia emocional, 72
- Asistencia informacional, 72
- Asistencia instrumental, 71
- Asistencia social, 66-87
  - concepto de, 66-69
  - consecuencias de salud de la, 76
  - definición de, 68, 69-79
  - determinantes de la, 75
  - efectos de la, 76
  - fuentes de la, 73-74
  - impacto biológico, 77-78
  - implicaciones clínicas, 84-87
  - intervenciones de enfermería y, 86
  - macronivel, 79
  - medición de la, 79-84
  - mesonivel, 79
  - micronivel, 82
  - salud y, 78*c*
  - valoración del paciente, 85
- Asistencia tangible, 71
- Autenticidad, 171
- Autoconciencia, 172-173
- Ayuda, como destreza de enfermería, 144, 152*c*
- Base de datos, la enfermería y el uso de la, 709
- Bates, concepto de rol de, 175

- Berne**  
 estructura del grupo y, 209  
 roles del liderazgo y, 227-228
- Berrien**, definición de sistemas, 42-43
- Bertrand**  
 procesos de sistemas y, 27  
 tres conocimientos básicos de, 38-39  
 variables culturales y, 38-39  
 y comunidad, definición de, 281  
 y sociedad, definición de, 289
- Bienestar de alto nivel**, 315
- Bredemeier**  
 funciones de mantenimiento de  
 fronteras y, 28  
 modos transaccionales de, 26-27, 121-122
- Búsqueda de información**, como destreza  
 de enfermería, 144, 152c
- Cabildeo**, como destreza de enfermería,  
 149, 152c
- Cambio**  
 de orden segundo, 129  
 fases del, 55-56  
 influencias sobre el, 54  
 inicio de la enfermedad y, 51  
 intervención de enfermería y, 51, 61-63  
 planificado. *Véase* Planificación del  
 cambio  
 tipos de, 55-56, 140-141  
 creciente, 141-142  
 disruptivo, 141, 142  
 innovador, 141, 142  
 persistente, 141, 142
- Cambio planificado**, 52-56  
 de primer orden, 55-56  
 de segundo orden, 56  
 empírico racional, 52  
 de poder-coercitivo, 52  
 normativo-reeducativo, 52  
 estrategias para el, 52-54  
 fases del, 54  
 modelos conceptuales para el, 53
- Canadá**  
 estrategias de cuidado de salud de, 15-16  
 metas del cuidado de salud de, 14-15
- Capra**, sobre la salud, 17
- Cassel**, salud y, sobre los procesos  
 psicosociales, 67-68
- Categorías de enfermedad**, la salud  
 del grupo y las, 331
- Centro de salud mental**  
 análisis del, 646-651  
 experiencias clínicas, ejemplo, 655-656
- Certificación del programa**, 398-399
- CIPP**, modelo de evaluación, 132, 697, 721f
- Circularidad**, 100
- Clase social**, comunidades, 287
- Coalición-formación**, 27-28  
 organización y, 258-259
- Cobb**, definición de apoyo social de, 68
- Codificación de los mensajes**, 99
- Colaboración**, como destreza  
 de enfermería, 147, 152c
- Commission on Nursing Education of the  
 American Nurses' Association**, 9
- Community Health and Nursing Service  
 (CHNS)**, 525
- Competición**, 28
- Complicaciones del embarazo**, factores  
 relacionados, 453-463
- Computadoras**  
 análisis estadístico con, 713  
 enfermeras y, 703-709  
 lugar de la práctica, 705  
 naturaleza de la práctica, 704-705  
 tipo de computadoras, 705-709  
 enfermería de salud comunitaria y,  
 702-714  
 investigación de enfermería y, 712-714
- Comunicación**  
 como proceso, 99-100  
 etapas de la, 99-100
- Comunicación**  
 concepto de, 193  
 definición de, 193  
 denotativa, 193  
 grupos y, 219-220  
 niveles de, 194  
 organizaciones y la, 256-258  
 patrones de  
 cadena o eslabón, 221  
 centrados en el líder, 220  
 comunicación en grupos, 222-224  
 interactivos libres, 220
- Comunidad**  
 aspectos de conducta de la, 288

- clases sociales y, 287
- definición de, 277, 380-381
- dimensiones de la, 279-280
- dinámica de la, 282
- entorno y, 283
- fronteras de la, 282
- funciones sociales y, 283-284
- orígenes de la, 278-279
- patrones en la, 284
- sistemas, 280, 287
- socialización en la, 288
- subsistemas de la, 285-286
- suprasistema y, relación del, 285
- tipos de, 286-288
- viabilidad de la, 283
- Comunidades
  - como organizaciones complejas, 47-48
  - necesidades de las, diferencias entre las, 507
- Concepto holístico de la enfermería, 162
- Conceptos de enfermería
  - definiciones, 21
  - holísticos, 162
- Conceptos generales de sistemas, panorama, 24
- Concordancia persona-entorno, 303-304
- Condicionamiento cultural, 358
- Condición de ser humano, 164
- Conflicto, manejo del, como intervención de enfermería, 272
- Confrontación, como destreza de enfermería, 149, 152c
- Confundidor, 77
- Conocimiento, 97c, 103-105
  - etapas del, 103-105
- Conocimiento, adquisición de, 724-725
- Consulta
  - a nivel comunitario, 666-668
  - aplicación práctica de la, 669-683
  - como destreza de enfermería, 148, 152c
  - con los sistemas sociales, 668, 669c-670c
  - evaluación, 683-684
- Contexto, evaluación del, 132-133
- Contexto, variables del, 722-723
- Continuum de salud-enfermedad, 315, 536
- Conway, concepto de rol de, 176
- Cooley y Mead, concepto del sí mismo de, 169
- Co-optación, 28
- Coordinación, como destreza de enfermería, 147, 152c
- Co-respuesta, 102
- Correlaciones biológicas de la enfermedad, 331
- Creación
  - etapas de la, 110-111
  - proceso de, 110-111
- Crisis
  - características de la, 196
  - clasificación de, 58
  - definición de, 57
  - de madurez, 58
  - estrés y, 58
  - factores de equilibrio y, 59
  - intervención, 56-61, 636, 644
    - de enfermería y, 61-63
    - de familias e, 196-197
  - pérdida y, 58
  - situacional, 58
- Cuidado
  - etapas del, 101-103
  - proceso de, 101-103
- Cuidado computadorizado del paciente, 710
- Cuidado de la salud
  - acceso al, 6
  - estrategias, 13
    - canadienses, 14-16
      - en el Hemisferio Occidental, 16
    - metas, 12-16
      - canadienses, 14-16
        - en el Hemisferio Occidental, 16
      - grupos blanco, 13
      - poblaciones en riesgo, 13
    - naturaleza de los problemas, 745
    - recursos, análisis de los, 474
- Cuidado de salud distributiva, problemas en el, 11-18
- Cultura
  - aspectos de la, 360-361
  - sistemas humanos y, 358-370
- Curación familiar
  - concepto de, 466-469
  - cuidado de maternidad, 466-469
  - ejemplo clínico de, 469
- Curricula de enfermería, 729-731

- Decodificación, 100
- Desarrollo de la teoría, necesidad del, 390
- Desarrollo del rol, la educación de enfermería y, 736-737
- Destrezas de cambio, 140-154, 152c  
 administración, 150, 152c  
 ayuda, 144, 152c  
 cabildeo, 149-150, 152c  
 colaboración, 147, 152c  
 confrontación, 149, 152c  
 consulta, 148, 152c  
 coordinación, 147, 152c  
 enseñanza, 145-146, 152c  
 indagación, 144, 152c  
 negociación, 148-149, 152c  
 reconciliación, 151-153, 152c  
 supervisión, 146-147, 152c
- Destrezas de enfermería. *Véanse también las destrezas específicas*  
 dominio de las, 735-736
- Destrezas de proceso, 96-113  
 comunicación, etapas de la, 99-101  
 conocimiento, etapas del, 98  
 creatividad, 97c, 110-111  
 cuidado, 101-102  
 interrelación, 153-154  
 normación, 97c, 109-110  
 solución de problemas, 97c, 105-107  
 valuación, 97c, 112-113
- Diagnóstico/análisis, enfoque de entorno para el, 306
- Diagnóstico de la comunidad, 328
- Disonancia cultural, valoración de enfermería y, 364-365
- Diseño de la investigación, descripción del, análisis de datos, 422  
 estudio de caso, 419-422  
 experimental frente a no experimental, 419  
 metodología, 422  
 operacionalización de las variables, 420-421  
 población blanco, identificación de la, 421  
 selección de las variables, 420
- Distribución  
 de recursos, 41  
 de recompensas, 41
- de roles, 40
- Dubos, definición de salud de, 315
- Dunn, concepto de salud de, 315
- Duvall, función de la familia según, 191-193
- Ecología social, 726
- Ecología trascendental, 726
- Economía, estilo de vida y, 348
- Educación en enfermería  
 desarrollo del rol y la, 736-737  
 innovación en la, 739-741  
 proceso de la, 733-741  
 y socialización profesional, 737-738
- Educación, estilo de vida y, 349
- Education Resource Centers, 552-553
- Embarazo de alto riesgo  
 intervenciones de enfermería en, 451-453  
 respuestas al  
 de la familia, 454-457  
 de las mujeres, 457-459  
 de los hombres, 457-459  
 sugerencias para el cuidado de enfermería, 460-463
- Enfermedad/bienestar, continuum de, 315f, 536
- Enfermedad crónica  
 causas estresantes de la, 595, 596f  
 definición de, 590  
 e intervención de enfermería, 595-599  
 estudio de caso, 592, 600-601  
 especialización en la, 594-595  
 estrés y, 595-599  
 valoración del, 595-599  
 factores económicos en la, 589  
 incapacidad y, 590-591  
 práctica de enfermería y, 601-602  
 problemas y necesidades asociados con la, 592-595  
 tendencias en la, 587-590, 596f  
 y barreras para el cuidado de enfermería, 599
- Enfermera clínica especialista, definición de, 9
- Enfermera practicante, 8-9  
 competencias, 8-9  
 definición, 8  
 expectativas, 8-10  
 marco conceptual de la, 8

- Enfermería  
 computadoras y, 703-709  
 foco de la, 161-163
- Enfermería de salud comunitaria  
 computadoras en la, 702-714, 704f  
 enfoque de liderazgo compartido, 528-530  
 participación estudiantil, 533-534
- Enfermería de salud ocupacional  
 definición, 546-547  
 estándares de, 564  
 marco de sistemas, 548-571, 548f  
 entrada, 555-565  
 evaluación, 569-571, 570c  
 rendimiento, 565-566  
 salida, 566-569
- Enfermería distributiva, 3-10  
 definición de la, 1, 3  
 educación para la, 719-750  
 enfoque de la, 7  
 frente a enfermería episódica, 3  
 operacionalización de la, 7  
 orientación filosófica de la, 4
- Enfermería familiar, marco teórico de la, 186-198
- Enfoque de enfermería comunitaria  
 aplicaciones clínicas, 501-510  
 aplicaciones de las computadoras, 709-712  
 proceso del, 381-384  
 análisis de problemas, 382-384  
 identificación de problemas, 381-382
- Enfoque de enfermería preventiva  
 aplicación del, 666-684  
 ejemplos de, 636-644
- Enfoque de liderazgo compartido, 528-530
- Enfoque de manejo de casos, aplicación clínica, 526-534
- Enfoque terapéutico de la enfermera, ejemplo de (familias disfuncionales), 604-615  
 estudio de caso, 615-618
- Enfoque transcultural de enfermería, 370-375  
 autovaloración, 370  
 intervención y evaluación, 373-375  
 nivel de análisis, 368-370  
 valoración del cliente, 371-373
- Enfrentamiento, recursos de, 76
- Enseñanza, como destreza de enfermería, 145, 152c
- Entorno  
 calidad del, 298  
 componentes inanimados del, 298  
 componentes inanimados del, 298  
 definiciones del, 296-298  
 desafíos en el, 299  
 enfermedad humana y, 301-303  
 enfoque para la valoración, 304-306  
 interacción con el, 298-304  
 proximidad en el, 296-298  
 salud y, 293-294  
 tipología, 296-298, 296c  
 vulnerabilidad humana y, 301-303, 302c
- Entradas  
 como proceso de sistemas, 27  
 evaluación, 133-134  
 proceso de las, 208
- Entrenamiento, como intervención de enfermería, 268
- Enunciado del problema, la investigación y el, 416, 424
- Envejecimiento  
 calidades del, 622-631  
 estrategias de enfermería y, 619-622  
 estrategias de enfrentamiento para el, 631-632  
 independencia y, 627  
 literatura de enfermería sobre el, 620-622  
 raíces de la familia y, 623-626  
 tradiciones familiares y, 624-625
- Epidemiología  
 definición de, 324-326  
 desarrollo de la, 324-326
- Equifinalidad, 29
- Especialista en seguridad, salud ocupacional y, 561
- Estado de salud, factores asociados con el, 334-335
- Estado uniforme, 29
- Estados de los sistemas, 28
- Estar-ahí, 158  
 crisis y, 142
- Estilo de vida  
 enfermería y, 348-351  
 enfoque de enfermería

- aplicación clínica, 484-499
  - estudios de caso, 493-498
  - marco teórico, 488-493
- influencias societarias en el, 348-355
  - economía, 348
  - educación, 349-350
  - personales, 350-351
- Estrés
  - asistencia social y, 76-77
  - condiciones sociales y, 76
  - enfermedad crónica y valoración de enfermería, 595-599
- Estructura de un sistema, 24
- Estructura social, 34-36
  - Etnocentrismo, 367
- Evaluación de sistemas
  - del contexto, 132-133
  - del producto, 135-137
  - en la entrada, 133-134
  - proceso de la, 134-135
- Existencialismo, el sí mismo y el, 171
- Exosistema, 297
  
- Factores de equilibrio, crisis y, 59
- Factores de riesgo, detección de los destrezas necesarias, 485
  - investigación en los, 320-322
- Familia
  - funciones de la, 185-186
  - intervenciones de enfermería con la, 184-199
  - transición en la, 185
- Familias disfuncionales
  - estudios de caso, 615-618
  - intervención de enfermería en, 604-615
- Formación de equipo, como intervención de enfermería, 268-269
- Fuentes de datos
  - externas, 396
  - internas, 396
- Fuerza de trabajo, cifras, 556c
- Funcionamiento social, nivel de, la salud del grupo y el, 330
- Funciones de mantenimiento de fronteras, modos de, 27-28
  
- Gemeinschaft, 122, 278
- Gesellschaft, 278
  
- Grupo(s)
  - aspectos estructurales del, 209-213
  - atributos, 203f
  - carácter, 224
  - coliderazgo en el, 217-219
  - contenido, comunicación y, 212
  - cuestiones de liderazgo en el, 226-230
  - desarrollo, fases del, 230-236
    - inicio, 230-232
    - terminación, 234-236
    - trabajo, 232-234
  - etiqueta, 224
  - formación de, 202
  - fronteras, 211
  - grado de organización, 212
  - indicadores de salud, 330-331
  - intervenciones de enfermería con los, 201-238
  - modelo de intervención, 328-340
    - estudio de caso, 339-340
    - fuentes secundarias de información, 331-333
    - valoración del, 337-339
  - normas, 224-226
  - procesos de comunicación y, patrones, 219-222
  - psicoterapéutico, 204c-205c
  - relaciones externas del, 213
  - relaciones internas del, 214
  - roles, 214-216
    - de tareas, 216
  - sistemas,
    - propiedades de los, 208-209
    - y de los subsistemas, 202-226
  - socialización dentro del, 224-226
  - tamaño del, 212
  - terapéutico, 202, 204c-205c
  - y sistemas sociales, 47
  
- Haas, concepto sobre el rol de, 176
- Hábitos de salud
  - bienestar y, 320-321
  - espacio de vida y, 320-321
- Health Field Concept (HFC), 14
- Health for All*, 16
- Healthy People*, 320
- Higiene industrial, 561
- Hipótesis, formulación de, 417, 425



- Hogue y Gorton, acerca de la asistencia social, 81-82
- Holones, 5, 25, 36
- Hospitalización antenatal, respuestas a la, 454-460
- Humanos  
conceptos de los, 163-168  
futuro de los, 168  
naturaleza de los, 4-5
- Illich, su concepto sobre la salud, 17-18
- Implementación del programa,  
propósito de la, 397
- Inautenticidad, 171
- Inmunidad, concepto de, 325
- Integración, organizaciones y la, 253-254  
proceso de la, 25  
sistemas e, 119-121
- Intencionalidad, 99
- Interacción, patrones de, 41-42
- Interpretación, 100
- Intervención  
definición de la, 157  
enfoque de entorno para la, 304-307
- Interacción de sistemas, 124-132
- Intervención en la comunidad, modelos de, 384-390, 385c  
desarrollo de la comunidad, 385-387, 385c  
diseño estructural, 385c, 387-388  
distribución de poder, 385c, 388-389  
evaluación de resultados, 385c, 389-390
- Intervención organizacional, 265-273  
cambios estructurales, 265-267
- Intervenciones de enfermería  
base conceptual de las, 157-159  
cambio e, 5-63  
con las familias, 184-199  
con las organizaciones complejas, 240-274  
con los grupos, 201-238  
en las comunidades, 384-390. *Véase también.* Intervención en la comunidad  
en las crisis, 61-63  
manejo del conflicto, 272  
niveles de las, 143, 336c, 337  
proceso de las, 124-132  
entrenamiento, 268  
formación de equipo, 268-270  
mantenimiento de fronteras, 126  
marcos teóricos, 199  
negociación del rol, 270-272  
teoría de la comunicación y las, 195
- Intervenciones del proceso, 267-274
- Invalidez  
concepto de, 590  
demografía, 593
- Investigación, definición de, 414
- Investigación de enfermería  
aplicaciones de las computadoras, 296-297, 302  
necesidad de la, 390
- Investigación de la evaluación, 392-394
- James, su concepto sobre el sí mismo, 170
- Juego, jugar el, 259-262
- Juegos sociales, 259-262
- Klein, cambio e influencias en él, 54-55
- Koestler, sobre los holones, 5
- Kübler-Ross, procesos de, sobre la pérdida, 58
- Leininger, enfoque transcultural de, estudio de caso, 358-359
- Lewin, fases de, en el cambio, 55
- Liderazgo  
autoritario, 228  
compartido, 528-530  
democrático, 228  
estilo de, 227-229  
funciones, 229-230  
grupos y, 226-230  
laissez-faire, 228  
modelo tridimensional, 229
- Linton, concepto de, sobre el rol, 174
- Literatura, revisión de la, investigación y, 417, 424
- Luft, modelo de autoconciencia, 172
- Macrosistema, 298
- Maltrato infantil, 605-608  
abandono físico y, 610c  
conducta de los padres y, 607  
conducta infantil y, 607

- e intervención de enfermería, 608-609, 610c, 612-615
- estudios de caso, 614-617
- emocional, 610c
- factores que contribuyen al, 606-608
- físico, 538c
- historia familiar y, 606
- indicadores de la conducta del, 610c-611c
- sexual, 611c
- y diagnóstico de enfermería, 608-609
- y objetivos de enfermería, 609-612
- valoración de enfermería, 608-609
- Manejadores de casos, calificaciones para los, 530-533
- Marco conceptual de la enfermería, desarrollo del
  - estudio de caso, 433-450
  - uso de cuestionarios, 437
- Marco teórico, formulación del, 418-419, 425
- Mead, concepto de, sobre el rol, 174
- Mecanismo de retroalimentación, 128-129
- Médicos ocupacionales, 561-562
- Meleis, concepto de, sobre el rol, 176
- Mesosistema, 297
- Metacomunicación, 194
- Metas, solución de problemas y, 105
- Microcomputadoras, práctica de enfermería y, 707
- Microsistema, 297
- Migraña, etiología de la, 485-487
- Miller, sobre la retroalimentación, 30
- Minicomputadoras, práctica de enfermería y, 706-707
- Modelado de sistemas, aplicación de computadoras, 714
- Modelo biomédico
  - alternativas para el, 17-18
  - definición de, 17
- Modelo de adaptación de Roy, 162
- Modelo de autocuidado de Orem, 162
- Modelo de evaluación de enfermería, 393, 393f
  - aplicación del, 395-399
  - certificación del programa, 398-399
  - implementación y mejora del programa, 397-398
  - planificación del programa, 396-397
  - valoración de sistemas, 395-396
  - principios del, 394
- Modelo de identificación
  - aplicación del, 476-480
  - para los problemas de salud, 472-477, 474c-475c
- Modelo de sistemas de Neuman, 162
- Modems, práctica de enfermería y, 707
- Modos transaccionales, 26-27, 121-122
  - coerción, 27, 121
  - de equipo-cooperativo, 26, 121
  - Gemeinschaft, 26, 122
  - legal-burocrático, 26, 121
  - regateo, 26, 121
- Módulo computadorizado del cuidado del paciente, necesidades cubiertas por el, 710
- Mortalidad infantil, metas para su reducción en 1990, 12
- Muerte, causas primarias de, potencial de prevención de las, 321
- Naturaleza humana, 165-166
- Necesidades de prevención, identificación de las, 474, 476
- Necesidades de salud, identificación de las, 472
  - poco convenientes, problemas que surgen de las 473
- Negantropía, 28
- Negociación, como destreza de enfermería, 148, 152c
- Negociación de rol, como destreza de enfermería, 148-149
- Niños, muertes de los, meta para su reducción en 1990, 13
- Normación, 109-110
- Normas, 43, 44f
  - individuo, 44f
  - roles y, 44f
- Occupational Health and Safety, la legislación y la, 549c *Véase también* OSHA
- Occupational Healthy Nursing, 560
- O'Neill, sobre la crisis, 59
- Orden segundo, cambio de, 129
- Organización compleja. *Véase también* Organizaciones complejas
  - comunidades, 47

- como sistemas sociales, 46-48
- sociedades, 48
- Organización social, 35-36
  - contexto interaccional de, 37-39, 37f
  - definición de, 36
  - orígenes de la, 39
  - principios de la, 40-42
    - asignación, 40-41
    - integración, 41-42
- Organizaciones complejas
  - definición de, 240
  - elementos estructurales de las, 242-264
  - estilo de vida de las, 251
  - filosofías de las, 247-250
    - cambios en las, 266
  - fronteras de las, 247
    - cambios en las, 266
  - intervenciones de enfermería
    - en las, 240-274
  - modelo de valoración, 242-263
  - organigrama, 246-247, 246f
  - procesos organizacionales, 251-254
  - subsistemas de las, 245-247
  - tipos de, 243-245
- Orientación de valor, 166-167
- OSHA, 550-555, 551c
  - facultades otorgadas por la, 551c
- Otro del rol, 214, 216
- Pan American Health Organization (PAHO), 16
- Parsons, definiciones de, sobre la sociedad, 288
- Patrones de participación para el cuidado de salud, 480-483
  - tipos de, 480-483
    - auxiliar, 482
    - colaboración, 482
    - consultiva, 481
    - de cuidado primario/referencia, 480
    - de equipo, 482
    - de mutualidad, 483
    - educacional, 481
- Patrones de salud, tipología, 123-124, 123c
- Patterson, sobre el proceso de enfermería, 7
- Peplau, conceptos de enfermería de, 23
- Percepción, como proceso, 98-99
- Pérdida
  - etapas de la, 454-457
  - teoría de la, 454-457
- Pérdida, proceso de la, 58
- Persistencia, cambio y, 50-56
- Perspectiva de entorno
  - diagnóstico/análisis y, 306
  - ejemplo clínico, 307-309
  - evaluación y, 307
  - intervención y, 306-307
  - valoración y, 304-305
- Perspectiva de sistemas para la enfermería, 378-379
  - componentes de la, 115-138
  - modelo de, 116f
- Población blanco, identificación de la, 421, 427-428
- Población en riesgo
  - identificación de la, 473
  - migraña y, 488
- Posición
  - roles y, 45f
  - sistemas sociales y la, 45-46, 45f
- Postnormación, 109
- Práctica de enfermería
  - aplicaciones de las computadoras en la, 709-712
  - destrezas básicas, 95-113
  - destrezas de cambio para la, 140-154.
    - Véase también.* Destrezas de cambio
  - enfoque de abogacía, 400-412
  - enfoque de comunidad, 377-390
  - enfoque de entorno, 293-309
  - enfoque de estilo de vida, 343-355
  - enfoque de investigación, 416-430
  - enfoque de sistemas, 115-138
  - enfoque epidemiológico, 324-340
  - enfoque evaluativo, 392-399
  - enfoque preventivo, 313-322
  - enfoque transcultural, 357-375
  - enfoques sistemáticos, 291-412
  - naturaleza de la, 749-750
  - paradigmas nuevos en la, 351-355
  - sistema de los procesos, 153f
  - teoría de sistemas y la, 30-32
- Prenormación, 109
- Prevención
  - niveles de, 319-320
  - rol de la enfermería en la, 322

- Prevención primaria, 319
- Prevención secundaria, 319
- Prevención terciaria, 319
- Procesadores centrales, práctica de la enfermería y, 705
- Proceso
  - definición de, 24
  - naturaleza del, 95-96
- Proceso de enfermería, definición del, 7
- Proceso de la investigación, 414-415
  - pasos en el, 415
- Proceso de sistemas, 25-27
  - adaptación, 117-119
  - estado del, 28
  - integración, 119-120
  - mantenimiento de fronteras, 27-28
  - rendimiento, 208
  - retroalimentación, 30
  - toma de decisiones, 121-124
- Procesos organizacionales
  - adaptación, 252
  - coalición-formación, 258-262
  - compromiso, 262-264
  - comunicación, 256-258
  - integración, 253
  - toma de decisiones, 254-256
  - tratamiento de la información, 256
- Procesos, sistemas de los, 153f
- Programas de visitas domiciliarias
  - admisión del cliente, 527-528
  - metas de los, 526
  - participación de las estudiantes en los, 533-534
- Promoción de la salud, etapas de la, 345-348
- Proyecto de la investigación, desarrollo del
  - enunciado de los problemas, 416-417
  - estudio de caso, 419
  - formulación del marco teórico, 418-419
  - objetivos de la formulación de la hipótesis, 417
  - revisión de la literatura, 417
- Recompensas, distribución de, 41
- Reconciliación, como destreza de enfermería, 151-152, 152c
- Recursos, distribución de los, 41
- Red personal, 73
- Redes sociales
  - definición de, 1, 73-74
  - salud y, 82
- Regateo, 28
- Relaciones líder-miembros, 230
- Relaciones sociales, provisiones de, 71c
- Relativismo cultural, práctica de enfermería y, 367-368
- Rendimiento, 27, 208
- Renovación organizacional, como intervención de enfermería, 273
- Retroalimentación, 100
  - sistemas y, 30
- Reversión cultural, 367
- Rogers, concepto de, sobre el sí mismo, 170
- Rol(es)
  - complementario, 188
  - componentes del, 188
  - concepto de, 187
  - dimensiones normativas, 176
  - distribución de, 40-41
  - estudio del, 175-176
  - implicaciones de enfermería del, 177-181
  - individual, 181
  - perspectiva funcionalística, 176
  - perspectiva simbólica interaccionista, 176
  - posición y, 175
- Roles familiares, 187-189
- Salida
  - como proceso de sistemas, 27
  - proceso, 208
- Salida de sistemas, evaluación de sistemas y, 138
- Salud, enfoques para la, 6-8
  - definición de, 5, 314-316
  - informe del Surgeon General sobre, 12
- Salud mental, enfermería distributiva y, 541-544, 543f
- Salud ocupacional, la práctica de la enfermería en la, 546-571
- Salud y seguridad ocupacionales, programas fuera de terreno, 563
- Sarbin, concepto de, sobre rol, 174
- Schein, modelos conceptuales de, sobre cambio planificado, 53
- Selección de canal, 100
- Seyle, enfoque sobre el estilo de vida, 489-493

- Shock cultural reverso, 367
- Sí mismo, concepto del, 168-173
- Sí mismo existencial, 171  
implicaciones de enfermería, 177-181
- Síndrome del shock cultural, 365-367  
fases del, 365
- Sistema blanco, 25
- Sistema de cuidado de salud, naturaleza del, 746-749
- Sistema de mantenimiento de salud (HMO), descripción del, 535-537  
enfermería distributiva en el, 537-541  
práctica de la enfermería en el, 535-545
- Sistemas  
abiertos, 24  
características de los, 645-646  
definición de, 116  
estructura de los, 24  
ordenación jerárquica, 24  
procesos de supervivencia de los, 117  
vivos, 24
- Sistemas abiertos, 24
- Sistemas de la familia, conceptos de los, 185-186
- Sistemas humanos, tipos de, 157
- Sistemas sociales  
clases de, 46-48  
definición de, 42-43  
elementos estructurales, 43-46  
normas, 43, 44f  
posición, 45-46  
rol, 44f, 45  
jerarquía de los, 35-36, 35f
- Sistemas vivos, 24
- Socialización, 187  
en las comunidades, 287  
grupos y, 224-225  
profesional, las enfermeras y la, 737-738
- Social Readjustment Rating Scale, 67
- Sociedad  
como sistema, 288  
definición de, 34, 288
- Sociedades como organizaciones complejas, 48
- Solución de problemas  
etapas de la, 105  
proceso de la, 105-109
- Standard Industrial Codes, lesión relacionada con el trabajo y, 557-559
- Supervisión, como destreza de enfermería, 146-147, 152c
- Suplementación del rol, 177
- Surgeon General's Report on Health Promotion and Disease Prevention, 12
- Surgimiento de la conciencia de sí mismo, la valoración como, 125
- Teoría de sistemas  
características de, 24-25  
definición de, 24-25  
práctica de la enfermería y la, 30-32
- Teoría de la comunicación y la, 193-195  
intervenciones de enfermería basadas en la, 195
- Teoría de la crisis, 195-196, 460-461  
conceptos de la, 460-461
- Teoría del aprendizaje social, 197-198
- Teoría del desarrollo, las familias y la, 191-193
- Teoría del germen, 325
- Teoría del intercambio, conducta organizacional, 382-383
- Teoría del rol, 187-189  
estudio de caso, 189  
familias y la, 186-188
- Teoría general de sistemas, 23-32  
definición de la, 23
- Terapia familiar en el hogar, 511-521  
desventajas de la, 519-521  
estudio de caso de, 521-523  
resistencia a la, 520  
rituales y, 518-519  
ventajas de la, 513-519
- Thompson y McEwen, maneras de mantenimiento, 28
- Toma de decisiones, 129-132  
contexto y, 722-723  
educacional  
claustro de profesores y, 727-729  
clientes y, 733  
comunidad y, 733  
currículum y, 729-731  
instalaciones clínicas y, 731-732  
los estudiantes y la, 724-727

- modelo para la, 720, 720*f*
  - proceso de la, 733
- entrada, 723-733
- factores que influyen en la, 383-384
- organizaciones y la, 254-256
- proceso de la, 25, 129-132
- sistemas y, 121-124
- tipo de organizaciones y la, 254
- valoración de la, 122-123
- Tonnies, tipología para la comunidad, 278
- Totalidades, 24
- Trabajadores migratorios
  - condiciones de vida de los, 576-577
  - intervenciones de enfermería con los, 573-585
  - necesidades de cuidado de salud de los, 579-581
  - servicios de cuidado de salud para los, 581-584
  - socialización entre los, 577-579
  - y lugar de trabajo, 574-576
- Transacciones de rol, 127-128
- Tratamiento de la información, las organizaciones y el, 256
- Triangulación, 403
- Triángulo epidemiológico, 325
- Valoración de sistemas, 394-396
  - proceso de la, 116-124
- Valoración, enfoque de entorno para la, 304-306
- Valuación
  - etapas de la, 112-113
  - proceso de la, 112-113
- Variables culturales, 37-38
- Variables de la investigación
  - dependientes frente a independientes, 420
  - operacionalización de las, 420-421, 426
  - selección de las, 420, 426
- Variables personales, 37-38
- Variables situacionales, 39
- Vickers, sobre la retroalimentación, 30
- Víctima propiciatoria, 225
- Vida de la familia, etapas cronológicas de la, 191
- Violencia doméstica, estadísticas sobre, 605
- Violencia familiar, historia de la, maltrato infantil y, 606-608
- Walkup, sobre la crisis, 59, 60*c*
- World Health Organization, definición de salud, 314
- Zderad, sobre el proceso de enfermería, 7

"Este libro está especialmente destinado a los estudiantes de ciencias de la salud de América Latina y se publica dentro de los programas de educación de la Organización Panamericana de la Salud, organismo internacional constituido por los países de las Américas, para la promoción de la salud de sus habitantes. Se deja constancia que este programa está siendo ejecutado con la cooperación financiera del Banco Interamericano de Desarrollo".