



**UNIVERSIDAD DE LA REPÚBLICA
FACULTAD DE ENFERMERÍA
CÁTEDRA DE ENFERMERÍA COMUNITARIA**

**PERCEPCION DEL APOYO FAMILIAR
QUE TIENEN LOS USUARIOS CON
ENFERMEDAD CRONICA NO TRASMISIBLE
QUE CONCURREN AL GRUPO ODH DE UN
CENTRO DE ATENCIÓN DEL PRIMER
NIVEL**

Autoras:

Sandra Labrea
Yanny Rodríguez
Laura Sánchez
Magdalena San Martin
Silvia Satorno

Facultad de Enfermería
BIBLIOTECA
Hospital de Clínicas
Av. Italia s/n 3er. Piso
Montevideo - Uruguay

Tutoras:

Prof. Agda. Lic. Esp. Ana Correa
Prof. Agda. Lic. Esp. Esther Lacava

Montevideo, 2013

DEDICATORIA

Dedicamos este trabajo a Savina, Jairo, Irina, Carlos, Carolina, Antonella, Danny, Yenka, Frederick: nuestros hijos que han participado de manera silenciosa con su paciencia en esta trayectoria.

A Juan, que desde el primer momento ha apoyado nuestro modo de obrar y participado de manera activa en todo el quehacer del grupo.

AGRADECIMIENTOS

A la vida por darnos la oportunidad, al destino por juntarnos en la vida,
a la Universidad de la República y la Facultad de Enfermería por formarnos.

A las/los docentes, que han forjado nuestro crecimiento académico.

A las tutoras, por enseñarnos a comprender la trascendencia de la investigación.

Al Centro de Salud por permitirnos participar en el grupo de ODH, a su directora y los integrantes del equipo asistencial.

A los usuarios que desinteresadamente participaron en la investigación.

A nuestras familias que han sabido comprender, aceptar y han acompañado anónimamente esta transición en nuestras vidas.

A todos ellos muchas gracias.

INDICE

1	Resumen.....	pág	4
2	Introducción.....	pág	5

3	Fundamentación, antecedentes.....	pág	7
4	Justificación del estudio.....	pág	11
5	Objetivo general.....	pág	12
6	Objetivo específico.....	pág	12
7	Marco teórico.....	pág	13
8	Diseño metodológico.....	pág	30
9	Aspectos éticos.....	pág	33
10	Definición y operacionalización de variables.....	pág	33
11	Presentación de resultados.....	pág	40
12	Análisis.....	pág	52
13	Conclusiones.....	pág	54
14	Sugerencias.....	pág	55
15	Referencias bibliográficas.....	pág	56
16	Anexos.....	pág	59

RESUMEN

El siguiente trabajo de investigación tuvo como objetivo conocer la percepción del apoyo familiar que tienen los adultos afectados por enfermedades crónicas no trasmisible que participan del grupo ODH (obesidad, diabetes, hipertensión), de un centro de salud de la ciudad de Montevideo , perteneciente a la Red del Primer Nivel de Atención Metropolitana (RAP) de ASSE, en octubre de 2013. La población estuvo conformada por catorce usuarios que aceptaron participar.

Se realizó un estudio de tipo descriptivo, de corte transversal. Para esto se caracterizó a la población a través de las variables sexo, edad, integrantes del hogar, situación laboral, nivel de estudios más alto alcanzado en la educación formal, diagnóstico médico por el cual integra el grupo ODH. Para cuantificar el apoyo familiar se utilizaron cinco dimensiones que fueron: ayuda material, acompañamiento, interacción (influencia recíproca; acción de unos sujetos sobre otros), afectividad y comunicación.

La percepción del apoyo familiar se midió mediante dos preguntas una cerrada (con varias opciones de respuesta, donde una es excluyente de otra), de tipo politómica (con varias alternativas de respuesta donde el encuestado escoge una), y otra abierta.

Para la recolección de datos, se utilizaron dos instrumentos elaborados por el grupo de investigadoras y el método para la recolección de datos fue la encuesta.

Se encuestaron catorce usuarios con enfermedad crónica no trasmisible que concurrieron al grupo ODH los días 30 de setiembre y 7 de octubre del presente año. Según los datos obtenidos en la encuesta, la sumatoria de las distintas dimensiones que componen el apoyo familiar, da como resultado que ocho usuarios, están medianamente apoyados. Con respecto al acompañamiento e interacción, más de la mitad de los usuarios, manifiestan conformidad con las acciones de la familia.

Al hacer referencia a la afectividad y comunicación, la mayoría manifiesta siempre recibir manifestaciones de afecto y tener buena comunicación con el grupo familiar y que siempre la familia participa y se preocupa por su salud.

Palabras clave: Enfermedad Crónica No Trasmisible; Percepción; Apoyo Familiar

INTRODUCCION

El siguiente trabajo fue realizado por un grupo de estudiantes de la Facultad de Enfermería en el marco del Trabajo Final de Investigación con la finalidad de obtener el título de Licenciadas en Enfermería.

El tema propuesto por la Cátedra de Enfermería Comunitaria fue “Atención a la salud familiar a las enfermedades crónicas no trasmisibles (ECNT), obesidad, diabetes e hipertensión (ODH)”.

El planteamiento del problema surge a partir de la búsqueda de material donde se observó que la mayoría de los estudios realizados, se orientaban todos, al tratamiento, prevención de factores de riesgo, educación de las enfermedades y a partir del mismo surgió la pregunta problema “*Cómo percibe el apoyo familiar un usuario adulto afectado por enfermedades crónicas no trasmisibles, que concurre al grupo de Obesidad, Diabetes e Hipertensión*”

(ODH), de un Centro de Salud perteneciente al sector público, en Montevideo el 30 de setiembre y el 7 de octubre del año 2013?

Referente a la percepción del apoyo familiar que tienen los usuarios con enfermedad crónica no trasmisible, se encontró un trabajo realizado en la Universidad Autónoma de Nuevo León, España, titulado “Percepción del apoyo familiar por el paciente diabético”, del año 1995, por Adriana González Rodríguez, que ha servido de base para nuestro estudio.

Se elaboró además un marco teórico con conceptos de familia, roles y funciones de la familia, atención primaria, enfermería comunitaria, enfermedades crónicas no trasmisibles, entre otros.

A modo de ilustrar nuestro trabajo podemos decir que las enfermedades crónicas son un grave problema de salud en prácticamente todos los países del mundo ya que constituyen una de las principales causas de incapacidad, las que generan alteraciones en el desarrollo y funcionamiento del adulto. Son de interés de la salud pública por afectar a un grupo importante de la población.

Esta situación es un grave problema que debe abordarse desde el primer nivel de atención, dado que es allí que recurre el usuario que sufre o está en riesgo de sufrir enfermedades crónicas no trasmisibles y donde se detectan y controlan las mismas; es frecuente encontrar que estas enfermedades afecten el cumplimiento de las actividades de la vida diaria de los usuarios, quienes requieren de un apoyo constante por parte de los integrantes de la familia o de un profesional de enfermería o de salud.

El tipo de apoyo que requiere el usuario, dependerá del requerimiento de sus necesidades, es entonces cuando la familia juega un papel decisivo en el tratamiento de ese usuario. Para controlar las enfermedades crónicas no trasmisibles, los usuarios deben generar cambios.

La enfermera, quien focaliza la promoción de la salud, la prevención de las enfermedades y sus complicaciones, desempeña un papel importante en la atención que requieren estos usuarios, principalmente para disminuir los riesgos, mantener bajo control la enfermedad y disminuir las complicaciones.

Partiendo de la base que el “*apoyo*” es una de las funciones básicas de la familia, hemos considerado llevar a cabo esta investigación para conocer la percepción del apoyo familiar que tienen los usuarios afectados por enfermedad crónica no trasmisible.

Como objetivo general se planteó lo siguiente: Conocer la percepción del apoyo familiar, que tienen los adultos afectados por enfermedades crónicas no trasmisible que concurren al grupo de Obesidad, Diabetes e Hipertensión (ODH) de un Centro de Atención de Primer Nivel, en la ciudad de Montevideo, el 30 de setiembre y el 7 de octubre de 2013.

FUNDAMENTACION Y ANTECEDENTES

En los últimos años, la prevalencia de las Enfermedades crónicas no Transmisibles (ECNT), ha aumentado en forma sustancial tanto en países desarrollados como en los que están en vías de desarrollo.

En Uruguay las enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT) han ido adquiriendo prevalencia en aumento, siendo la mayor causa de morbilidad, mortalidad, discapacidad y una importante carga económica. (1)

De esto se desprende que la atención a la salud debe orientar sus cuidados a las personas y al medio ambiente. Los cambios en las necesidades y demandas de la población han obligado a la introducción de modificaciones en las políticas de salud y en la gestión de los servicios. (2)

Una de las formas organizativas de la atención que enfoca las necesidades de la salud de la población, es lo que se define como: Nivel de Atención, un instrumento de implementación en el que hay racionalización de servicios que se otorga escalonadamente, identificando recursos, necesidades y aspiraciones dentro de una región o comunidad. (3)

El perfil nutricional que elaboró el Ministerio de Salud Pública destaca problemas nutricionales por exceso, fundamentalmente la obesidad; como una enfermedad que no distingue clases sociales. Esta enfermedad está íntimamente ligada al aumento de enfermedades crónicas relacionadas al comportamiento en la alimentación como son la diabetes, enfermedades cardiovasculares, osteoporosis, etc. (4)

La encuesta Nacional de Factores de Riesgo de Enfermedades Crónicas revela que el 60% de la población tiene sobrepeso u obesidad. Hay evidencia además de la significación para Hipertensión Arterial, Diabetes Tipo II y cardiopatías isquémicas a partir de 88cm de cintura para las mujeres y 102cm para los hombres. (5)

(1), (2), (3), (4), (5): Guías de práctica clínica de hipertensión y diabetes mellitus tipo 2 para el primer nivel de atención. Manual de recomendaciones para implementar grupos de pacientes obesos, diabéticos e hipertensos en la Red de Atención del Primer Nivel de ASSSE; Noviembre 2010)

El género delimita campos de acción para cada sexo en el que se construye la subjetividad de la persona, es una construcción social impuesta por el cuerpo sexuado.

En las mujeres, se generan situaciones puntuales de salud que se relacionan con su situación cultural, que parten de la educación que tuvo en la familia y la escuela, generalmente basadas en el cuidado de la casa y su familia, el “destino de ser madres” y el trabajo invisible, eso implica que preponderen la baja autoestima y tendencias a la depresión y estrés vinculado al desempeño de los roles tradicionales. En la Encuesta Nacional de Factores de Riesgo, se pudo detectar que existen un 6,2% de mujeres diabéticas diagnosticadas contra un 3,7% de hombres (1)

En los varones también se presentan comportamientos vinculados con su formación como tales, pues fueron educados para llevar el sustento al hogar y soportar el dolor, no consultan habitualmente al médico ni se realizan controles en salud por lo que son mas propensos a contraer enfermedades no trasmisibles. Dentro de los varones se encuentra el mayor índice de suicidios y accidentes de tránsito, suelen ser victimarios de violencia doméstica y tiene menor esperanza de vida. (2)

Respecto a las tasas de mortalidad cardiovascular cada sexo se comporta diferente: es mayor en los varones que en las mujeres. Ante estas desigualdades se ha hecho necesario que los equipos de salud en el primer nivel de atención incluyan el enfoque de género para abordar cualquier problemática. La reforma del sistema de salud está trabajando a través de Programas Prioritarios basados en estrategias de Atención Primaria de Salud. (3)

Es así que desde el Programa Nacional de salud de la Población Adulta y el Programa Nacional del Adulto Mayor (**Anexo III, a**) se propone estimular la atención de Enfermedades prevalentes, dando además cumplimiento a la normativa de la Dirección Nacional de la Salud que establece normas para evaluar las metas en relación a la Hipertensión Arterial y la Diabetes. (4)

(1), (2), (3),(4) Guía de práctica clínica de hipertensión y diabetes mellitus tipo 2 para el primer nivel de atención. Manual de recomendaciones para implementar grupos de pacientes obesos, diabéticos e hipertensos en la Red de Atención del Primer Nivel de ASSSE; Noviembre 2010)

El 70% de las muertes ocurridas en Uruguay se deben a enfermedades crónicas no transmisibles (ECNT), según datos epidemiológicos del MSP.

La 1ª Encuesta nacional de factores de riesgo de ECNT realizada por MSP, Abril 2008, da cuenta de un alto porcentaje de incidencia de los factores de riesgo hacia las ECNT. Y que dentro de los factores de riesgo existen factores conductuales.(1)

“La familia es un grupo solidario donde el status, los derechos y las obligaciones se definen con base en la pertenencia a ella y por las diferencias secundarias de la edad, sexo, vinculación biológica y social. En la familia se busca satisfacción de las necesidades afectivas, de seguridad y correspondencia emocional adecuada a sus miembros e influye en la conformación del género, creencias, valores, funciones, actitudes y aptitudes de cada uno.”(2)

“En la actualidad, se viven cambios fundamentales dentro de las causas de muerte; de hecho, han disminuido notablemente los decesos por enfermedades infecciosas y parasitarias y se han incrementado aquellos por enfermedades crónico-degenerativas y violentas. Ante una enfermedad crónico-degenerativa, la familia entera o algunos de sus integrantes se ven seriamente afectados.”(3)

“La familia se convierte así en la principal red de apoyo para el paciente (Barra, 2003), que a la vez influirá en las estrategias de afrontamiento que adopte el enfermo (Alvarez, Ríos y Rodríguez, 2006; García y Calvense, 2008; Martín y Sánchez, 2003; Reyes, Garrido y Torres, 2001).”(4)

Un trabajo realizado en la Universidad Autónoma de Nuevo León, España, titulado “Percepción del apoyo familiar por el paciente diabético” en el año 1995, por Adriana González Rodríguez, concluye:

“Con respecto al apoyo familiar percibido resultó tener una influencia significativa para que el paciente diabético se mantenga controlado y no requiera de una amputación por complicación, por lo que se aprueba la hipótesis de que existe relación entre el apoyo familiar percibido y el riesgo de amputación”.

(1): http://www.msp.gub.uy/ucepidemiologia_2894_1.html
(2),(3), (4) Psicología y Salud, Vol. 20, Núm. I: III-117, enero-junio de 2010

“Los resultados positivos acerca del apoyo familiar percibido refuerzan la importancia del rol de la familia en cuanto al cuidado a la salud, y puede este enfatizarse en el autocuidado terapéutico en los aspectos de: control de la enfermedad, prevenir y compensar limitaciones y promover el bienestar”.

“Se cuenta con la norma que se establece en el programa Nacional de Prevención y control de Diabetes, pero se puede reenfocar el apoyo de la familia para lograr una cobertura más eficaz. Además es congruente decir que la familia puede ser una fuente principal de apoyo para ayudar al paciente para cumplir con las demandas de autocuidado terapéutico que le genera su enfermedad y de este modo aprovechar este recurso tan importante para el cuidado a la salud ya que como se mencionó tiene los mismos hábitos y costumbres que su familiar enfermo. La familia puede lograr una mejor respuesta en el paciente sobre su tratamiento.”⁽¹⁾

Las enfermedades crónicas no transmisibles no sólo serán la principal causa de discapacidad en todo el mundo en el año 2020, sino que también se convertirán en los problemas más costosos afrontados por los sistemas de atención de salud. En este sentido, plantean una amenaza para todos los países desde un punto de vista de salud y económico.
(2)

Las razones que se mencionaron anteriormente justifican plenamente, a nuestro entender, explorar la participación que la familia tiene con el usuario con enfermedad crónica no trasmisible, ya que los hábitos y costumbres son comunes en todos los integrantes e influyen directamente para que el usuario cumpla con su tratamiento.

La finalidad del presente estudio es conocer *como percibe el* apoyo familiar el usuario con enfermedad crónica no trasmisible sobre la demanda de cubrir sus necesidades.

(1) "Percepción del apoyo familiar por el paciente diabético"; González Rodríguez, Adriana; Universidad Autónoma de Nuevo León; España, 1995.

(2): Según publicación "Fundamentos de Salud Pública", Horacio Luis Barragán, capítulo 10: "Enfermedades crónicas no trasmisibles: el desafío del siglo XXI" escrito por Adriana Moiso; Argentina, 2008.

JUSTIFICACION DEL ESTUDIO

La investigación se centró en el análisis de la percepción del apoyo familiar que tienen los usuarios con enfermedades crónicas no trasmisibles. Se incluyeron variables que miden actitudes la familia de los usuarios que concurren a un Centro de Salud del Primer Nivel de Atención y participan del grupo ODH.

Se considera que el apoyo familiar es elemento imprescindible para evitar riesgos y prevenir complicaciones en las enfermedades y que *"el licenciado en Enfermería Comunitaria tiene como objeto a la comunidad global, y sus acciones están dirigidas a la población como un todo. En su ejercicio integra los conceptos y métodos de las críticas de la salud pública y de la enfermería para promover, proteger, prevenir, mantener y restaurar la salud de la comunidad. El objetivo de su trabajo será lograr involucrar a las personas, como miembros que se forman en una familia y pertenecen a una comunidad, en el desarrollo de proyectos relacionados con la salud y el bienestar de la población , como ser el desarrollo de las actitudes personales para tomar decisiones saludables y soportar y transformar presiones negativas sobre la salud".* (1)

Por lo antes dicho es necesario realizar investigaciones para conocer la magnitud del problema con el fin de lograr una correcta focalización de programas educativos y difundir de manera adecuada la información.

La pregunta problema de esta investigación fue la siguiente:

Cómo percibe el apoyo familiar, un usuario adulto afectado por enfermedades crónicas no

trasmisibles, que concurre al grupo de Obesidad, Diabetes e Hipertensión (ODH), de un Centro de Salud de Primer Nivel, perteneciente al sector público, en Montevideo, el 30 de setiembre y el 7 de octubre del año 2013?

(1) “Barreras que inciden en los hábitos alimentarios saludables en estudiantes de Facultad de Enfermería generación de ingreso año 2009”; Alegre, Pablo Br. Castillo, Nelly Br. Coito, Daniel Br. Fernández, Verónica Br. Pimentel, Anahi Montevideo, Diciembre 2010.

OBJETIVO GENERAL

Conocer la percepción del apoyo familiar, que tienen los adultos afectados por enfermedades crónicas no transmisibles que concurren al grupo Obesidad, Diabetes e Hipertensión (ODH) del Centro de Atención de Primer Nivel perteneciente al sector público, en la ciudad de Montevideo, el 30 de setiembre y 7 de octubre de 2013.

OBJETIVOS ESPECIFICOS

- Caracterizar al usuario con enfermedad crónica no transmisible en relación al sexo, edad, composición del hogar, nivel de estudios más alto alcanzado en educación formal, situación laboral, diagnóstico médico por el cual integra el grupo ODH.
- Conocer la percepción del apoyo familiar de los usuarios adultos, afectados por enfermedad crónica no transmisible

MARCO TEORICO

ATENCION PRIMARIA DE SALUD

“El concepto tradicional de atención primaria que se recoge en la Conferencia de Alma Ata de 1978 señala: *“es la asistencia sanitaria esencial basada en métodos y tecnologías prácticas, científicamente fundadas y socialmente aceptables, puesta al alcance de todos los individuos y familia de la comunidad*

Mediante su plena participación y a un coste que la comunidad y el país puedan soportar...”

“La atención primaria, como nivel, representa el primer punto de contacto individual y comunitario para atender tanto al individuo sano como enfermo haciendo hincapié en la prevención y promoción de salud potenciando la participación de la comunidad”.(1)

NIVELES DE ATENCION

La organización de la atención a la salud de la población, se encuentra relacionada al modelo conceptual y enfoque que se tenga del proceso salud-enfermedad. Según Lalonde si se definen los dos polos salud-enfermedad como un proceso de interrelación dinámica entre la persona y los diferentes factores que la determinan: biológicos, medio-ambientales, estilos de vida, servicios sanitarios, se puede apreciar que la orientación y organización de la atención a la salud es el componente de una cadena interactiva, que influye en el mismo proceso modificando a la persona y a los servicios sanitarios en una compleja interrelación. (2)

La salud de las personas no es posible alcanzarla con métodos basados sólo en la atención individual; se debe incluir lo colectivo en su dimensión bio-psico-social. Queda claro entonces, que los factores de salud deben actuar intersectorialmente, ya que la salud de la población forma parte del desarrollo humano. (3)

(1): "Enfermería comunitaria"; Capítulo 6: "Introducción a los factores determinantes de la salud y su influencia en los individuos y en la comunidad"; Rocca, Alfonso; Alvarez, Carlos; Editorial Masson; Barcelona; España

(2) Enfermería Comunitaria; Frías Osuna, Antonio; Masson SA; 2000; Barcelona, España

(3) : "Niveles de atención. Niveles de prevención" Departamento de Enfermería Comunitaria; Facultad de Enfermería; Prof. Lic. Esp Barrenechea, Cristina; Montevideo, octubre 2011

En la atención a la salud podemos distinguir: la atención al medio natural y social y la atención profesional entendida como el conjunto de acciones o servicios a disposición del individuo y comunidad, desarrollada por profesionales, técnicos y personal auxiliar de salud (atención realizada directamente a las personas). El desarrollo de una correcta atención se sustenta en un conjunto de principios universalmente aceptados: universalidad, oportunidad, eficacia, eficiencia, interdisciplinariedad e intersectorialidad, participación. (1)

Se define Niveles de Atención como una forma ordenada, estratificada de organización de los recursos para satisfacer las necesidades de una población. Escalones de complejidad en los que se organizan la actividad asistencial.

Habitualmente se consideran tres niveles de atención: primario, secundario y terciario. En un esquema de esa organización por medio de una pirámide, se ubica en su base al **primer nivel** de atención donde se atienden las necesidades y problemas mas frecuentes de la población. Es el conformado por los Centros de Salud, Policlínicas de la Intendencia Municipal de Montevideo, Policlínicas de la diferentes Instituciones privadas, ONG, Centros CAIF, etc. (2)

El **segundo nivel** está formado por los hospitales públicos y sanatorios privados con internación. Los hay simples, específicos y con especialidades (ginecología, pediatría, traumatología, oncología, etc.). (3)

En su vértice el tercer nivel atendiendo los problemas menos frecuentes y en el medio los padecimientos de carácter intermitente correspondiendo al segundo nivel. (4)

Estos niveles deben ser articulados en un verdadero sistema para actuar armónicamente en respuesta a las necesidades de salud planteadas en la población. Esto implica que el primer nivel esté en todas las comunidades y que existan las interconexiones que permitan el flujo de usuarios entre los niveles, en un contexto de Regionalización de servicios. (5)

Primer Nivel de Atención se define como la organización de los recursos que permiten resolver las necesidades básicas y/o más frecuentes en la atención de la salud de una población determinada y que deben ser accesibles a la población.(1)

ENFERMERIA COMUNITARIA

“La/el enfermera/o comunitario es la/el profesional responsable, que investigando en conjunto con la población conoce las necesidades de atención a la salud. Posee los conocimientos y habilidades técnicas, así como la actitud apropiada para atender, en los lugares donde viven, donde trabajan, donde estudian, donde se relacionan, o en las instituciones sanitarias cuando fuera preciso, desde una concepción de la o el enfermera/o como miembro de un equipo interdisciplinario donde trabaja en coordinación con otras instituciones y sectores, realizando las funciones de Asistencia, Docencia e Investigación fortaleciendo las capacidades de participación y creación de los propios involucrados.”(2)

LA ATENCION DE LA SALUD CENTRADA EN LA FAMILIA

“En 1976 la OMS definió a la salud de la familia como *un hecho que determina y está determinado por la capacidad de funcionamiento efectivo en esta, como unidad bio-social en el contexto de una cultura y sociedad dada*. Desde ese entonces quedó claro que es un concepto que trasciende el estado físico y mental de sus miembros y se refiere al ambiente sano para el desarrollo natural de los que viven en su seno.”(3)

“La salud de la familia va a depender de la interacción entre factores personales, (psicológicos, biológicos, sociales), factores propios del grupo familiar (funcionalidad, estructura, economía familiar, etapa de ciclo vital, afrontamiento a las crisis) y modo de vida de la comunidad y de la sociedad.”(4)

(1) : “Niveles de atención. Niveles de prevención” Departamento de Enfermería Comunitaria; Facultad de Enfermería; Prof. Lic. Esp Barrenechea, Cristina; Montevideo, octubre 2011

(2); Departamento de enfermería comunitaria; Enfermería Comunitaria-Profesionalización de Auxiliares de Enfermería; Prof. Adj (S) Alicia Guerra

(3),(4) : Actualización en salud comunitaria y familiar: “Herramientas metodológicas para el trabajo en primer nivel de atención”; Facultad de Enfermería; Departamento de Enfermería Comunitaria; Capítulo 7: “La atención de la salud centrada en la familia”; Menoni, Teresa; Lacava, Esther

“La salud de la familia se puede definir como *el resultado de la interrelación dinámica del funcionamiento de la familia*, sus condiciones materiales de vida y la salud de sus integrantes.”⁽¹⁾

“En la salud de la familia se resume el legado genético, psicológico, socio-histórico y cultural del ámbito de su existencia. No se refiere a la salud de cada uno de los integrantes de la familia, no es una condición que se alcanza por la suma de condiciones individuales y no equivale a la ausencia de enfermedad ni de problemas de salud en los miembros de la familia.”⁽²⁾

LA FAMILIA Y LA SALUD

Concepto de OMS/OPS:

Es el entorno donde se establecen por primera vez el comportamiento y las decisiones en materia de salud y donde se originan la cultura, los valores y las normas sociales.

La familia es la unidad básica de la organización social más accesible para llevar a la práctica las intervenciones preventivas, de promoción y terapéuticas.

Pero también es necesario entenderla como una unidad sanitaria ya que para el enfoque familiar la unidad de atención es la familia.

La desarticulación de esta unidad que practica el especialismo conforme otras fragmentaciones, impide muchas veces la correcta comprensión del caso y a veces quien consulta.

La familia es:

- una forma de organización grupal intermedia entre el individuo y la sociedad
- un subsistema social abierto en constante interacción con el medio natural y social de elementos interactuantes, de tal modo que el comportamiento de un elemento en cierta situación es diferente en otra situación. Si uno de los elementos se modifica se modifica el resto. La atención familiar supone un cambio táctico y una estrategia para que la atención se traslade del marco tradicional individual al familiar.⁽³⁾

(1), (2), (3): Actualización en salud comunitaria y familiar: “Herramientas metodológicas para el trabajo en primer nivel de atención”; Facultad de Enfermería; Departamento de Enfermería Comunitaria; Capítulo 7: “La atención de la salud centrada en la familia”; Menoni, Teresa; Lacava, Esther

Se debe entonces, acercarse a la familia y conocer:

- estructura y organización interna
- sus sistemas de comunicación
- pautas de comportamiento de sus miembros
- saber en que momento de su historia se encuentra
- a que elementos estresantes se ha visto sometida. (1)

Bozett, Leahey y Wrigth (1987), distinguen tres niveles de enfoque familiar:

- En el primer nivel las actividades de enfermería se dirigen principalmente a las necesidades inmediatas del paciente, las de los familiares, las ve de forma secundaria.
- En el segundo nivel, enfermería incluye a uno o más miembros de la familia en la planificación de las conductas del paciente.
- En el tercer nivel, las intervenciones y la evaluación de enfermería se dirige a la familia vista como unidad o sistema, ello implica una interacción con cada uno de sus miembros. Es considerado como el más idóneo para su aplicación ya que es el más completo. (2)

ROLES Y FUNCIONES DE LA FAMILIA

Las definiciones de *familia* son tan numerosas y diferentes como las diferentes formas de familia. Ha surgido un interés por la familia como unidad y el impacto que tiene ésta en la salud, valores y productividad de sus miembros individualmente. Respecto a *enfermería*, ese interés se ha reflejado en el surgimiento de la *enfermería centrada en la familia*, que considera la salud familiar como unidad independiente de la salud de sus integrantes individualmente.

Al pensar en familia, se viene a la imagen un padre, una madre y sus hijos: un niño y una niña a lo que se define como *familia nuclear*. Los parientes de las familias nucleares forman la llamada *familia extensa*. (3)

(1),(2) : Actualización en salud comunitaria y familiar: "Herramientas metodológicas para el trabajo en primer nivel de atención"; Facultad de Enfermería; Departamento de Enfermería Comunitaria; Capítulo 7: "La atención de la salud centrada en la familia"; Menoni, Teresa; Lacava, Esther

(3) : "Enfermería fundamental: conceptos, procesos y práctica"; Capítulo 28: "Salud familiar". Kozier, 4ta edición; tomo I; Edición Interamericana

El concepto familia se asocia a dos personas vinculadas directamente por matrimonio, sangre, nacimiento, adopción, pero se hace necesario ampliar el concepto para incluir los vínculos fuera de la ley o parentesco. Para flexibilizar el estudio de las familias, Friedman,

1981, pág 8, define así a la familia: “Una familia se compone de personas (dos o mas) que están emocionalmente relacionadas entre sí y que viven cerca unas de otras.” (1)

La familia es la unidad básica de la sociedad y sus roles principales son *proteger* y *sociabilizar* a sus miembros. La función mas importante es la de proporcionar apoyo emocional y seguridad a sus integrantes mediante el amor, la aceptación, el interés y la comprensión. El componente emocional es el que mantiene a las familias unidas y da a sus miembros un sentido de pertenencia y amistad. (2)

Según el Modelo circunflejo de adaptación (Olson), hay seis funciones básicas:

- **Ayuda**: Se proporciona ayuda a cada uno de sus miembros. Esto implica apoyo físico, social y emocional. Esto se materializa a través de estructuras organizadas de roles familiares interdependientes y está basado en las relaciones emocionales entre sus miembros. Gracias a este apoyo se pueden resolver situaciones conflictivas, momentos de crisis individual y colectiva.
- **Autonomía**: La familia establece independencia para cada miembro que le facilita crecimiento personal. Las familias hacen cosas juntas, pero hacen otras cosas de forma separada. Cada miembro de la familia tiene su personalidad que excede los límites de la familia, se generan mecanismos que marcan los límites entre dependencia e independencia
- **Reglas y normas**: Las familias las establecen para mantener cierto orden y armonía, en cierta forma determinan la conducta de sus miembros dentro del hogar. Estas normas se van creando por la propia convivencia y no son fáciles de identificar por la propia familia.

Estas normas facilitan las relaciones, identifican los papeles y afectan la autoridad y la toma de decisiones. . (3)

(1),(2) : “Enfermería fundamental: conceptos, procesos y práctica”; Capítulo 28: “Salud familiar”. Kozier, 4ta edición; tomo I; Edición Interamericana

(3): Actualización en salud comunitaria y familiar: “Herramientas metodológicas para el trabajo en primer nivel de atención”; Facultad de Enfermería; Departamento de Enfermería Comunitaria; Capítulo 7: La atención de la salud centrada en la familia; Teresa Menoni; Esther Lacava

- **Adaptabilidad y flexibilidad**: La familia es un grupo dinámico, que mantiene relaciones internas con los elementos que la conforman y externos con su entorno social, educacional y laboral. Los cambios a los que se somete pueden ser por cambios del entorno, es decir a acontecimientos estresantes (cambio de domicilio,

desempleo, etc.), o cambios en lo interno, como por ejemplo el paso de una etapa vital a otra (nacimiento del primer hijo).

- **Comunicación:** Es una función básica, ya que por ella es que se cumple el resto. La familia utiliza una diversidad de mensajes verbales y no verbales para transmitir apoyo, ayuda, autoridad, comprensión. Desarrollan un lenguaje propio, que puede ser incomprensible para algún ajeno.
- **Afectividad:** Es la relación de cariño y amor que existe entre los miembros de la familia.(1)

Cada familia establecerá un equilibrio entre las funciones, que satisfará las necesidades de cada miembro. Cualquiera de estas funciones puede ser alterada en un momento dado y provocar un desequilibrio, es aquí que aparece la comunicación como función central para establecer nuevamente el equilibrio y establecer los cambios. (2)

VALORACION DE LA SALUD EN LA FAMILIA

“La información recabada durante la valoración es esencial para planificar y poner en práctica la atención sanitaria en la familia como un todo o en cada uno de los miembros. La enfermera debe considerar un cierto número de factores cuando va a valorar a una determinada familia.” (3)

(1),(2) : Actualización en salud comunitaria y familiar: “Herramientas metodológicas para el trabajo en primer nivel de atención”; Facultad de Enfermería; Departamento de Enfermería Comunitaria; Capítulo 7: La atención de la salud centrada en la familia; Teresa Menoni; Esther Lacava

(3): “Enfermería fundamental. Conceptos, procesos y práctica” ; Kozier.; 4ta edición; Tomo I, Editorial Interamericana; Cap0itulo 28: “Salud familiar”

“Un método de valoración debería ser holístico, debería obtener información de una amplia variedad de características familiares, de creencias y de comportamientos. El método debe ser comprensible para la familia y para la enfermera (Speer y Sachs, 1985). Este debe incluir datos relevantes en lo que se refiere al aspecto clínico de la familia, información útil para el diagnóstico de enfermería y para la planificación de la atención que promueven la salud entre la familia.” (1)

El propósito es determinar el nivel de funcionamiento familiar, clarificar los patrones de interacción familiar, identificar los potenciales y debilidades de la familia y describir el estado de salud de la familia y sus miembros individualmente (Logan y Dawkins, 1986, pag. 185).” (2)

Una valoración general de la familia incluye:

- identificación de los miembros de la familia
- descripción del entorno vital
- estado de salud de los miembros de la familia
- estatus económico, incluyendo los seguros sanitarios y patrones de utilización de los cuidados de la salud
- creencias de salud y objetivos de la familia
- ocupación de los miembros de la familia
- nivel educativo y aspiraciones de la familia
- centros sociales y comunitarios utilizados por la familia
- patrones sociales de la familia

Una valoración general de la familia da una visión del proceso familiar y ayuda a la enfermera a identificar las áreas que necesitan valoración posterior.” (3)

“El *APGAR* familiar es un instrumento de detección selectiva que revela cómo perciben los miembros de la familia el nivel de funcionamiento de la unidad familiar como un todo (Smilkstein 1978).” (4).

(1): (2), (3), (4): “Enfermería fundamental. Conceptos, procesos y práctica” ; Kozier.; 4ta edición; Tomo I, Editorial Interamericana; Cap0ítulo 28: “Salud familiar”

“Preguntas abiertas valoran el funcionamiento familiar en las áreas de adaptación, compañerismo, crecimiento, cariño y resolución. La enfermera luego busca información sobre satisfacción familiar. La información obtenida proporciona datos básicos sobre el nivel de funcionamiento familiar y da a la enfermera una idea de que áreas necesitan una valoración más detallada y actuación, y sobre los potenciales de la familia que pueden movilizarse para resolver otros problemas familiares.” (1)

El cuestionario APGAR familiar - Family APGAR - (**Anexo III, b**); fue diseñado en 1978 por Smilksteinl para explorar la funcionalidad familiar. El acrónimo APGAR hace

referencia a los cinco componentes de la función familiar: adaptabilidad (adaptability), cooperación (partnership), desarrollo (growth), afectividad (affection) y capacidad resolutive (resolve). (2)

CICLO VITAL FAMILIAR (CVF)

Una vez conocida la estructura y las funciones de la familia, es importante identificar el Ciclo Vital Familiar (CVF).

Para llevar a cabo la identificación del CVF se utiliza un modelo de la OMS que ordena el ciclo familiar de la siguiente manera:

- Formación
- Extensión
- Extensión completa
- Contracción
- Contracción completa
- Disolución

En la fase de *formación*, un hombre y una mujer acuerdan vivir juntos, forman un nuevo grupo primario que cambia las relaciones anteriores. Cuando esperan el primer hijo, deberán adaptarse para dar respuesta a los nuevos problemas.

La fase de *extensión* comienza con el nacimiento del primer hijo lo que supone cambios en la pareja.(3)

(1) : “Enfermería fundamental. Conceptos, procesos y práctica” ; Kozier,; 4ta edición; Tomo I, Editorial Interamericana; Cap0ítulo 28: “Salud familiar”

(2);<https://www.google.com.uy/url?sa=t&rct=j&q=&esrc=s&source=web&cd=3&cad=rja&ved=0CDsQFjAC&url=http%3A%2F%2Feesfamsi.files>

(3) : Actualización en salud comunitaria y familiar: “Herramientas metodológicas para el trabajo en primer nivel de atención”; Facultad de Enfermería; Departamento de Enfermería Comunitaria; Capítulo 7: La atención de la salud centrada en la familia; Teresa Menoni; Esther Lacava

La fase de *contracción* es cuando los hijos emprenden su propio camino al abandonar el hogar.

Las fases de *contracción completa* y *disolución* es a lo que se llama nido vacío, la pareja se adapta a estar nuevamente sola. (1)

En cada etapa se detectan enfermedades de acuerdo a la edad, así como actividades y papeles que desempeñan sus miembros.

Las enfermedades prevalentes son:

- En la primera etapa: enfermedades genéticas, problemas sexuales, enfermedades del embarazo, depresión puerperal.

- En la segunda etapa: procesos agudos infantiles, abuso en la infancia, accidentes infantiles, retraso escolar.
- En la tercera etapa: enfermedades degenerativas, tumores, menopausia, hipertensión arterial, depresión, obesidad, diabetes.
- En la cuarta etapa: continúan las de la tercera etapa, úlcera, demencia, etc. (2)

ENFERMEDAD CRONICA NO TRASMISIBLE (ECNT)

Existe gran diversidad de enfermedades crónicas no trasmisibles, las que hacen referencia a trastornos orgánicos-degenerativos que obligan a modificar el estilo de vida de quien las padece y el de su familia. Estos trastornos es posible que persistan a lo largo del tiempo y potencialmente conduzcan a la muerte. (3)

Quien padece una enfermedad crónica sufre frustración y probablemente negación, mientras que su familia debe tomar decisiones importantes, deberá reorganizarse y replantearse metas, pues el tratamiento de la enfermedad involucra a la persona afectada y fundamentalmente a los demás integrantes de la familia (Reyes, 2007). (4)

(1),(2) : Actualización en salud comunitaria y familiar: "Herramientas metodológicas para el trabajo en primer nivel de atención"; Facultad de Enfermería; Departamento de Enfermería Comunitaria; Capítulo 7: La atención de la salud centrada en la familia; Teresa Menoni; Esther Lacava

(3), (4) : "Psicología y salud"; Vol. 20, Núm. 1: 111-117, enero-junio de 2010: "Cambios en la cotidianidad familiar por enfermedades crónicas"; Reyes Luna, Adriana; Garrido Garduño, Adriana; Torres Velázquez, Laura; Ortega Silva, Patricia; Facultad de Estudios Superiores Iztacala, Universidad Nacional Autónoma de Mexico; Mexico, 2009

El tratamiento y la buena evolución dependerá de la capacidad del personal de salud y de los familiares, que tendrán la responsabilidad de llevar a cabo el correcto tratamiento farmacológico, evitar complicaciones, concurriendo a la consulta, cumpliendo la dieta y la realización de actividad física.

Cuando la persona afectada no es tratada adecuadamente, y no se recupera, habrá que valorar las condiciones del entorno social y familiar. (1)

HIPERTENSION ARTERIAL

“La Organización Mundial de la Salud considera que la presión arterial elevada es la mayor causa de muertes en el mundo. Estudios evidencian que el descenso de las cifras tensionales en pacientes hipertensos evitan daños irreversibles vasculares, encefálicos, cardíacos, renales.”(2)

“Las enfermedades cardiovasculares son la primera causa de muerte. En el año 2007 totalizaron una tasa de 317,4 por cien mil habitantes, lo que equivale a un 33% del total de las muertes.”(3)

“Según la Encuesta Nacional de Factores de Riesgo realizado por el Ministerio de Salud Pública en el año 2006, 37% de la población adulta entre 25 a 64 años es hipertensa, variando la misma de acuerdo a los grupos etéreos, llegando en los mayores de 55 años al 70,5%.”(4)

El Primer Nivel de Atención ha priorizado la atención a usuarios con hipertensión desde un punto de vista integral y trabajando en equipo donde se tienen en cuenta los aspectos socioeconómicos, culturales y comunitarios.(5)

(1) :“Psicología y salud”; Vol. 20, Núm. 1: 111-117, enero-junio de 2010: “Cambios en la cotidianidad familiar por enfermedades crónicas”; Reyes Luna, Adriana; Garrido Garduño, Adriana; Torres Velázquez, Laura; Ortega Silva, Patricia; Facultad de Estudios Superiores Iztacala, Universidad Nacional Autónoma de México; México, 2009

(2), (3), (4), (5) : Guías de práctica clínica de hipertensión y diabetes mellitus tipo 2 para el primer nivel de atención. Manual de recomendaciones para implementar grupos de pacientes obesos, diabéticos e hipertensos en la Red de Atención del Primer Nivel de ASSSE; Noviembre 2010)

“. Siendo la enfermedad el hilo conductor que permite abordar la prevención orientada a disminuir factores de riesgo, detección precoz, tratamiento oportuno, referencia adecuada a otros niveles de atención, haciendo énfasis en la educación para la salud. Además el grupo que trabaja en esta área señala las intervenciones tanto en lo individual como en lo familiar, social y comunitario.”(1)

“El abordaje de esta enfermedad requiere trabajo en equipo para lo que se deberá trabajar en forma coordinada, con reuniones periódicas, realizando elaboración de un diagnóstico de situación y un plan de trabajo.”(2)

“El *sedentarismo* es la falta de actividad física regular (menos de 30 minutos por día y menos de tres días a la semana), disminuye la eficiencia del corazón, aumenta el pulso y la

presión arterial; favorece el sobrepeso, propicia la mala circulación y disminuye la disposición al trabajo.”(3)

“Los *factores emocionales* y los estresores crónicos predisponen a la aterosclerosis y a eventos cardiovasculares. Se destacan los síntomas depresivos y la depresión mayor. Asociados ambos, predisponen a la mayor probabilidad que se produzcan eventos cardiovasculares adversos. La ira, la hostilidad y el aumento de la aterosclerosis, también promueven la enfermedad cardiovascular.”(4)

“Se pueden asociar además la carencia o el inadecuado soporte socio familiar, bajo nivel adquisitivo, estrés laboral, conflictos familiares, sobrecarga del cuidador y cualquier evento que genere un monto de adaptación”.

“Identificados los factores de riesgo, mediante una reconstrucción lingüística, se elaboran los **factores de protección** los que se utilizarán como elementos de motivación que sirvan como retroalimentación positiva: buen soporte socio familiar, redes sociales de apoyo, reelaboración de los roles dentro de la familia, acceso a los servicios de salud y al equipo de referencia y a la información, destrezas y habilidades para el afrontamiento, realización de actividades recreativas y satisfacción en el trabajo.”(5)

(1), (2), (3), (4), (5) : Guías de práctica clínica de hipertensión y diabetes mellitus tipo 2 para el primer nivel de atención. Manual de recomendaciones para implementar grupos de pacientes obesos, diabéticos e hipertensos en la Red de Atención del Primer Nivel de ASSSE; Noviembre 2010)

DIABETES MIELLITUS TIPO II

“Es primordial establecer pautas para el diagnóstico de la diabetes mellitus en Uruguay, dado por el aumento constante de prevalencia de la enfermedad y el sub diagnóstico que existe en relación a la diabetes tipo II. Según el Estudio de Prevalencia de la Diabetes en Uruguay, el 8% de la población es diabética y un 8% se encuentra en rango de prediabetes. El 13% de personas con 65 años y más, amplifica la magnitud del problema y genera una alta prevalencia de complicaciones tardías y la ocurrencia de patologías asociadas. En esta franja etárea entre el 20 y el 25% son diabéticos.”(1)

“El perfil nutricional del Uruguay elaborado por el Ministerio de Salud Pública destaca los problemas alimentarios nutricionales por exceso, fundamentalmente la obesidad; como una enfermedad que no diferencia sexo, edad, ni clase social; fuertemente asociada con el

aumento de las enfermedades crónicas relacionadas con la dieta (diabetes, enfermedades cardiovasculares, osteoporosis, etc.).”(2)

“La Encuesta Nacional de Factores de Riesgo de Enfermedades Crónicas No Trasmisibles del Ministerio de Salud Pública da cuenta que el 60% de la población adulta presenta sobrepeso u obesidad. Existe evidencia además de la significación para Hipertensión Arterial, Diabetes Miellitus tipo 2 y cardiopatía isquémica a partir de 90 cm de cintura para hombres y mujeres. (3)

OBESIDAD

“El término obesidad significa exceso de grasa en los tejidos destinados a almacenarla. Tanto las células (adipocitos) están repletos como puede haber mayor número.”(4)

“El exceso es un depósito y puede ser utilizado cuando el balance energético del organismo sea negativo, por ejemplo en una hambruna o en un estado de enfermedad grave que limita la alimentación.”(5)

(1), (2), (3), : Guías de práctica clínica de hipertensión y diabetes miellitus tipo 2 para el primer nivel de atención. Manual de recomendaciones para implementar grupos de pacientes obesos, diabéticos e hipertensos en la Red de Atención del Primer Nivel de ASSSE; Noviembre 2010)

(4), (5) : <http://obesidad.sutratamiento.com.ar/articulos/concepto.html> Editado por Dr. Héctor H. Zorrilla MN 51814 - Ciudad de Bs. As Argentina info@sutratamiento.com.ar

“Cuando la obesidad es abdominal, entre vísceras y el abdomen muy abultado, estamos ante el caso de obesidad nociva, asociada a riesgos de patologías, sobre todo cardiovasculares.”(1)

“Entre las inquietudes de la Salud Pública se encuentra el estado nutricional de la población, la obesidad y el exceso de peso suelen monitorearse y asociarse estadísticamente a cuadros de enfermedad bien definidos, como las enfermedades cardiovasculares o los accidentes cerebro vasculares.”(2)

Obesidad del adulto:

“Obesidad específicamente se refiere a un exceso del monto de grasa corporal. Cualquiera necesita un cierto monto de grasa corporal para almacenar energía, aislar al cuerpo para mantenerlo caliente, absorber golpes y otras funciones. Como una regla, las mujeres tienen más grasa corporal que los hombres.”(3)

“La **obesidad** humana es una condición de salud que lleva al desarrollo de **enfermedades** con consecuencias graves como la diabetes miellitus Tipo 2, la artritis, los

riesgos cardiovasculares por arteriosclerosis, la hipertensión arterial y la enfermedad renal.”(4)

“La obesidad tiende a darse en familias, sugiriendo una causa genética. Ciertamente que las familias comparten la dieta y el estilo de vida que pueden contribuir a la obesidad.”(5)

(1), (2) : <http://obesidad.sutratamiento.com.ar/articulos/concepto.html> Editado por Dr. Héctor H. Zorrilla MN 51814 - Ciudad de Bs. As. Argentina info@sutratamiento.com.ar

(3), (4), (5) : Editado por: Dr. Héctor H. Zorrilla MN 51814 Ciudad de Bs. As. Argentina info@sutratamiento.com.ar

Fuente: <http://win.niddk.nih.gov/publications/understanding.htm>

GRUPOS DE OBESOS, DIABETICOS E HIPERTENSOS EN LA RED DE ATENCION DE PRIMER NIVEL

“En el perfil epidemiológico del Uruguay, predominan las enfermedades crónicas no transmisibles lo que obliga a transformaciones en las estrategias de abordaje y planificación de los servicios asistenciales. Una herramienta fundamental del Programa de atención a la Población Adulta es el abordaje grupal del problema. (1)

Este abordaje es encarado desde la Educación para la Salud, que favorece y facilita los cambios de hábitos y por otro lado la Gestión que optimiza de los recursos destinados al tratamiento de las enfermedades prevalentes. Con esto “se busca mejorar la captación y la accesibilidad de los usuarios, así como también la adherencia a los tratamientos, la calidad de vida y la disminución de las complicaciones.”(2)

“La Organización Mundial de la Salud advierte que el problema de la adherencia deficiente al tratamiento de las enfermedades crónicas ni transmisibles es un problema mundial de alarmante magnitud que puede llegar a ser mayor del 50%, llevando a malos resultados de

salud y elevados costos sanitarios. Destaca que las intervenciones orientadas a la familia, la comunidad y las organizaciones de pacientes son un factor clave para el éxito en la mejora de la adherencia al tratamiento, y permite reducir la cantidad de tiempo dedicado por los profesionales de salud a la atención de enfermos crónicos.”(3)

“La participación de las organizaciones de pacientes, con el apoyo de los profesionales comunitarios de la salud, ha probado ser eficaz para promover el mantenimiento y la motivación necesarios para el autocuidado de las enfermedades crónicas, así como para mantener al paciente activo en el reconocimiento de su enfermedad y en la adquisición de nuevos hábitos.”(4)

(1), (2), (3), (4) Guías de práctica clínica de hipertensión y diabetes Mellitus tipo 2 para el primer nivel de atención. Manual de recomendaciones para implementar grupos de pacientes obesos, diabéticos e hipertensos en la Red de Atención del Primer Nivel de ASSSE; Noviembre 2010

“El objetivo de este grupo de trabajo es contribuir a la implementación de esta modalidad de atención brindando algunas herramientas que permitan dar un marco de referencia y orientar el desarrollo de esa tarea. De esa manera a su vez, queremos favorecer un mejor registro y evaluación que permitan visibilizar el valor de este trabajo.”(1)

“El inicio de este proceso de construcción ha surgido como necesidad dado que se trata de una modalidad de trabajo en la que hay pocos antecedentes, destacándose en este sentido la experiencia del grupo de hipertensos del Centro de Salud Giordano, que funcionó desde el año 2000 al 2008, a partir de una necesidad detectada en un diagnóstico de situación de salud. También queremos jerarquizar el camino iniciado hace ya varios años, por la Intendencia Municipal de Montevideo, que ha tenido un papel determinante como rol modélico.”(2)

ACTIVIDAD FISICA

“Se entiende por actividad física a toda actividad o ejercicio que tenga como consecuencia el gasto de energía y que ponga en movimiento muchos fenómenos a nivel corporal, psíquico y emocional en la persona que la realiza”.

La actividad física puede ser realizada de manera planeada y organizada o de manera

espontánea o involuntaria, aunque en ambos casos los resultados son similares.”(3)

“Es la capacidad que poseen todos los seres vivos que se mueven.”(4)

“La actividad física conlleva muchos beneficios tales como el mejoramiento de la salud a nivel corporal (mejora la circulación, permite perder grasa, activa el metabolismo da fuerza a los músculos), pero también a un nivel emocional y psíquico ya que permite al organismo desestresarse, renovar energías y desgastar toda la fuerza que tengamos de sobra.”(5)

(1),(2) Guías de práctica clínica de hipertensión y diabetes Mellitus tipo 2 para el primer nivel de atención. Manual de recomendaciones para implementar grupos de pacientes obesos, diabéticos e hipertensos en la Red de Atención del Primer Nivel de ASSSE; Noviembre 2010
(3),(4),(5) <http://www.definicionabc.com/salud/actividad-fisica.php>

ALIMENTACION

“Los seres vivos para mantener y desarrollar su existencia necesitan captar del medio que les rodean aquellos elementos que le son necesarios. La naturaleza aporta todo lo necesario para que el desarrollo biológico sea ordenado y armónico.”(1)

“A través de la alimentación se proporciona al organismo las sustancias necesarias para el proceso normal del desarrollo.”

“La alimentación no es, ni nunca ha sido exclusivamente una actividad biológica, sino que constituye *un conjunto de nutrientes elegidos de acuerdo a una racionalidad biológica o dietética, y un fenómeno social y cultural del hombre* (E.Casanueva).”(2)

“En ella influyen un conjunto de condicionamientos que unidos mediante complejas interacciones determinadas la elección, preparación y consumo de los alimentos.” (3)

“El consumo de los distintos alimentos en cantidad y calidad se debe no solo a razones sociales y culturales sino que la disponibilidad real de los mismos es también un factor de accesibilidad.”(4)

(1), (2), .Casanueva E., Kaufer-Horwitz M., Perez B., Arroyo P., Nutriología Médica, Editorial Panamericana, México. 1995
(3),(4), : Neto J., Lic En Nutrición, Manual para la promoción de prácticas saludables de alimentación en la población uruguaya. MSP. Montevideo, 2005

DISEÑO METODOLOGICO

AREA DE ESTUDIO:

El presente estudio se realizó en un Centro de Salud de la Red de Atención Primaria (RAP), perteneciente al sector público. Dicho centro funciona en el área urbana de la ciudad de Montevideo donde acuden personas que residen en su zona de influencia. Allí funciona el grupo de Obesidad, Diabetes e Hipertensión (ODH) los días lunes de 16 a 17 y 15 horas donde la atención es brindada en talleres participativos con el usuario como protagonista. Las encuestas a los usuarios para conocer la percepción del apoyo familiar, fueron realizadas los días 30 de setiembre y 7 de octubre del presente año.

TIPO DE ESTUDIO

El diseño fue de tipo descriptivo, de corte transversal.

UNIVERSO:

Los usuarios adultos que participan del grupo Obesidad, Diabetes e Hipertensión (ODH), del Centro de Salud del Primer Nivel de Atención, del sector público, de la ciudad de Montevideo.

POBLACIÓN:

Estuvo integrada por quince (15) usuarios concurrentes al programa de Obesidad, Diabetes e Hipertensión entre los días 30 de setiembre y 7 de octubre de 2013, de los cuales uno opto

por no formar parte del estudio, quedando la muestra definitiva formada por catorce (14) usuarios, siendo la misma de conveniencia.

Elemento o unidad de análisis:

Cada adulto que concurrió al programa Obesidad, Diabetes e Hipertensión (ODH), del Centro de Salud del Primer Nivel de Atención del sector público, de la ciudad de Montevideo, los días 30 de setiembre y 7 de octubre de 2013.

Criterios de exclusión:

Personas que manifestaron no querer participar en la investigación.

Método, técnica e instrumento de recolección de datos.

Para realizar este trabajo, previa solicitud de autorización a las autoridades correspondientes (**Anexo II, a**) y entrega de un consentimiento informado (**Anexo II, b**) a los participantes, se realizó una encuesta de carácter reservado y de uso exclusivo para esta investigación y los datos se registraron en instrumentos (**Anexo I**) que elaboró el grupo de investigadoras.

Dichos instrumentos consistieron en dos formularios estructurados con preguntas cerradas politómicas y una pregunta abierta, elaboradas por el grupo de investigadoras. Constó de diecisiete preguntas.

La propuesta fue la misma para todos los usuarios participantes, quienes respondieron a los datos patronímicos para caracterizar la población y diferentes preguntas referidas a la percepción del apoyo familiar basadas en el APGAR familiar (**Anexo III, b**) que se puntuaron entre tres opciones. Previamente, con el fin de poner a prueba el instrumento, se realizó una prueba piloto que permitió ajustar el instrumento.

PROCEDIMIENTO

Como criterio para realizar las encuestas, decidimos concurrir al Centro de Salud del Primer Nivel con el fin de hacer una presentación previa del grupo de investigadoras ante el

equipo de profesionales a cargo del grupo ODH, quienes informaron a los usuarios los motivos y fines de nuestra visita al centro.

Se tomó como población aquellos usuarios que decidieron participar en la encuesta y que concurrieron los días 30 de setiembre y 7 de octubre de 2013 a dicho centro. Una vez que el usuario aceptó participar mediante el consentimiento informado, se realizaron las preguntas.

La encuesta al usuario, se conformó por veintitrés (23) ítems:

- seis (6) de carácter socio-demográfico
- quince (15) valoran el apoyo familiar
- dos (2) valoran la percepción.

Las variables socio demográficas que se tomaron para caracterizar al usuario fueron: Sexo, edad, composición del hogar, situación laboral, nivel de estudios, diagnóstico médico por el cual integra grupo ODH..

Para medir el apoyo familiar, variable compleja, se utilizaron cinco dimensiones valorizadas de igual manera: ayuda material, acompañamiento, interacción, afectividad, comunicación.

Cada una de ellas se cuantificó a través de tres indicadores donde cada uno de ellos, con tres opciones de respuesta, se codificaron de la siguiente manera:

- SIEMPRE 2 puntos
- A VECES un punto
- NUNCA cero punto

Para medir la percepción se realizó la siguiente pregunta politómica:

“Siente que su familia lo apoya desde que padece la enfermedad?”

Las respuestas preestablecidas, se codificaron de la siguiente manera:

- SIEMPRE: 2 puntos
- A VECES: 1 punto .
- NUNCA: 0 punto

La pregunta abierta “*Qué aspectos positivos de su familia resaltaría?*” se categorizó por las respuestas con conceptos en común emitidos por los usuarios.

El tiempo insumido para realizar cada encuesta, fue promedialmente de quince minutos por usuario.

ASPECTOS ETICOS

Para realizar el estudio se solicitó autorización a la Red de Atención Primaria para acceder al centro de salud (Anexo II, a) y se contó con el aval de la dirección del centro y coordinador del grupo ODH. La participación de los usuarios fue voluntaria, y anónima, así como la no identificación del servicio

DEFINICION Y OPERACIONALIZACION DE VARIABLES

Para caracterizar al usuario se utilizaron las variables:

SEXO:

Definición:

Condición orgánica que diferencia al hombre de la mujer.

Definición Operacional:

Caracteres secundarios observados por el entrevistador.

Nivel de medición:

Cualitativa nominal.

Categoría:

- Masculino
- Femenino

EDAD:

Definición:

Tiempo de vida que va desde el nacimiento a la fecha en que se realiza la encuesta.

Definición Operacional:

Años cumplidos declarados por el encuestado.

Nivel de medición:

Cuantitativa continúa

Categoría:

Según los rangos etéreos elaborados a partir de 30 años.

COMPOSICION DEL HOGAR

Definición Conceptual:

Según Naciones Unidas, hogar es persona que vive sola o grupo de personas que pueden o no estar emparentadas, pero que comparten gastos. Este concepto se suele confundir con Familia, pero son dos categorías sociales diferentes.

Definición operacional:

Integrantes del hogar que declara el entrevistado.

Nivel de medición:

Cualitativa nominal.

Categorías:

Pareja, hijo, hijastro/a, yerno/nuera, nieto/a, padres o suegros, otros parientes, no pariente, residente de hogar colectivo.

SITUACION LABORAL

Definición Conceptual:

Ocupación o actividad principal actual del entrevistado, definida como aquella que le reporta ingreso económico.

Nivel de medición:

Cualitativa nominal

Categorías:

Empleado/a, trabajador/a independiente, desocupado, jubilado/a, pensionista, otros.

NIVEL DE ESTUDIOS MAS ALTO ALCANZADO EN EDUCACION FORMAL

Definición:

Estudios realizados en la educación formal.

Definición Operacional:

Nivel de escolaridad que declara el entrevistado.

Nivel de medición:

Cualitativa nominal.

Categoría

- Primaria:

Completa // Incompleta

- Secundaria

Completa // Incompleta

-Terciaria

Completa // Incompleta

-Técnico-profesional

Completa // Incompleta

DIAGNOSTICO MEDICO POR EL CUAL INTEGRA GRUPO ODH

Definición:

Procedimiento realizado por el médico para determinar una enfermedad por los síntomas.

Definición operacional:

Enfermedades crónicas no transmisibles

Nivel de medición:

Cualitativa nominal

Categorías:

- Obesidad

- Diabetes

- Hipertensión

APOYO FAMILIAR:

Definición:

Conjunto de acciones o intenciones que el usuario reconoce ejerce su familia para colaborar con su tratamiento.

Definición operacional:

Esta variable dependiente se cuantificará a través de cinco dimensiones, que son: ayuda material, acompañamiento, interacción, afectividad y comunicación; estas dimensiones se puntuarán a través de tres indicadores con respuestas cerradas.

Ayuda material

Se entiende por la ayuda económica otorgada para cubrir costos del tratamiento.

Definición operacional:

Estará dada por los indicadores:

- tratamiento
- alimentos
- locomoción

Categorías:

- Siempre
- A veces
- Nunca

Acompañamiento

Acción de apoyo en la vida diaria, ocio, deporte, tiempo libre, etc. Incluye facilitar el acceso y la incorporación a dispositivos de otros sectores: educativos, de salud, etc, lo que no debe entenderse como simple orientación sino como mediación social.

El apoyo orientado al desarrollo personal y a la integración comunitaria en el terreno de las capacidades personales y sociales; el funcionamiento familiar y doméstico, las actividades de la vida diaria y la atención sanitaria.(1)

(1): www.fundaciónluisvives.org; Servicios sociales; "Integridad, acompañamiento, proximidad, incorporación"; encuentro de expertos en inclusión social; Merida integraACTIVA

Definición operacional:

Frecuencia con que la familia acompaña al usuario en diferentes instancias.

Estará dada por los indicadores:

- lo asisten en controles en domicilio
- lo acompañan a la consulta médica
- le preparan dieta exclusiva

Categorías:

- Siempre
- A veces
- Nunca

Interacción:

Influencia recíproca donde hay correspondencia mutua de unas personas con otras.

Está comprendida dentro de la función de la familia: *adaptación y flexibilidad*.

Definición operacional:

Frecuencia con que la familia interviene con el usuario medido a través de los siguientes indicadores :

- lo animan a hacer ejercicio
- con que frecuencia su familia consume los mismos alimentos que usted
- le recuerdan la hora de tomar la medicación.

Categorías:

- Siempre
- A veces
- Nunca

Afectividad:

Función de la familia que manifiesta el cariño y amor entre sus miembros.
Promueve a la participación.

Definición operacional:

Medirá las manifestaciones de afecto e interés que percibe el usuario en la evolución de la enfermedad a través de los siguientes indicadores:

- le expresan afecto
- lo felicitan por sus logros
- siente que su familia lo quiere

Categorías:

- Siempre
- A vece
- Nunca

Comunicación:

Es una función básica, ya que por ella es que se cumplen el resto de las funciones.

Definición operacional:

Dentro de este ítem se puntuará a través de indicadores con que frecuencia:

- puede hablar de su enfermedad con la familia
- con que frecuencia se recrea en familia
- pasa suficiente tiempo en familia

Categorías:

- Siempre
- A veces
- Nunca

Para cuantificar el apoyo familiar, se adaptó el cuestionario del APGAR familiar (**Anexo III, b**), y se utilizó cada pregunta del mismo como dimensión de nuestro estudio.

Se midió cada una con tres indicadores; cada uno con tres opciones de respuesta puntuadas de la siguiente manera: “Siempre”: 2 puntos; “A veces”: 1 punto; “Nunca”: 0 punto.

El resultado fue la sumatoria de los puntos y se clasificaron de la siguiente manera: entre 21 y 30 puntos: muy apoyado; entre 11 y 20 puntos: medianamente apoyado; entre 0 y 10 puntos: sin apoyo.

PERCEPCION

Definición:

Conocimiento, idea. Sensación cognoscitiva resultante de impresiones obtenidas mediante los sentidos.

Proceso mediante el cual el individuo selecciona, organiza e interpreta la información sensorial para crear una imagen del mundo. (1)

Definición operacional:

Se tomará en cuenta el sentir del entrevistado a través de la pregunta politómica: *Siente que su familia lo apoya desde que padece la enfermedad?*.

Nivel de medición:

Cualitativa nominal

Categorías:

- Siempre
- A veces
- Nunca

Además se le formuló a cada usuario la pregunta: qué *aspecto positivo de su familia resaltaría?*, para poder establecer una relación entre la familia y él.

Esta variable se categorizó por las respuestas aportadas por los usuarios.

(1): www.sitio-graphips.com/diccion/p.html marzo 2008

PRESENTACION DE RESULTADOS

Los resultados corresponden a 14 usuarios (N), con diagnóstico de obesidad, diabetes y/o hipertensión que acuden a la consulta de medicina para su control y participan del grupo ODH.

Las escalas que se emplearon fueron nominal para datos sociodemográficos y ordinal para las variables de estudio. Para realizar el análisis de los datos la información se agrupó en torno a las preguntas correspondientes a las variables dependientes.

Primero se describen los resultados de los aspectos socio-demográficos de los usuarios, después los resultados en base a las frecuencias que se obtuvieron en las variables dependientes, apoyo familiar percibido.

Dado a que la muestra es pequeña, se utilizaron sólo las frecuencias absolutas.

TABLA 1: Distribución de la población por sexo

SEXO	FA
FEMENINO	10
MASCULINO	4
TOTAL	14

Fuente: Elaboración propia. Datos obtenidos de la encuesta.

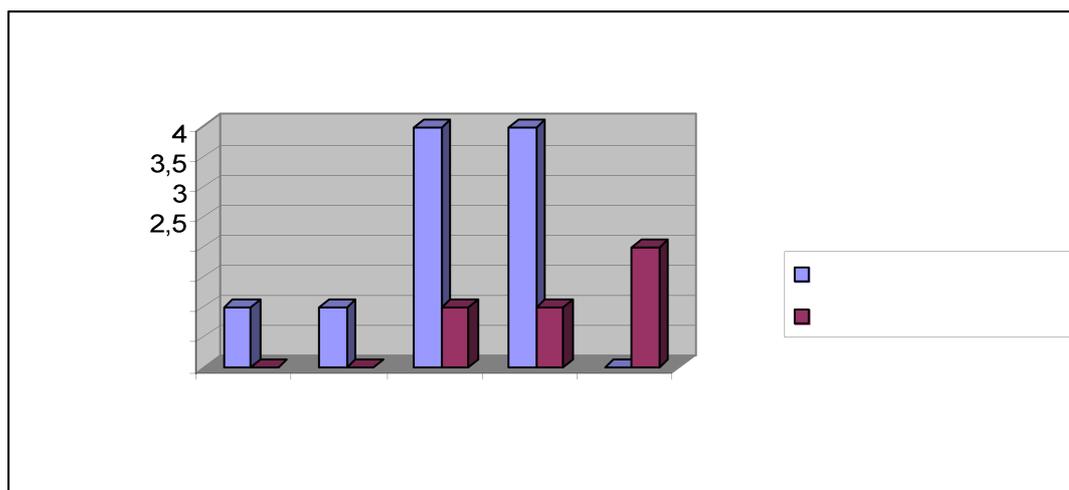
De las características demográficas de la población de estudio, respecto al sexo de los usuarios en control se encontró que 10 son mujeres y 4 son hombres.

TABLA 2: Distribución de la población por edad

EDAD	FEMENINO	MASCULINO	TOTAL
	FA	FA	
35-44	1	0	1
45-54	1	0	1
55-64	4	1	5
65-74	4	1	5
75-84	0	2	2
TOTAL	10	4	14

Fuente: Elaboración propia. Datos obtenidos de la encuesta.

GRAFICO 1: Distribución de la población por edad



Fuente: Elaboración propia. Datos obtenidos de la encuesta.

Respecto a las edades, el promedio de la muestra fue de 66 años; la edad promedio de las mujeres 61 y la de los hombres 75.

Los mayores porcentajes de la muestra se ubicaron entre 55 y 64 y entre 75 y 84 años de edad, con una frecuencia absoluta de 4

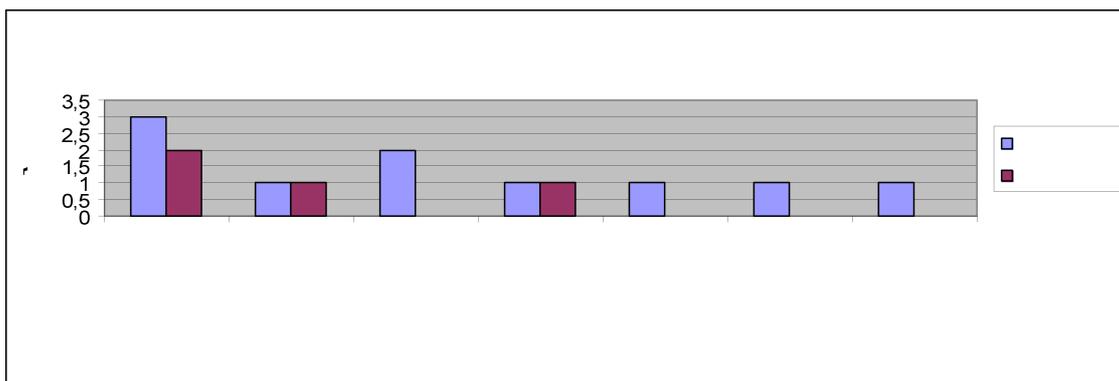
Siguiendo en orden decreciente adultos entre 65 y 74 años: 3 usuarios; dos usuarios entre 45 y 54 años representados por y un usuario entre 35 y 44 años.

TABLA 3: Composición del hogar

COMPOSICION DEL HOGAR			
	MUJERES	HOMBRES	TOTAL
PAREJA	3	2	5
PAREJA, HIJO, NIETO, YERNO/NUERA	1	1	2
PAREJA, HIJO, NIETO	2	0	2
PAREJA, HIJO	1	1	2
HIJO, NO PARIENTE	1	0	1
PAREJA, HIJO, OTRO	1	0	1
HIJO, NIETO	1	0	1
TOTAL	10	4	14

Fuente: Elaboración propia. Datos obtenidos de la encuesta.

GRAFICO 2: Composición del hogar



Fuente: Elaboración propia. Datos obtenidos de la encuesta.

Al analizar la variable composición del hogar, se pudo observar que siete usuarios entrevistados se encuentran en el ciclo vital familiar de extensión completa, mientras que los siete restantes están en el ciclo de contracción completa.

Cinco usuarios declaran vivir con su pareja.

Se observó además dos formas de familia combinadas.

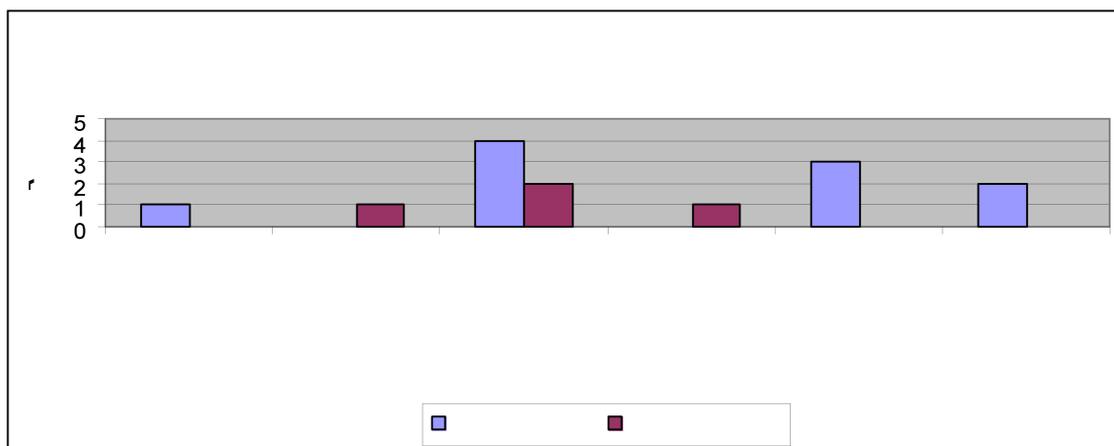
TABLA 6: Distribución de la población según diagnóstico médico

por el que está en el Grupo ODH

DIAGNOSTICO MEDICO			
	MUJERES	HOMBRES	TOTAL
OBESIDAD	1	0	1
DIABETES	0	1	1
HIPERTENSON	4	2	6
OBESIDAD E HIPERTENSON	0	1	1
HIPERTENSON Y DIABETES	3	0	3
OBESIDAD-DIABETES-HIPERTENSON	2	0	2
TOTAL	10	4	14

Fuente: Elaboración propia. Datos obtenidos de la encuesta.

GRAFICO 5: Distribución de la población según diagnóstico médico por el que está en el Grupo ODH



Fuente: Elaboración propia. Datos obtenidos de la encuesta.

Respecto a los diagnósticos médicos la mayor frecuencia se ubica en hipertensión arterial: seis y en orden decreciente tres corresponden a hipertensión y diabetes y dos obesidad diabetes e hipertensión. Exceptuando hipertensión arterial, cabe destacar que hubo dos usuarios que presentaron las tres enfermedades y fueron de sexo femenino.

APOYO FAMILIAR

El apoyo familiar se cuantificó a través de cinco dimensiones: la ayuda material, acompañamiento, interacción, afectividad, comunicación que recibe el usuario.

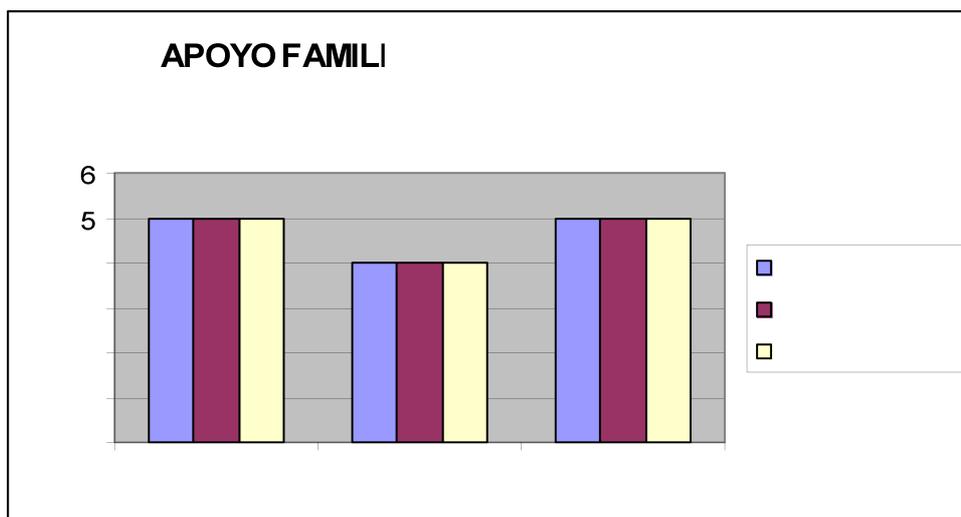
Cada dimensión se midió a través de tres indicadores, todos con el mismo valor.

TABLA 7: Distribución de la población según la ayuda material recibida

USUARIO CON ECNT-ODH Y APOYO FAMILIAR PERCIBIDO POR AYUDA MATERIAL				
	SIEMPRE	A VECES	NUNCA	TOTAL
TRATAMIENTO	5	4	5	14
ALIMENTOS	5	4	5	14
LOCOMOCION	5	4	5	14

Fuente: Elaboración propia. Datos obtenidos de la encuesta.

GRAFICO 6: Distribución de la población según la ayuda material recibida



Fuente: Elaboración propia. Datos obtenidos de la encuesta.

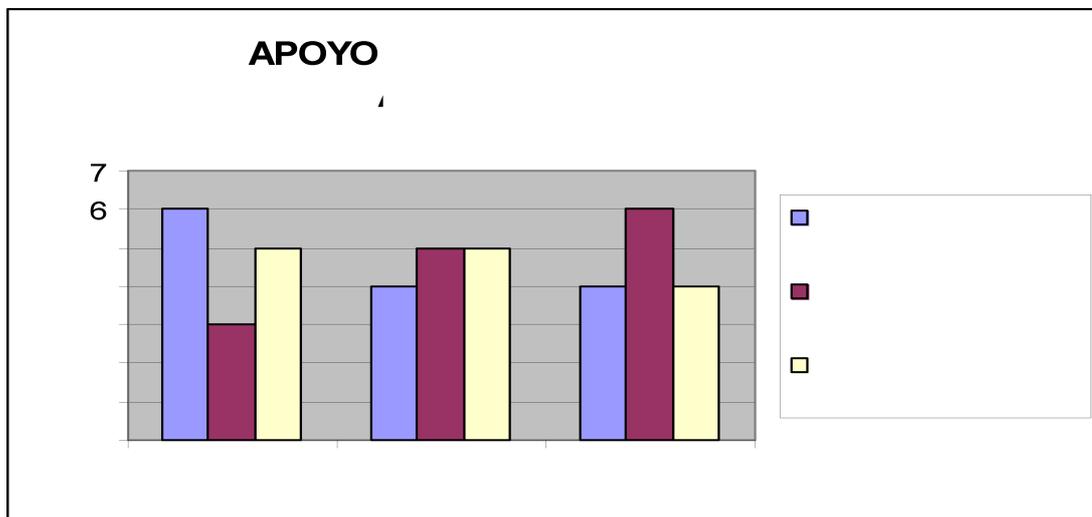
Vale decir que los que respondieron “nunca” recibir apoyo en este aspecto, son proveedores económicos del grupo familiar.

TABLA 11: Distribución de la población según el acompañamiento recibido

USUARIO CON ECNT-ODH Y APOYO FAMILIAR PERCIBIDO POR ACOMPAÑAMIENTO				
	SIEMPRE	A VECES	NUNCA	TOTAL
CONTROLES EN DOMICILIO	6	4	4	14
ACOMPAÑAN A LA CONSULTA	3	5	6	14
TIENE DIETA EXCLUSIVA	5	5	4	14

Fuente: Elaboración propia. Datos obtenidos de la encuesta.

GRAFICO 7: Distribución de la población según el acompañamiento recibido



Fuente: Elaboración propia. Datos obtenidos de la encuesta.

El acompañamiento se valoró por los indicadores: controles en domicilio, si lo acompañan a la consulta médica, si tiene una dieta exclusiva.

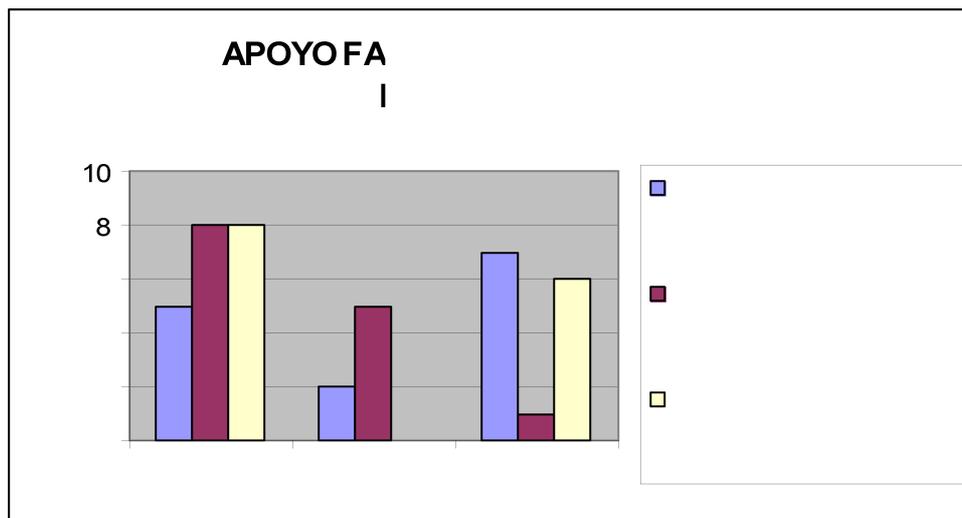
Al hacer el análisis observamos que en mayor o menor medida los usuarios tienen acompañamiento familiar, pero a la mayoría no los acompañan a la consulta médica.

TABLA 15: Distribución de la población según la interacción recibida

USUARIO CON ECNT-ODH Y APOYO FAMILIAR PERCIBIDO POR INTERACCION				
	SIEMPRE	A VECES	NUNCA	TOTAL
LO ANIMAN A HACER EJERCICIO	5	2	7	14
SU FAMILIA TOMA LOS MISMOS ALIMENTOS	8	5	1	14
LE RECUERDAN LA HORA DE LA MEDICACION	8	0	6	14

Fuente: Elaboración propia. Datos obtenidos de la encuesta.

GRAFICO 8: Distribución de la población según la interacción recibida



Fuente: Elaboración propia. Datos obtenidos de la encuesta.

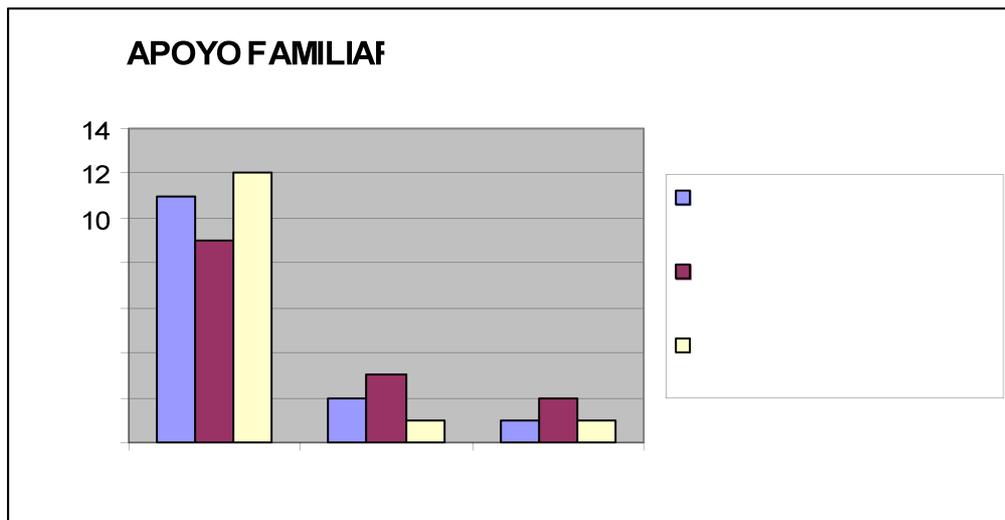
Las mayores frecuencias de interacción se ubican entre el consumo de los mismos alimentos y el recordar la hora de la medicación y que a la mayoría de los entrevistados nunca los animan a hacer ejercicio físico.

TABLA 19: Distribución de la población según manifestaciones de afecto recibidas

USUARIO CON ECNT-ODH Y APOYO FAMILIAR PERCIBIDO POR AFECTIVIDAD				
	SIEMPRE	A VECES	NUNCA	TOTAL
LE EXPRESAN AFECTO	11	2	1	14
LO FELICITAN POR SUS LOGROS	9	3	2	14
SIENTE QUE SU FAMILIA LO QUIERE	12	1	1	14

Fuente: Elaboración propia. Datos obtenidos de la encuesta.

GRAFICO 9: Distribución de la población según manifestaciones de afecto recibidas



Fuente: Elaboración propia. Datos obtenidos de la encuesta.

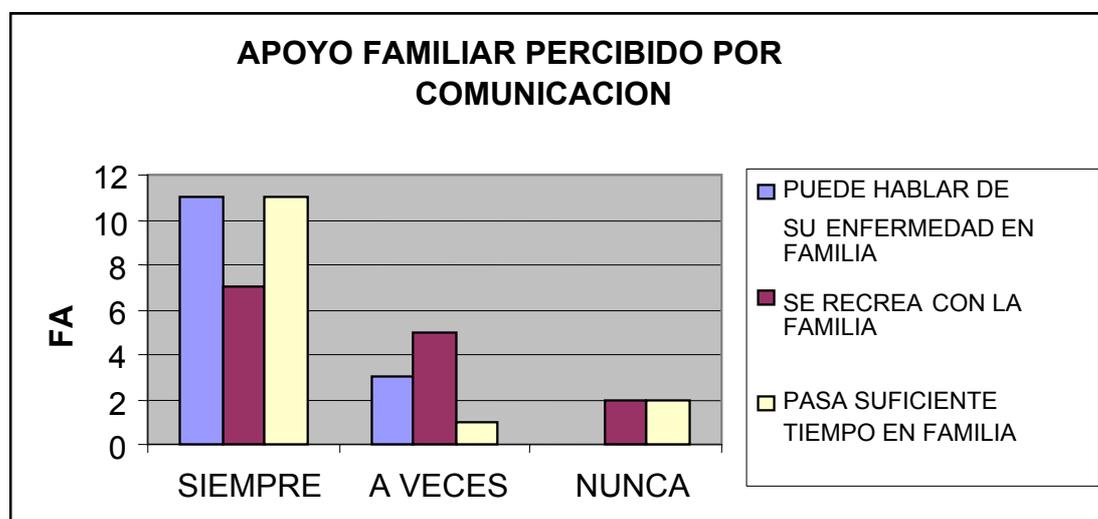
Al indagar respecto a la afectividad que percibe de la familia, doce (12) usuarios se sienten queridos y apoyados por su familia.

TABLA 23: Distribución de la población según comunicación percibida

USUARIO CON ECNT-ODH Y APOYO FAMILIAR PERCIBIDO POR COMUNICACION				
	SIEMPRE	A VECES	NUNCA	TOTAL
PUEDE HABLAR DE SU ENFERMEDAD EN FAMILIA	11	3	0	14
SE RECREA CON LA FAMILIA	7	5	2	14
PASA SUFICIENTE TIEMPO EN FAMILIA	11	1	2	14

Fuente: Elaboración propia. Datos obtenidos de la encuesta.

GRAFICO 10: Distribución de la población según comunicación percibida



Fuente: Elaboración propia. Datos obtenidos de la encuesta.

Siendo la comunicación función fundamental de la familia, las respuestas revelan que en mayor o menor medida todos los usuarios pueden hablar de su enfermedad con la familia, con la que comparten tiempo de ocio y recreación.

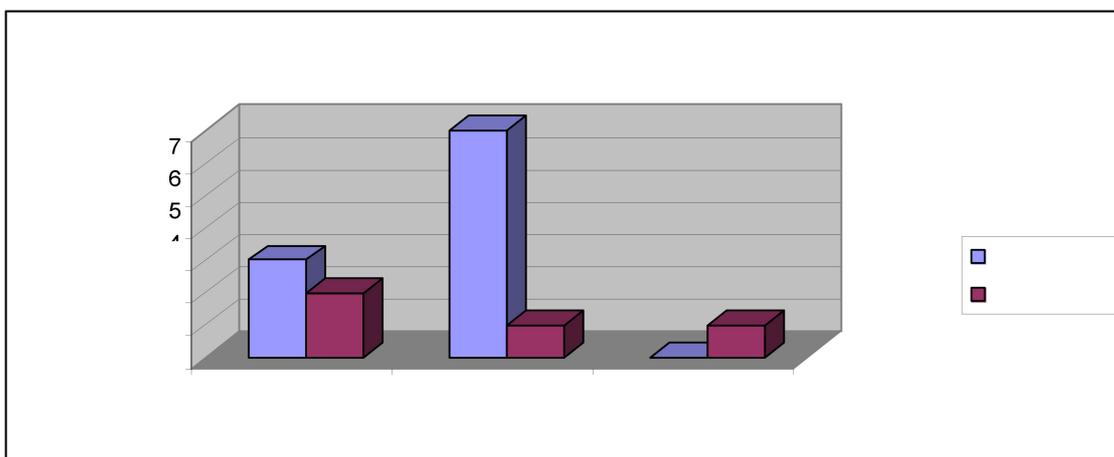
Al realizar la sumatoria de los diferentes ítems, los resultados fueron los siguientes:

TABLA 27: Distribución de la población según el apoyo familiar recibido

APOYO FAMILIAR	MUJERES	HOMBRES	TOTAL
MUY APOYADO	3	2	5
MEDIANAMENTE APOYADO	7	1	8
SIN APOYO	0	1	1
TOTAL	10	4	14

Fuente: Elaboración propia. Datos obtenidos de la encuesta.

GRAFICO 11: Distribución de la población según el apoyo familiar recibido



Fuente: Elaboración propia. Datos obtenidos de la encuesta.

Cuando se realiza la sumatoria de las distintas dimensiones que puntúan el apoyo familiar mediante las opciones SIEMPRE: 2 puntos; A VECES: 1 punto; NUNCA: 0 punto y siendo que entre 21 y 30 puntos refleja estar “muy apoyado”, entre 10 y 20 “medianamente

apoyado” y entre 0 y 9 puntos “sin apoyo”, observamos que la mayor frecuencia se ubica en medianamente apoyado.

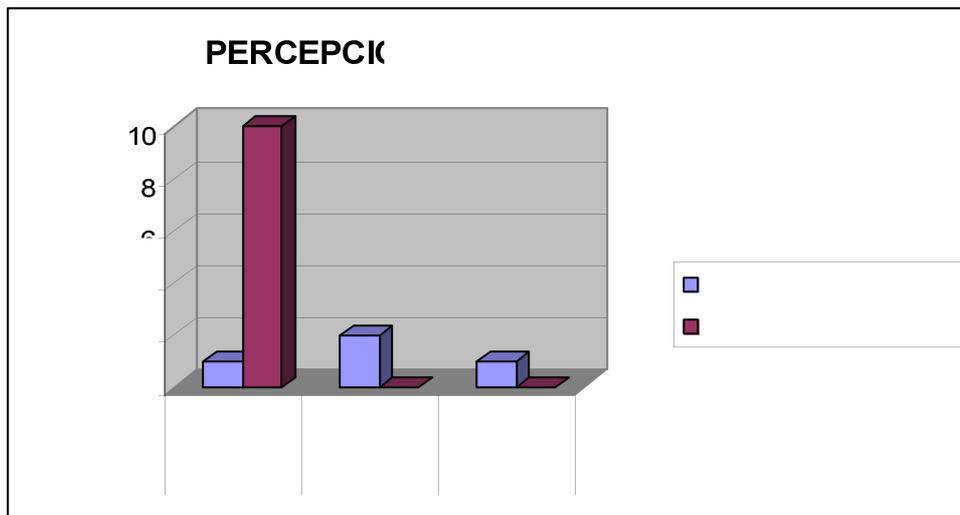
PERCEPCION DEL APOYO FAMILIAR

TABLA 28: Distribución de la población según percepción del apoyo familiar recibido

PERCEPCION DEL APOYO FAMILIAR				
	SIEMPRE	A VECES	NUNCA	
	FA	FA	FA	TOTAL
HOMBRES	1	2	1	4
MUJERES	10	0	0	10
TOTAL	11	2	1	14

Fuente: Elaboración propia. Datos obtenidos de la encuesta.

GRAFICO 12: Distribución de la población según percepción del apoyo familiar recibido



Fuente: Elaboración propia. Datos obtenidos de la encuesta.

Para medir la percepción del usuario se realizó la pregunta “siente que su familia lo apoya desde que padece la enfermedad?”

Al evaluar las respuestas de la muestra, nos encontramos con los siguientes resultados: 11 usuarios manifiesta SIEMPRE sentirse apoyado desde que padece la enfermedad, el 2 VECES y el 1 NUNCA.

Entre los 11 usuarios que respondieron siempre, se encuentra el total de las mujeres, dos usuarios de sexo masculino manifestaron a veces y uno manifestó nunca sentirse apoyado por la familia.

Para completar la medición de la percepción, se le pidió a cada usuario que manifestara: Qué aspecto positivo de su familia resaltaría? para poder establecer una relación entre la familia y el usuario.

Se obtuvieron las siguientes respuestas :

- Somos muy unidos
- Son compañeros
- Se preocupan por mi en momentos críticos
- Siente que la acompañan
- El esposo es muy compañero
- Se siente acompañada
- Se siente acompañada por la familia
- Familia organizada
- Son compañeros
- Solidarios
- Están pendientes de mí
- Me trasladan en auto
- Tiene proyectos a futuro con la pareja de 73 años (69 años, sin hijos)
- No comparto nada en familia

Analizando las respuestas sobre los aspectos positivos de la familia que brindaron los catorce usuarios, resalta la participación social familiar unida a las expresiones de afecto y la comunicación. La excepción la hace un usuario que refiere no sentirse “parte” de la familia.

ANALISIS

La muestra definitiva de adultos con enfermedad crónica no trasmisible, ODH, quedó formada por 14 usuarios: 10 mujeres y 4 hombres, donde la edad promedio fue de 66 años, ubicándose la mayor frecuencia entre 55 y 74 años.

Estos adultos se encontraron insertos en hogares extensos, donde la presencia familiar tiene un rol fundamental. Ninguno vivía solo.

Todos manifestaron tener algún tipo de ingreso económico y haber recibido educación.

Respecto a las enfermedades crónicas no trasmisibles, predominó la presencia de hipertensión arterial, lo que coincide con datos de la Encuesta Nacional de Factores de Riesgo que dice que el 70% de adultos mayores a 55 años es hipertenso.

Es de resaltar que dos usuarios que manifestaron padecer las tres enfermedades fueron mujeres, es entendible ya que, según las “Guías de práctica clínica de hipertensión y diabetes mellitus tipo 2 para el primer nivel de atención. Manual de recomendaciones para implementar grupos de pacientes obesos, diabéticos e hipertensos en la Red de Atención del Primer Nivel de ASSE”; noviembre 2010, página 12: en las mujeres, se generan situaciones puntuales de salud que se relacionan con su situación cultural, que parten de la educación que tuvo en la familia y la escuela, generalmente basadas en el cuidado de la casa y su familia, el “destino de ser madres” y el trabajo invisible.

Todo esto hace que preponderen el estrés, la baja autoestima y tendencias a la depresión postergándose el cuidado de la salud.

Analizando cada una de las cinco dimensiones que conforman el apoyo familiar podemos decir que:

- Ayuda material: las mayores frecuencias están entre siempre y nunca. Los que refieren nunca recibir ayuda material, son proveedores del grupo familiar.
- Acompañamiento la mayor frecuencia está ubicada en nunca.
- Interacción la mayor frecuencia la encontramos en siempre
- Afectividad en general dicen siempre
- Comunicación la mayoría dice siempre

Si bien los usuarios manifiestan sentirse queridos por su familia, que se pueden comunicar de manera franca y abierta y sienten que su familia interactúa con ellos, a la hora de acompañarlos, éstos se sienten solos.

Para medir la percepción del usuario se realizó la pregunta cerrada: “*siente que su familia lo apoya desde que padece la enfermedad?*” con opciones de respuestas preestablecidas: “Siempre”, “A veces”; “Nunca”.

Al evaluar las respuestas de la muestra, nos encontramos con los siguientes resultados:

- 11 manifiestan siempre sentirse apoyados desde que padecen la enfermedad, 2 a veces y 1 nunca.

Comparando estos resultados con las respuestas a la pregunta abierta:

“*qué aspecto positivo de su familia resaltaría?*”:

- Dentro de los aspectos positivos resalta el compañerismo; éste, concebido como un vínculo entre los integrantes de hogar.

CONCLUSIONES

Para realizar el estudio nos planteamos como objetivo general conocer la percepción del apoyo familiar que tienen los usuarios con enfermedad crónica no trasmisible que concurren al grupo ODH de un centro de salud de primer nivel de atención.

Luego de haber realizado las encuestas y analizado los datos obtenidos, podemos asegurar que logramos nuestro cometido, pues los resultados muestran que en términos generales en mayor o menor medida, todos los usuarios cuentan con apoyo familiar.

Existe concordancia entre las respuestas objetivas de las preguntas cerradas, y la respuesta a la pregunta abierta donde cada usuario manifiesta de manera incondicionada, el verdadero significado del apoyo familiar recibido.

Las personas afectadas por enfermedad crónica no trasmisible como son obesidad, diabetes e hipertensión, participantes de la investigación realizada, en función de las respuestas dadas, se sienten integrantes de un colectivo que es su familia, por eso entendemos que existe participación con la familia.

Conforme con los resultados obtenidos en nuestro trabajo, es que ubicamos a los usuarios encuestados en “medianamente apoyados”, según nuestra categorización de la percepción. Dado que nuestro estudio fue de tipo descriptivo, da base para que se analicen otras variables y se realicen otros estudios.

SUGERENCIAS

Como sugerencia proponemos que se realice un estudio analítico, prospectivo para ver su

evolución en el tiempo y en el que se incluya no sólo al usuario sino a la familia, para potenciar más el apoyo familiar en lo que respecta a conocimiento, actitudes y conductas frente a la enfermedad, estrategia ésta que sirva para disminuir riesgos.

Según Bozett, Leahey y Wrigth (1987), que distinguen tres niveles de enfoque familiar, en el tercer nivel, considera que las intervenciones y la evaluación de enfermería, conjuntamente con el equipo asistencial, se dirige a la familia vista como unidad o sistema, lo que implica una interacción con cada uno de sus miembros, planteando al Licenciado/a en Enfermería como el más idóneo para su aplicación ya que por formación, es el profesional más completo.

REFERENCIAS BIBLIOGRAFICAS

1): “Guías de práctica clínica de hipertensión y diabetes mellitus tipo 2 para el primer nivel de atención”. Manual de recomendaciones para implementar grupos de pacientes obesos,

diabéticos e hipertensos en la Red de Atención del Primer Nivel de ASSSE; Montevideo, Uruguay; Noviembre 2010

2): Reyes Luna, Adriana; Garrido Garduño, Adriana; Torres Velázquez, Laura; Ortega Silva, Patricia; “Psicología y salud”; Vol. 20, Núm. 1: 111-117 “Cambios en la cotidianidad familiar por enfermedades crónicas”; enero-junio de 2010 Facultad de Estudios Superiores Iztacala, Universidad Nacional, Autónoma de México; México, 2009

3): González Rodríguez, Adriana; “Percepción del apoyo familiar por el paciente diabético”; Universidad Autónoma de Nuevo León; España, 1995.

4): Barragán, Horacio Luis; “Fundamentos de Salud Pública”, capítulo 10: Adriana Moisso, “Enfermedades crónicas no transmisibles: el desafío del siglo XXI”; Argentina, 2008.

5) Br Alegre, Pablo; Br Castillo, Nelly; Br Coito, Daniel; Br Fernández, Verónica; Br Pimentel, Anahi: “Barreras que inciden en los hábitos alimentarios saludables en estudiantes de Facultad de Enfermería generación de ingreso año 2009”; Montevideo, Diciembre 2010.

6): Rocca, Alfonso; Álvarez, Carlos: “Enfermería comunitaria”; Capítulo 6: “Introducción a los factores determinantes de la salud y su influencia en los individuos y en la comunidad”; Editorial Masson; Barcelona; España

7) Frías Osuna, Antonio: “Enfermería Comunitaria”; Editorial Masson SA; Barcelona, España, 2000;

8): Prof. Lic. Esp Barrenechea, Cristina: “Niveles de atención. Niveles de prevención” Departamento de Enfermería Comunitaria; Facultad de Enfermería; Montevideo, octubre 2011

9): Prof. Adj (S) Alicia Guerra: Departamento de enfermería comunitaria; Enfermería Comunitaria-Profesionalización de Auxiliares de Enfermería; Montevideo, 2009

10): Menoni, Teresa; Lacava, Esther: Actualización en salud comunitaria y familiar: “Herramientas metodológicas para el trabajo en primer nivel de atención”; Facultad de Enfermería; Departamento de Enfermería Comunitaria; Capítulo 7: “La atención de la salud centrada en la familia”; Montevideo, 2011

11): Kozier: “Enfermería fundamental. Conceptos, procesos y práctica”; Capítulo 28: “Salud familiar”;. 4ta edición, tomo I Editorial Interamericana.

12): .Casanueva E., Kaufer-Horwitz M., Perez B., Arroyo P., “Nutriología Médica”, Editorial Panamericana, México. 1995

13): Lic en Nutrición Neto, J: “Manual para la promoción de prácticas saludables de alimentación en la población uruguaya”; MSP. Montevideo, 2005

14): 2 http://www.msp.gub.uy/ucepidemiologia_2894_1.html

15)<https://www.google.com.uy/url?sa=t&ret=j&q=&esrc=s&source=web&cd=3&cad=rja&ved=0CDsQFjAC&url=http%3A%2F%2Fcesfamsi.files>

16):<http://obesidad.sutratamiento.com.ar/articulos/concepto.html>. Editado por Dr. Héctor H.Zorrilla MN 51814 - Ciudad de Bs. As, Argentina info@sutratamiento.com.ar

17): <http://win.niddk.nih.gov/publications/understanding.htm> Editado por: Dr. Héctor H. Zorrilla MN 51814 Ciudad de Bs. As. Argentina

18):<http://www.definicionabc.com/salud/actividad-fisica.php>

19):www.fundaciónluisvives.org; Servicios sociales; “Integridad, acompañamiento, proximidad, incorporación”; encuentro de expertos en inclusión social; Merida integrACTIVA

20): www.sitio_graphips.com/dicciona/p.html marzo 2008
