UNIVERSIDAD NACIONAL "PEDRO RUIZ GALLO"

FACULTAD DE ENFERMERÍA

ESCUELA PROFESIONAL DE ENFERMERÍA

TESIS

"CUIDADO ENFERMERO A LA FAMILIA NUCLEAR EN EXPANSIÓN EN EL MARCO DEL MAIS BFC EN LA MICRO-RED LAMBAYEQUE - MINSA 2018"

INVESTIGADORAS:

- Bach. Enf. Gonzáles Yovera Katherine Dayanna
- Bach. Enf. Piscoya Chapoñán María Milagros

ASESORA:

- Mg. Santillán Medianero Viviana del Carmen

Lambayeque, 2019

Mg. Uceda Senmache Gricelda Jesús

PRESIDENTA

Mg. Castro Aquino Rosario Clotilde

SECRETARIA

Lic. Dávila Chévez María Lina

VOCAL

Mg. Santillán Medianero Viviana del Carmen

ASESORA

UNIVERSIDAD NACIONAL PEDRO RUIZ GALLO
FACULTAD DE ENFERMERÍA

Acreditada con Resolución N° 110-2017-SINEACE/CDAH-P

DECANATO

ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADO EN ENFERMERÍA

Libro de Actas N° 07 Expediente N° 678 Folio N° 00174
Graduado: Gonzales Yovera Katherine Dayanna

En la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo – Lambayeque, a los 27 días del mes de marzo de 2019 a horas 10:00am se reunieron los señores Miembros del Jurado designados mediante Decreto N° 081 – 2017 – D-FE.

Presidente: Mg. Griselda Jesús Uceda Sernache
Secretario: Mg. Rosario Clotilde Castro Aquino.
Vocal: Lic. María Lina Dávila Chevez

Encargados de recepcionar y dictaminar el trabajo de Tesis titulado: "Cuidado enfermero a la familia nuclear en expansión en el marco del MAIS BFC en la Micro-Red Lambayeque - MINSA 2018".

patrocinado por la profesora- Mg. Viviana del Carmen Santillán Mechanero y presentado por la (s) bachiller (es) en enfermería: Katherine Dayanna Gonzales Yovera y María Milagros Piscoya Chapoñan.

optar el **TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADO EN ENFERMERÍA.**

Sustentado el trabajo de tesis, formuladas las preguntas por parte de los señores Miembros del Jurado, dadas las respuestas y aclaraciones por el (los) sustentante(s) y el patrocinador, el jurado, después de deliberar declaró Aprobado por Unanimidad la tesis con el calificativo de MUY BUENO debiendo consignarse en las copias definitivas las sugerencias hechas en la sustentación.

Terminado el acto levantó la presente Acta y para mayor constancia firman los que en ella intervinieron.

PRESIDENTE **SECRETARIO**

VOCAL **PATROCINADOR**

UNIVERSIDAD NACIONAL PEDRO RUIZ GALLO
FACULTAD DE ENFERMERÍA

Acreditada con Resolución N° 110-2017-SINEACE/CDAH-P

DECANATO

ACTA DE SUSTENTACIÓN DE TESIS PARA OPTAR EL TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADO EN ENFERMERÍA

Libro de Actas N° 07 Expediente N° 679 Folio N° 00174
Graduado: María Milagros Piscoya Chapañán

En la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo – Lambayeque, a los 27 días del mes de marzo de 2019 a horas 10:00 am se reunieron los señores Miembros del Jurado designados mediante Decreto N° 081-2017-D-FE

Presidente: Mg. Griselda Jesús Ueda Serrache.
Secretario: Mg. Rosario Clotilde Castro Aquino.
Vocal: Lic. María Lina Dávila Chávez

Encargados de recepcionar y dictaminar el trabajo de Tesis titulado: "Cuidado enfermero a la familia nuclear en expansión en el marco del MAIS BFC en la Micro-Red Lambayeque - MINSA 2018". patrocinado por la profesora Mg. Viviana del Carmen Santillán Medianero y presentado por la (s) bachiller (es) en enfermería: Katherine Dayanna Gonzales Yovera y María Milagros Piscoya Chapañán.

optar el **TÍTULO PROFESIONAL DE LICENCIADO EN ENFERMERÍA.**

Sustentado el trabajo de tesis, formuladas las preguntas por parte de los señores Miembros del Jurado, dadas las respuestas y aclaraciones por el (los) sustentante(s) y el patrocinador, el jurado, después de deliberar declaró aprobado por unanimidad la tesis con el calificativo de MUY BUENO debiendo consignarse en las copias definitivas las sugerencias hechas en la sustentación.

Terminado el acto levantó la presente Acta y para mayor constancia firman los que en ella intervinieron.

PRESIDENTE **SECRETARIO**

VOCAL **PATROCINADOR**

DECLARACIÓN JURADA DE ORIGINALIDAD

Nosotras: Gonzáles Yovera Katherine Dayanna y Piscoya Chapoñán María Milagros, investigadoras principales y Mg. Santillán Medianero Viviana del Carmen, asesora del trabajo de investigación "Cuidado Enfermero a la familia nuclear en expansión en el marco del MAIS BFC en la Micro - Red Lambayeque - MINSA 2018", declaramos bajo juramento que este trabajo no ha sido plagiado, ni contiene datos falsos. En caso se demostrara lo contrario, asumimos responsablemente la anulación de este informe y por ende el proceso administrativo a que hubiera lugar. Que puede conducir a la anulación del título o grado emitido como consecuencia de este informe.

Lambayeque, 27 de marzo del 2019.

Gonzáles Yovera Katherine Dayanna
INVESTIGADORA

Piscoya Chapoñán María Milagros
INVESTIGADORA

Mg. Santillán Medianero Viviana del Carmen
ASESORA

DEDICATORIA

Al creador de todas las cosas, Dios, quien nos concede el privilegio de la vida y nos ha dado fortaleza para seguir adelante y no desmayar en los problemas que se presentaban, enseñándonos a encarar las adversidades sin perder nunca la dignidad ni desfallecer en el intento.

A nuestros padres, quienes con todo su cariño, amor y sacrificio hicieron todo en la vida para que podamos lograr culminar nuestra carrera profesional, por motivarnos y darnos la mano cuando sentíamos que el camino se terminaba, a ustedes siempre nuestro corazón y agradecimiento.

Al profesional de enfermería que labora arduamente en el primer nivel de atención, cuidando la salud de la familia con vocación de servicio, siendo modelo para que las nuevas generaciones encaminen su actuar en una Enfermería familiar y comunitaria transformadora de la salud.

Las autoras.

AGRADECIMIENTO

A las enfermeras de la Micro-Red de Lambayeque y a las familias, por ser pieza clave en el desarrollo de la presente investigación.

A nuestra docente y asesora Mg. Viviana Santillán Medianero, por su especial consideración y oportunidad de poder fortalecer nuestros conocimientos con su profesionalismo; por su orientación, paciencia y apoyo en la realización del presente trabajo de investigación.

A los miembros del jurado, Mg. Gricelda Uceda Senmache, Mg. Rosario Castro Aquino, Lic. Lina Dávila Chévez, por sus valiosas sugerencias e incondicional apoyo que ha contribuido para nuestra formación personal y profesional en Enfermería.

Las autoras.

A *María* por ser una mujer luchadora, emprendedora, que con su sencillez me enseñó a salir siempre adelante a pesar de las vicisitudes de la vida, y por ser una excelente compañera de investigación, convirtiéndose en más que una amiga, mi hermana en todo momento.

Katherine Dayanna

A *Katherine* por ser mi mejor compañía a lo largo de mi etapa universitaria, por ser mi fortaleza en mis debilidades y mi apoyo frente a las adversidades, y porque el aprender juntas la convirtió en más que una amiga, mi hermana.

María Milagros

ÍNDICE

INTRODUCCIÓN 1

CAPÍTULO I: DISEÑO TEÓRICO 9

1.1 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN 9

1.2 BASES TEÓRICAS CONCEPTUALES 12

1.3 MARCO TEÓRICO CONTEXTUAL 29

CAPÍTULO II: MÉTODOS Y MATERIALES 33

2.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN 33

2.2 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN 33

2.3 POBLACIÓN Y MUESTRA 39

2.4 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS 40

2.5 PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LOS DATOS 41

2.6 RIGOR CIENTÍFICO 42

2.7 PRINCIPIOS ÉTICOS 43

CAPÍTULO III: RESULTADOS Y DISCUSIÓN 47

CAPÍTULO IV: CONSIDERACIONES FINALES 104

CAPÍTULO V: RECOMENCDACIONES 107

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS 109

APÉNDICES 123

RESUMEN

En la unidad familiar se vive, se aprende, se desarrollan estilos de vida, generando necesidades sentidas y no sentidas que la vuelven vulnerable. Ello exige al profesional de enfermería cuidar a la familia con enfoque biopsicosocial según el Modelo de Atención Integral de Salud basado en Familia y Comunidad. Lo que motivó a investigar: ¿Cómo es el cuidado que brinda el profesional de enfermería a la familia nuclear en expansión en el marco del Modelo de Atención Integral de Salud basado en Familia y Comunidad en la Micro-Red Lambayeque MINSA- 2018?, cuyo objetivo fue analizar y comprender el cuidado que brinda la enfermera(o) a la familia nuclear en expansión en el marco del MAIS BFC. Esta investigación cualitativa con abordaje de estudio de caso tuvo como muestra 15 enfermeras y 12 familias, determinada por saturación y redundancia; los datos fueron recolectados utilizándose la observación y la entrevista semiestructurada abierta a profundidad; se tuvo en cuenta el rigor científico y principios éticos. Mediante el análisis temático emergieron cuatro grandes categorías: Cuidado enfermero a la familia con integralidad; empoderando a la familia para un autocuidado saludable; develando la labor de enfermería frente a de las determinantes sociales de la salud en el cuidado familiar y fortaleciendo alianzas intersectoriales con la participación ciudadana. Considerando finalmente a la enfermera pieza fundamental en la operativización del MAIS BFC y líder en la conformación del equipo básico de salud para propiciar cuidado enfermero con trato digno a la familia enfatizado en el enfoque promocional-preventivo e intercultural.

Palabras claves: Cuidado enfermero, familia, MAIS BFC, Micro-Red de salud.

ABSTRACT

Within a family unit, people live, learn and, develop their lifestyles, generating felt and unfelt needs that make them vulnerable. According to the family and community based Model of Comprehensive Health Care (MAIS BFC), this requires that nursing professionals take care of families using a biopsychosocial approach. This motivated the following research question: "How is the care provided to families by the nursing professionals at the Micro-Red MINSA-2018 in Lambayeque align with the MAIS BFC framework?" To answer this question, qualitative research methods, using a case study approach, were used to analyze and understand the care provided by nurses to determine whether or not it falls within the MAIS BFC framework. A sample size of 15 nurses and 12 families was chosen based on saturation and redundancy. Data was collected through observation and semi-structured, open-ended interviews; scientific rigor and ethical principles were taken account. After the data was analyzed, four overarching categories emerged: 1) Nursing care for the family with integrality, (2) empowering the family for healthy self-care, (3) unveiling the work nursing front the social determinants of health in family care and (4) strengthening intersectorial alliances with citizen participation. Finally, in this study nurse was a fundamental component of the MAIS BFC framework as well as the basic health team to provide families dignified care with a focus on promotional-preventative and intercultural medical care.

Keywords: Nursing care, family, MAIS BFC, Micro-Red of health

INTRODUCCIÓN

Hoy en día el concepto de salud ha evolucionado enormemente, donde la salud no sólo es ausencia de enfermedad, sino un derecho y un bien público que se construye, se vive y se disfruta en el marco de la vida cotidiana. Sin embargo, aún persisten problemas de salud como, enfermedades transmisibles que se conciertan con las no transmisibles configurando un panorama de morbi-mortalidad complejo [1].

Según la Encuesta Demográfica y de Salud Familiar- ENDES 2017, por cada mil niños nacidos vivos, murieron 15 menores de un año y 19 menores de cinco años, en el área rural fue 22 y la urbana 13 defunciones de menores de un año por cada mil nacidos vivos. La mortalidad en la niñez también fue mayor, en el área rural 29 en comparación a 16 por mil en el área urbana, esto se ve aumentado en el quintil de riqueza inferior, elevado porcentaje de desnutrición crónica infantil por deficiencia calórica proteica y de micronutrientes; debido a múltiples causas perinatales, infecciones respiratorias, enfermedades diarreicas agudas [2]. Además, tenemos la mortalidad por enfermedades no transmisibles como las enfermedades neoplásicas, cardiovasculares, digestivas, e insuficiencias renales.

Asimismo, se presentan situaciones por las que atraviesa la familia, que en términos generales tienen que ver con el fortalecimiento de la capacidad de la familia para atender sus propias necesidades, como: el alivio de la pobreza y de la enfermedad, el equilibrio entre el trabajo y las responsabilidades familiares, reducción de violencia doméstica, crisis familiares en el desarrollo de habilidades sociales; déficit de saneamiento básico en el hogar, entre otros; los cuales se erigen como factores de riesgo para la salud familiar [3].

La familia como el ámbito privilegiado donde la persona nace, crece, se forma y se desarrolla; es la institución fundamental para la vida de toda sociedad. Tal es así, que la

familia se constituye en la unidad básica de salud, en la cual sus miembros tienen el compromiso de nutrirse emocional, espiritual y físicamente compartiendo recursos como tiempo, espacio [1] e ir adquiriendo hábitos de vida saludable para el bienestar colectivo.

Es en el seno familiar donde se inicia el cultivo de valores formando a la persona a favor de la salud y la vida, los que luego son modelados y reforzados en la escuela, permitiendo articular sus fortalezas en beneficio de la sociedad; los paradigmas sembrados en la niñez desde los padres y las enseñanzas que los primeros traen de la escuela al hogar, son aspectos que, sumados favorecen el surgimiento de la práctica de estilos de vida saludable en la familia [4].

La familia nuclear en expansión, como cada familia según el tipo y ciclo vital familiar, tiene su propia escala de valores, cultura y creencias dentro de una forma de organización social específica, donde los procesos de salud y enfermedad tienen su impacto más significativo y al mismo tiempo por ser el ámbito por excelencia para que una cultura de salud se impregne en todos sus integrantes [3].

Ante ello, se viene realizando reformas estructurales en el sistema sanitario, como el aseguramiento Universal en Salud, la Descentralización en salud en el primer nivel de atención, el desarrollo de competencias en gestión y organización, un fuerte componente de articulación sectorial y comunitaria, que permita responder con eficiencia, eficacia, equidad y calidad a las expectativas y demandas de la población [1].

Entendiéndose que es en la familia donde los procesos de salud y enfermedad tienen su impacto más significativo, y desde donde se empiezan a establecer los hábitos y comportamientos que condicionan su salud, se creó en el 2006 el Programa de Familias y Viviendas Saludables, con el objetivo de contribuir a que las familias peruanas se desarrollen

como estructura social, adopten comportamientos y generen entornos saludables en su cotidianidad: en su comunidad, municipio, instituciones educativas y centros laborales [5].

Además con la finalidad de responder a las necesidades de salud en un ámbito territorial determinado, se aprobó en el 2009 la Estrategia Sanitaria Nacional de Salud Familiar, efectora de la Atención Primaria de Salud, desarrollada a través de equipos básicos multidisciplinarios competentes, los cuales se vinculen efectivamente con su población asignada; ejecuten los procesos y cuidados previstos por la normatividad operativa y orientada a garantizar que universalmente se ofrezca atención integral con calidad y equidad a la persona, familia y comunidad [5].

Del mismo modo, desde el año 2003 el Ministerio de Salud presentó el Modelo de Atención Integral de Salud (MAIS) como abordaje para el diseño de políticas de salud y comenzó a impulsar una serie de cambios en la organización y funcionamiento de los servicios de salud. Y en el año 2011, se implementó un nuevo modelo de atención de carácter integral, familiar y comunitario, en el cual se propone que la atención de salud debe ser un proceso continuo centrada en la familia, que priorice actividades de promoción de la salud, prevención de la enfermedad y se preocupe de las necesidades de salud de las personas antes de que aparezca la enfermedad [1].

Teniendo en cuenta este panorama, el desarrollo de la salud familiar y comunitaria resulta fundamental para el logro de la justicia social, no sólo de aquellos que expresan una demanda, sino también de los que aún sin expresarlas puede requerir ayuda o presentar una necesidad [3]. Ello exige profesionales de enfermería con una formación integral que le permita actuar con autonomía como enfermera de familia, en la promoción de la salud, prevención de la enfermedad y brindando cuidados enfermeros de impacto [5] en la

consecución de estilos de vida saludable para lograr una cultura de salud en las personas, familias y comunidades [1].

Es por ello, que la enfermera como profesional del cuidado de la salud familiar y comunitaria no escapa de esta realidad, donde el papel que le toca cumplir en el primer nivel de atención es fundamental para garantizar la efectividad de los cambios de mejora en la prestación de los servicios de salud a las personas, familias y comunidades sin dejar de lado el entorno, ya que en la unidad familiar se aprende se vive y sobretodo se fortalece estilos de vida, que pueden ser positivos o negativos en el trayecto del ciclo vital familiar.

Al respecto, las investigadoras pudieron observar durante el desarrollo de las prácticas pre-profesionales en establecimientos de salud del primer nivel de complejidad y en zonas urbano marginales de la provincia de Lambayeque, que el cuidado a la familia se centra en la persona con realización de actividades asistenciales e insuficiente progreso de intervenciones intersectoriales, predominando así la atención a las necesidades sentidas (daños y enfermedad), mientras que la atención a personas sanas y aparentemente sanas es secundario, sobretodo en familias y comunidades que aún no asumen el rol del autocuidado en su salud.

Asimismo, se observó que los profesionales de enfermería visitan a las familias en las comunidades sólo para actividades puntuales como para educar sobre un determinado tema con sesiones demostrativas, o para el cumplimiento de vacunas, controles de crecimiento y desarrollo de sus miembros; descuidando las necesidades no sentidas de la unidad familiar y que muchas veces no lo manifiestan.

Pese a que el profesional que cuida a la familia es formado a través de un programa de familia (PROFAM) [5], donde se instruyen para una atención integral e integrada y continua de las personas, familias y comunidades, que permita intervenir sobre los factores de riesgo

y determinantes de la salud con un enfoque de interculturalidad, enfatizando la promoción de la salud y prevención de la enfermedad. Aún, nos enfrentamos a una realidad distinta, evidenciándose en lo manifestado por algunas familias nucleares en expansión: *"A mi hijo lo vacunan, tallan, pesan, pero solo a mi hijito a mí no"; "…cuando llega a visitarme la enfermera, solo recoge información de mi familia y a veces nos dan charlas a los que estamos en casa…".*

La complejidad del problema expuesto, llevó a las investigadoras a plantearse las siguientes interrogantes: ¿cómo viene respondiendo el profesional de enfermería frente a las necesidades sentidas y no sentidas de la familia?, ¿la enfermera utiliza las teorías que fundamentan sus cuidados a las familias?, ¿los cuidados que la enfermera brinda a la familia son dirigidos solamente a la solución del daño o de la enfermedad?, ¿los cuidados que la enfermera aborda en la familia lo realiza de forma integral?, ¿la enfermera de familia brinda una atención integral enfocada en el Modelo de Atención Integral de Salud basado en Familia y Comunidad?.

Estos cuestionamientos llevaron a las investigadoras, a formular el siguiente problema de investigación científica: ¿Cómo es el cuidado que brinda el profesional de enfermería a la familia nuclear en expansión en el marco del Modelo de Atención Integral de Salud basado en Familia y Comunidad en la Micro-Red Lambayeque MINSA- 2018?. El objeto de estudio que orientó la presente investigación fue el cuidado enfermero a la familia nuclear en expansión en el marco del Modelo de Atención Integral de Salud basado en Familia y Comunidad, planteándose como objetivo analizar y comprender el cuidado que brinda el profesional de enfermería a la familia nuclear en expansión en el marco del Modelo de Atención Integral de Salud basado en Familia y Comunidad en la Micro-Red Lambayeque.

Cada persona tiene condiciones de vida dentro del entorno familiar y de la comunidad en la que vive, asociadas a hábitos de higiene, alimentación, actividad física, actividad laboral, actividad social, mantenimiento del hogar, entre otras, siendo determinante para su salud; tal es así que el cuidado enfermero no solo debe centrarse en la persona con alguna enfermedad, sino en la salud de las personas dentro del contexto donde se desenvuelven. Es por ello que, al cuidar la enfermera tiene la obligación de alinear su visión de cuidado a la persona en su totalidad, como un ente social que forma parte de una unidad familiar [7].

La presente investigación se justifica porque en la medida que el profesional de enfermería asuma con responsabilidad el cuidado de la salud familiar, la vulnerabilidad de cada integrante de la familia disminuirá progresivamente mejorando su calidad de vida, teniendo como resultado familias y comunidades saludables; estableciendo para ello un marco referencial que guíe los cuidados enfermeros, tal como es el Modelo de Atención Integral de Salud basado en Familia y Comunidad, el cual exige al profesional de enfermería cuidar con integralidad, interculturalidad, humanidad y sobretodo con enfoque promocional preventivo. Asimismo, esta investigación ha permitido rescatar el valor trascendental de los cuidados de enfermería en la familia y comunidad en el marco del MAIS BFC, donde actualmente prima la ausencia de trabajos de investigación que den cuenta de este hecho tan significativo.

La importancia de esta investigación radica en que los resultados constituirán una evidencia científica de cómo es el cuidado que brinda el profesional de enfermería a la familia, lo que llevará a incrementar los conocimientos y sensibilizar a las instituciones formadoras de potencial humano en enfermería a plantear estrategias de mejora para la formación con un enfoque biopsicosocial centrado en la familia.

Además, ayudará a reflexionar al equipo básico de salud para brindar un cuidado holístico de acuerdo al contexto familiar y comunitario, e implementar programas de apoyo junto con las estrategias de la atención primaria de salud renovada (APS-R) para mejorar la calidad de atención según el Modelo de Atención Integral de Salud basado en Familia y Comunidad.

Finalmente, el presente estudio servirá como fuente bibliográfica en la realización de futuras investigaciones y aporte significativo en la facultad de Enfermería tanto en pregrado como en postgrado.

El presente informe de investigación está estructurado en capítulos, los cuales se detallan a continuación:

Capítulo I: El diseño teórico, que fundamenta la comprensión del fenómeno estudiado a luz de los antecedentes de investigación y base teórica conceptual; teniendo en cuenta el marco contextual.

Capítulo II: Métodos y materiales, donde se señala el tipo de investigación, población y muestra, así como las técnicas e instrumentos utilizados en la recolección de datos, técnicas de procesamiento y análisis de datos; asimismo el rigor científico y los principios éticos que se tuvieron en cuenta en la investigación.

Capítulo III: Resultados y discusión, donde se presentan los discursos del objeto en estudio con su respectivo análisis y fundamento teórico.

Capítulo IV: Consideraciones finales a la que se llegaron en la investigación.

Capítulo V: Recomendaciones propuestas.

CAPÍTULO I

DISEÑO TEÓRICO

1.1 ANTECEDENTES DE LA INVESTIGACIÓN

ANTECEDENTES INTERNACIONALES

Arias S, López L., realizaron una investigación en el año 2016, titulada *"La experiencia de enfermeras cuidando a familias culturalmente diversas: una meta síntesis cualitativa",* en Colombia: Bogotá. Tuvo como objetivo comprender la experiencia de enfermeras cuidando a familias culturalmente diversas. Como resultados de este estudio encontraron que los profesionales de enfermería requieren concentrarse sobre las barreras internas: estando atentos al reconocimiento, entendimiento y respeto de las particularidades culturales que caracterizan a quienes son objeto de su cuidado y favoreciendo espacios de formación intercultural. Las autoras concluyen que la experiencia de las enfermeras cuidando a familias culturalmente diversas es una experiencia gratificante y admirable, pero a la vez exigente y desafiante, dada la complejidad del abordaje de la unidad familiar, el encuentro con las diferencias culturales y la responsabilidad ética del cuidado que se complejiza al pasar a la esfera familiar [8].

Figueira AB, Barlem ELD, Amestoy SC, Silveira RS, Tomaschewski-Barlem JG, Ramos AM.; realizaron una investigación en el año 2016, titulada *"Acción política de enfermeros en Estrategia Salud de la Familia: barreras y facilitadores*.", en ciudad del Sur de Brasil. Tuvo como objetivo identificar las barreras y facilitadores de la acción política en salud de los usuarios por parte de enfermeros de Estrategia Salud de la Familia. Como resultados de este estudio encontraron que surgieron dos categorías, una discurriendo sobre falta de organización del trabajo, la burocracia y las limitaciones de actuación profesional

en ámbitos sanitarios, y otra sobre aspectos facilitadores para el ejercicio de la acción política de modo colectivo e individual. Los autores concluyen que, cuando el enfermero poseedor de conocimientos técnicos, científicos y de relación, desarrolla su autonomía para toma de decisiones, contando con el apoyo de otros colegas profesionales; consigue desarrollar acciones políticas en salud para los usuarios, calificando así la atención brindada [9].

Soares SR, Devinar LA, Gonçalves VRF., realizaron una investigación en el año 2017, titulada *"La complejidad del trabajo del enfermero en la Atención Primaria a la Salud"* en Brasil. Tuvo como objetivo promover la reflexión sobre el trabajo del enfermero en la Atención Primaria a la Salud (APS) y sobre los aspectos necesarios para la (re)construcción de esa práctica profesional, consolidando ese espacio de actuación en el cuidado de las personas, familias y comunidades. Como resultados de este estudio encontraron que se presentan conflictos, dilemas y aspectos relevantes de la práctica del enfermero en la APS, contribuyendo con el pensamiento crítico sobre el contexto de trabajo y la necesidad de articulación de la categoría en la construcción de su espacio profesional. Los autores concluyen que la actuación del enfermero en la APS es un campo amplio y en proceso de calificación, ya sea en la práctica clínica, educativa o gerencial y los enfermeros necesitan apropiarse de esos contenidos en su cotidiano, buscando la articulación con sus entidades de clase para el desarrollo de esa especialidad [10].

ANTECEDENTES NACIONALES

Monzon A, Milder S, Contreras Ll, Guzmán C.; realizaron una investigación en el año 2012-2013, titulada *"Significado que atribuyen las familias a la Atención de Salud. Distrito de Sanagoran-Huamachuco.2012",* en Perú: La Libertad. Tuvo como objetivo determinar el significado que atribuyen las familias a la atención de salud. Como resultados de este estudio encontraron que el tema central fue tema: "hay mala atención con excesivo

trámite burocrático y nuestra gente tiene que recibir cuidados más un trato digno"; los subtemas fueron: "el acceso no es fácil es difícil", ii) "Si se atiende mal a la gente generas desconfianza y pierdes aceptación" y iii) "El personal de salud es indiferente a nuestros problemas". Los autores concluyen que existe insatisfacción en la atención, atención inoportuna y descuido en la atención integral al usuario, por lo que el personal de los Establecimientos de Salud debe de modificar sus actitudes en el trato con estos pacientes, que tienen una identidad cultural basada en la cosmovisión andina [11].

ANTECEDENTES LOCALES

Rossana M, Iliana M.; realizaron una investigación en el año 2013, titulada *"Experiencias de las Enfermeras al brindar cuidados integrales en el primer nivel de atención",* en Perú: Lambayeque. Tuvo como objetivo describir y analizar las experiencias de las enfermeras al brindar cuidados integrales en el primer nivel de atención. Como resultados de este estudio encontraron que Los hallazgos develaron cuatro categorías: "Objetivando la necesidad de integrar en sus cuidados a la persona como ser multidimensional", "Experimentando dificultades y obstáculos para el cuidado integral a la persona en el primer nivel de atención", "Implementando estrategias para el cuidado integral en el primer nivel de atención" y "Priorizando la prevención y promoción en el cuidado integral a las personas". Los autores concluyen que la experiencia de las enfermeras en el primer nivel de atención se centra en el cuidado que brinda principalmente la persona, siendo necesario tener una visión multidimensional de ésta ante las dificultades encontradas para brindar cuidados integrales a la persona, así mismo, la enfermera implementa estrategias como persuasión, confianza alcanzada a través de las visitas domiciliarias, y busca apoyo en la misma comunidad, a través de la formación de los promotores de salud [12].

1.2 BASES TEÓRICAS CONCEPTUALES

Siendo el objeto de estudio de la presente investigación el cuidado que brinda la enfermera(o) a la familia en el marco del Modelo de Atención Integral de Salud basado en Familia y Comunidad, es necesario abordar los siguientes conceptos claves como cuidado enfermero, familia, enfermería en salud familiar y comunitaria, atención Primaria de Salud Renovada (APSR), así como también el Modelo de Atención Integral de Salud basado en Familia y Comunidad (MAIS-BFC).

El cuidado en su forma más antigua, deriva de la palabra cura, que en latín se escribía coera, era usada en un contexto de relaciones de amor y amistad. Expresaba actitud de desvelo, preocupación, inquietud por la persona amada u objeto de estimación [13]. Por tal razón el cuidado supone una implicación afectiva con el otro, cuya condición conmueve la actitud y moviliza la acción [14].

El cuidar se configura como la esencia y el modo de ser de la enfermería [15]. Cuidar en enfermería es ayudar a crecer, a realizarse; al cuidar se experimenta al otro ser, teniendo en cuenta sus capacidades, limitaciones y necesidades [16-17]. Es así que el cuidado enfermero se concreta a partir de relaciones interpersonales, que se da entre la persona que cuida y la persona cuidada [18], que involucra el bienestar tanto del que recibe como del que lo otorga, pues permite la preservación de la especie [19]. Según Watson, el cuidado se manifiesta en la práctica interpersonal, que tiene como finalidad promover la salud y el crecimiento de la persona [20].

Asimismo, es necesario reconocer que durante el proceso de ayudar al otro a crecer, el cuidar implica incluir a la familia, ya que cuando aparece cualquier enfermedad en la familia, la unidad es afectada en su totalidad [17], de forma que los problemas de salud de uno de sus miembros lo afectan individualmente, a la vez que afectan a la familia como grupo.

El cuidado enfermero no solo debe centrarse en la persona con alguna enfermedad, sino en la visión de salud de las personas en todo contexto donde se desenvuelve, es por ello que al cuidar, la enfermera tiene la obligación de alinear su visión de cuidado a la persona en su totalidad, como un ente social que forma parte de una unidad familiar [21]. Para que ese cuidado se dé en forma holística se debe abordar las dimensiones personales, física, social, psicológica y espiritual [7]. Como sostiene Watson que el objetivo de la enfermería consiste en facilitar la consecución por la persona de un mayor grado de armonía entre mente, cuerpo y alma, que engendre procesos de autoconocimiento, respeto a uno mismo, autocuración y autocuidados [22].

Al mencionar la visión holística con la que se busca equilibro en el ser humano, se hace referencia al holismo. La palabra holismo es de origen griego holikós, que significa "todo, íntegro y/o completo", es entonces, donde el cuidado tendrá un significado más transformador, y no será reducido a la aplicación correcta de una técnica o procedimiento. Cuidar bajo el paradigma holístico significa atenderla en sus aspectos biológicos, psicológicos, sociales, espirituales, culturales, en su interrelación con el entorno [23].

Watson J. como precursora del Cuidado Humano, utiliza el enfoque del holismo en su teoría para dar a conocer que la profesión de enfermería no debe cuidar a la persona relacionándola a un órgano o una enfermedad, eso implica que la enfermera al cuidar tiene el deber de mirar holísticamente al ser humano sin reducirlo a las esferas de cuerpo y mente, permitiéndole desarrollar su espiritualidad; y hacerlo parte de su quehacer, solo así podrá desarrollar un cuidado único, particular y de calidad, garantizando así la eficacia y la efectividad de las intervenciones de enfermería [21].

La calidad de los servicios de enfermería, se define como [24]: "la atención oportuna, personalizada, humanizada, continua y eficiente que brinda el personal de enfermería de

acuerdo a estándares definidos para una práctica profesional competente y responsable con el propósito de lograr la satisfacción del usuario y la del prestador del servicio". Ésta calidad se considera desde dos dimensiones: la calidad técnica que requiere de la competencia y responsabilidad del profesional para aplicar sus conocimientos y habilidades en todos los cuidados que otorga y la calidad interpersonal entendida como el Trato Digno que distingue el cuidado de enfermería y cuyos rasgos característicos son: comunicación, confianza y respeto [25].

El trato digno es un proceso de interés y motivación, una relación con amabilidad, respeto, agrado y empatía; formando un ambiente de confianza y una comunicación efectiva entre la enfermera/o familiar y la familia dando validez y respuesta a las necesidades existentes ante la situación de salud y de esta manera lograr la satisfacción de la familia [26].

En este sentido, la Ley de Derechos y Deberes del Paciente, propuesto por el Ministerio de Salud, señala que en su atención de salud, las personas tienen derecho a recibir un trato digno, respetuoso en todo momento y en cualquier circunstancia [27]. Asimismo, el artículo n°1 establecido en el Código de Ética y Deontología del Colegio de Enfermeras(os) del Perú, menciona que "la enfermera(o) brinda cuidados de Enfermería respetando la dignidad humana y la particularidad de la persona, sin distinción de índole personal, política, cultural, económica o social" [28].

El cuidado también se define como el conjunto de categorías que involucran la comunicación verbal y no verbal, la minimización del dolor físico, la empatía para atender el todo [29]. Ofreciendo un proceso de cuidado significativamente humanitario, como lo refiere Watson, porque tratamos con personas: "es una transacción de humano a humano", en donde se realza la dignidad de la persona, por lo que requiere un compromiso personal, social,

moral y espiritual por parte de la enfermera. De esta manera, la enfermera contribuye con la preservación humana en la sociedad [21].

Es por ello que el profesional de enfermería también tiene la obligación de ante cualquier cuidado, ofrecer un trato digno, desde un saludo amable, la presentación del personal de salud, dirigirse a la persona por su nombre, además explicarle las actividades o procedimientos que se van a realizar, salvaguardar su intimidad, el hacerla sentir segura, el tratar con respeto, brindar información adecuada; todo ello y más; no solo a la persona sino también a la familia [25].

Citamos una definición que aproxima al concepto más actual de familia, propuesta por Alberdi, quien sostiene que la familia está formada por dos o más personas unidas por el afecto, el matrimonio o la filiación, que viven juntas, ponen sus recursos económicos en común y consumen conjuntamente una serie de bienes en su vida cotidiana [30].

La salud de la familia influye en el rol que cumple en la sociedad, a la vez, su estructura y función están determinadas por: la clase social, los recursos económicos, la cultura, la educación, el contexto racial y étnico, la transmisión de valores. Por tal razón la familia es el escenario social primario donde se debe realizar promoción de la salud y la prevención de la enfermedad. Siendo también escenario para el desarrollo de un estado de bienestar físico, mental y social, teniendo la posibilidad de identificar y lograr aspiraciones, satisfacer necesidades, y poder cambiar su entorno o hacerle frente [31].

Según el MINSA existen cinco tipos de familias, así distinguimos: familia nuclear o tradicional constituida por ambos padres y los hijos; familia extendida constituida por ambos padres y los hijos, además de parientes en la tercera generación; familia ampliada constituida por ambos padres e hijos, además de parientes como tíos, sobrinos, cuñados, primos, entre

otros; familia monoparental formada por el padre o la madre y los hijos; familia reconstituida la cual la conforma un de los padres, su nueva pareja y los hijos [1].

Al dar respuesta a las necesidades que presentan en la familia y poder orientar los cuidados a la misma, es necesario conocer las diferentes etapas del Ciclo Vital Familiar (CVF), desde la configuración de la misma hasta su desaparición. Tenemos a la familia en formación (pareja que aún no tiene hijos), familia en expansión (se inicia con el nacimiento del primer hijo, hasta el hijo en edad adulta), familia en dispersión (desde que parte el primer hijo hasta que nace el último) familia en contracción (han partido todos los hijos y la pareja queda sola) [1].

Para fines de la investigación, ahondaremos en la familia nuclear o tradicional en expansión, esta familia se considera cono una unidad autónoma, "unidad familiar completa", en la que ambos padres residen en el hogar con sus hijos, donde la madre asume el papel de criadora y el padre procura los recursos económicos necesarios. Cuando dicha familia se encuentra en expansión, se sostiene que la tarea principal es aceptar y vincular los nuevos miembros al contexto social, ya que tiene implicaciones cruciales como pensar los hijos y la llegada de los mismos. A partir del nacimiento del primer hijo, la familia conformada se amplía y pliega a la familia extensa, dado que se crean los papeles de madre, padre, abuelos, tíos, lo que repercute en todo el sistema familiar [32].

A su vez el estado de salud de cada persona influye en cómo funciona la unidad familiar y en su capacidad para conseguir objetivos. Cuando la familia funciona satisfactoriamente para cumplir sus objetivos, sus miembros tienden a sentirse positivos con ellos mismos y con su familia. Al contrario, cuando no cumplen los objetivos, las familias se consideran a sí mismas como inefectivas [33]. En la definición de la familia, no debe olvidarse que es la agrupación humana más elemental que conecta a los individuos con la

sociedad. Forgaty considera que la familia es un poderoso sistema emocional al cual pertenecen los seres humanos y constituye el mayor recurso potencial para poder afrontar sus problemas [34].

Conocer las relaciones y conexiones familiares, sociales de cada núcleo familiar es de gran ayuda cuando la familia necesita ser cuidada. A mayor presencia de factores protectores, menor es el nivel de vulnerabilidad y menor la probabilidad que el evento, daño o problema ocurra [35]. Es así que la familia también se considera un sistema dinámico, compuesto por subsistemas en constante interacción, que a su vez pertenecen a un sistema mayor que es el social, con el que se mantiene una relación con la entrada y salida de información [36]. La familia es también una red social primaria de apoyo y de suma importancia en los cuidados de salud.

El cuidado holístico vislumbra todas las dimensiones del ser humano de una manera interdependiente e integrada, como una entidad completa en relación al mundo que le rodea[37], en tanto no puede perderse de vista que los miembros de una familia se desenvuelven en un entorno, con el que continuamente están intercambiando información; por tal razón la persona en el seno del grupo familiar, presentará a lo largo de su vida una serie de cambios que se derivan del hecho de vivir, crecer y desarrollarse en el contexto de una sociedad y cultura, a través de los diversos ámbitos de la vida, escolar, familiar, laboral, en el domicilio y en cualquier circunstancia [38].

Con un enfoque integral, la actuación de la enfermera en la familia confirma la necesidad de un planteamiento general de salud, reconociendo las influencias de tipo social y ecológico, y prestando atención a las poblaciones en peligro [39]. Por ello, la enfermera que labora en la comunidad debe estar preparada para escuchar, compartir con la familia sus saberes y valores; los cuales proporcionan una información subjetiva muy valiosa cuando se

realiza la valoración, que permitirá formular diagnósticos y planes de cuidado adaptados a las necesidades de la familia, respetando sus valores, creencias y su cultura [40].

Para entender este cuidado que brinda la enfermera a la familia, donde existe primacía de creencias y costumbres culturales, nos basamos en la teórica Madeleine Leininger considerada como la primera enfermera que divisó desde la antropología, la universalidad y diversidad del cuidado e incentiva a muchos autores para que desde las diversas culturas se pretenda distinguir lo que las personas sienten, piensan y hacen en torno a su propio cuidado de la salud y solo al comprender desde cada cultura ese cuidado se le podrá expresar bajo los diferentes modos de promoción y mantenimiento de la salud, las distintas maneras en que se previene y se enfrenta a la enfermedad y las varias formas terapéuticas de abordarla. No es posible pretender homogeneizar el cuidado y pensar que los de una cultura sean válidos para las demás [41].

Por ello, reafirmamos que el cuidado implica aprender de las personas sus formas de vida, sus contextos, sus sentimientos, sus preocupaciones, sus creencias, prácticas y valores, en sucesos tan diversos presentados en las diferentes etapas de vidas, con el fin de ofrecer un cuidado coherente con la cultura y sobretodo aportar para lograr un sistema de salud que trabaja acorde la realidad que existe en este país, el mismo que constituye un reto para la práctica de enfermería, y se hace repensar la manera coherente y asertiva de dar cuidado, un verdadero cuidado integral basado en la historia y realidad del otro [42].

El profesional capacitado para cuidar a la familia en todos sus aspectos, es el de enfermería en lo que respecta a salud familiar y comunitaria. Para la OMS, la enfermería comunitaria, es un servicio que presta cuidados de fomento, prevención, mantenimiento, recuperación, rehabilitación y cuidados fuera del hospital, es decir, en su lugar de trabajo, hogar, barrio, escuela, en su comunidad [43]. En tanto la OPS señala que las acciones de la

enfermería comunitaria están dirigidas a la población como un todo. En su ejercicio utiliza el método epidemiológico con el fin de contribuir en la identificación de las necesidades de la salud y para vigilar su tendencia en las poblaciones. Identifica por medio del diagnóstico grupos y conjunto de individuos expuestos a los mismos factores y comparten las mismas necesidades de salud [39].

Una de las actividades básicas que realiza la enfermera al brindar cuidado a la familia, es la visita domiciliaria; la cual se realiza en el hogar de la familia seleccionada, aplicando criterios de riesgo epidemiológico, socio sanitario. Esta visita permite detectar, valorar, apoyar y controlar los problemas de salud del grupo familiar, potenciando la autonomía y mejorando la calidad de vida del mismo. En el sentido más amplio; la visita domiciliaria abarca múltiples aspectos que va más allá del cuidado al ser humano, pues considera la salud y la enfermedad durante todos los ciclos vitales de las personas; así como la clasificación de la familia de acuerdo a la dinámica que se observa en ellos [39].

Una vez concluidas las actividades extramurales y/o visitas domiciliarias, se debe registrar la información generada en los diferentes instrumentos de valoración provistos en cada unidad productora de salud. A estos registros se debe prestar especial atención, puesto que va a facilitar la planificación y ejecución de las intervenciones y actividades favoreciendo el seguimiento de la atención por parte de los distintos miembros del equipo básico de salud y diferentes niveles de atención del sistema socio - sanitario [30].

Los cuidados de Enfermería constituyen un elemento fundamental y articulador en la atención integral que se brinda en el campo comunitario. Esto se evidencia en los documentos que registran la atención [44]; en este sentido, la documentación de enfermería debe ser diseñada para garantizar la seguridad del paciente y proporcionar las bases para la evaluación continua y la revisión de las intervenciones de enfermería. De esta manera, la

información contenida en los registros de enfermería debe ser completa, concisa, apropiada y total sobre el cuidado de la persona y familia, lo que significa que las observaciones deben ser actuales e inmediatas a los cuidados para evitar la omisión o duplicación de la información, a su vez ésta se debe transmitir en un orden lógico [45]

La importancia del aporte de los registros para el enriquecimiento de la disciplina en el mantenimiento de las actividades propias del área, ha sido planteado por Hontangas cuando dice que "la documentación acerca de la práctica de la enfermera es necesaria para evaluar y mejorar su eficacia y productividad y la mejor forma de evidenciar lo que hacen los enfermeros por sus pacientes en lo intelectual, emocional social y físico" [46].

El desarrollo de estas actividades por su complejidad y amplitud requiere de un programa de formación específico en el campo de la enfermería en salud familiar y comunitaria que logre en las enfermeras competencias para la prestación de cuidados enfermeros holísticos y de calidad.

Tal es así que la Dirección General de Gestión de Recursos Humanos (DGRH) del Ministerio de Salud (MINSA), viene proponiendo múltiples propuestas participativas sectoriales e intersectoriales como parte de la construcción de espacios para la articulación de la educación – salud, a fin de constituir el Programa Nacional de Formación en Salud Familiar y Comunitaria (PROFAM) en el ámbito de micro-red de salud con la ruta de implementación del Aseguramiento Universal en Salud (AUS), el cual tiene como objetivo desarrollar recursos humanos en salud del primer nivel de atención del Sistema Nacional de Salud competentes, para la implementación de la Atención Primaria de Salud renovada (APSR), a fin de satisfacer las necesidades de salud de la población [5].

El cuidado de enfermería enfocado en la APS renovada es muy amplio, ya que implica acceso y cobertura universal; atención integral e integrada; énfasis en la promoción

y la prevención; atención apropiada con calidad; orientación familiar y comunitaria; mecanismos activos de participación; marco legal e institucional; organización y gestión óptimas; políticas y programas pro equidad; primer contacto del paciente con el sistema de salud; recursos humanos apropiados y competentes; recursos financieros suficientes adecuados y sostenibles y acciones intersectoriales e interculturalidad [1].

Al respecto Nola Pender, enfermera reconocida en la profesión por su aporte con el Modelo de Promoción de la Salud (MPS), sostiene que las actividades promocionales preventivas de la salud, constituyen una poderosa herramienta utilizada para comprender y promover las actitudes, motivaciones y acciones de las personas particularmente a partir del concepto de autoeficacia, el cual es utilizado por los profesionales de enfermería para valorar la pertinencia de las intervenciones y las exploraciones realizadas en torno al mismo [42], ya que la conducta está motivada por el deseo de alcanzar el bienestar y el potencial humano, donde las personas adoptan decisiones acerca del cuidado de su propia salud.

Según este modelo los determinantes de la promoción de la salud y los estilos de vida, están divididos en factores cognitivos-perceptuales, entendidos como aquellas concepciones, creencias, ideas que tienen las personas sobre la salud que la llevan o inducen a conductas o comportamientos determinados, que en el caso que nos ocupa, se relacionan con la toma de decisiones o conductas favorecedoras de la salud. La modificación de estos factores, y la motivación para realizar dicha conducta, lleva a las personas a un estado altamente positivo llamado salud, la cual es definida, por Pender, como la realización del potencial humano inherente y adquirido a través de la conducta dirigida a la meta, el autocuidado competente y las relaciones satisfactorias con otros, mientras se hacen ajustes necesarios para mantener la integridad estructural y la armonía con los ambientes relevantes a la optimización de la vida, teniendo en cuenta que para la transformación de estas

conductas debe haber una relación entre los determinantes interpersonales de la salud y los efectos del medio ambiente [47].

La concepción de la salud en la perspectiva de Pender, parte de un componente altamente positivo, comprensivo y humanístico, toma a la persona como ser integral, analiza los estilos de vida, las fortalezas, la resiliencia, las potencialidades y las capacidades en la toma de decisiones con respecto a su salud y su vida. Este modelo, también le da importancia a la cultura, entendida ésta como el conjunto de conocimientos y experiencias que se adquieren a lo largo del tiempo, la cual es aprendida y transmitida de una generación a otra. En este sentido, la cultura se considera como una categoría que se manifiesta de manera diferente en los grupos humanos, que influye de forma determinante en las creencias sobre la salud, las respuestas con respecto a las prácticas de autocuidado, los tratamientos terapéuticos, los comportamientos, y la utilización de los servicios de salud[47].

En este sentido, trabajar en las comunidades, requiere que la Enfermera (o) de salud Comunitaria demuestre el más alto grado de profesionalismo. Las características más valiosas que deben poseer son entre otras: confiabilidad, responsabilidad, dedicación y experiencia. La Enfermera (o) de Salud comunitaria es una persona digna de confianza y perseverante; es decir ella sigue el plan de cuidados y mantiene el mayor nivel de calidad del mismo" [33].

Estas cualidades son inherentes a todas las Enfermeras; pero revisten especial importancia en la Enfermera Comunitaria, porque la confianza es vital para promover los cambios de conducta que se sugieren para la conservación de la salud. La perseverancia, también es importante para que los cambios se logren a través de la reiteración de las intervenciones educativas que las familias de las comunidades requieren [7].

Es así que los profesionales de enfermería deben corresponsabilizarse del continuo cuidado de su población, asumiendo más competencias avanzadas, si quiere garantizarse la continuidad en el proceso de cuidados y dar respuesta a las múltiples necesidades socio-sanitarias que presentan la familia y comunidad.

El propósito de la renovación de la APS es revitalizar la capacidad de todos los países de organizar una estrategia coordinada, efectiva y sostenible que permita resolver los problemas de salud existentes, afrontar los nuevos desafíos en salud y mejorar la equidad [48]. En tanto, el primer nivel de atención de salud, es el mejor espacio donde se establece los vínculos con la familia, comunidad y el resto de los sectores sociales para el mejor abordaje de los Determinantes Sociales de la Salud que condicionan el estado de la salud de la población para lo cual desarrolla procesos de intersectorialidad y de participación ciudadana individual y colectiva [1].

Es por tal razón que para la atención de la salud de la población se implementa el Modelo de Atención Integral de Salud basado en Familia y Comunidad (MAIS BFC**),** el cual es un sistema organizado de prácticas de carácter integral, familiar y comunitario, realizado por el equipo de Salud con enfoque biopsicosocial, dirigido a población sana y enferma, priorizando las actividades de la dimensión promocional-preventivo, preocupándose por las necesidades de salud de las personas antes que aparezca la enfermedad, otorgando herramientas para su autocuidado. Su énfasis está puesto en promover estilos de vida saludable, en fomentar la acción intersectorial y en fortalecer la responsabilidad familiar y comunitaria para mejorar las condiciones de salud, en todas las etapas de su ciclo vital (desde su nacimiento hasta su muerte natural), en el contexto de su familia y comunidad [1].

Además de constituir objeto central de la atención, la familia debe ser considerada como sujeto responsable de su propio cuidado. En esta concepción, el equipo básico de salud

familiar y comunitaria (EBS-FC), en el nivel primario, promueve la responsabilidad de las familias, las organizaciones de la comunidad y los servicios de salud, para el cuidado de la salud (entendido como la preservación o mejora de la salud). El equipo básico de salud, es el equipo mínimo constituido por profesionales médicos, enfermería, obstetricia y técnico(a) de enfermería y otros profesionales de salud (odontología, psicología, nutrición, biólogo y técnicos en laboratorio), incorporando a los agentes comunitarios de salud, que cuenten con competencias en salud familiar y comunitaria [1].

Dando paso también, a un modelo distinto de atención que prioriza el trabajo extramural; por lo tanto, define el quehacer del equipo de salud no sólo en el ámbito asistencial, sino en su dimensión de promotor de la participación social en salud y del trabajo intersectorial y el desarrollo local, destinado a acercar la atención a la población beneficiaria, aumentar la satisfacción de los usuarios, mejorar la capacidad resolutiva y controlar los costos de operación, aplicándose este enfoque en todas las acciones sanitarias del sector.

Del mismo modo, consolida la incorporación de principios que rigen dicho modelo son: la integralidad, universalidad, calidad, corresponsabilidad, equidad, solidaridad y eficiencia. Todos los principios descritos son esenciales para establecer las prioridades nacionales en la atención integral de salud. Dentro de los enfoques que influyen en la definición del MAIS BFC tenemos el enfoque de derechos humanos, de equidad de género, interculturalidad y territorialidad.

Asimismo, se considera que la atención en salud debe ser: universal, asegurando con trabajo coordinado de todos los actores del Sector, una cobertura real para la atención, promoción y recuperación de la salud de toda la población, en la medida que es un derecho fundamental de todas las personas. Debe ser equitativa, en la medida en que se reconocen las grandes desigualdades en las condiciones y calidad de vida y salud de las personas. Debe

contribuir a eliminar las inequidades, distribuyendo los recursos y servicios de tal forma que se pueda atender a los grupos de población en función de sus necesidades de salud. Debe promover y apoyar la participación de la persona, la familia y la comunidad en torno a la mejora de las condiciones de salud.

De esta forma, el Modelo de Atención Integral de Salud basado en Familia y Comunidad (MAIS-BFC) concibe las acciones de atención de salud en función de las siguientes definiciones [1]:

Los espacios-objetivo de intervención son la persona, la familia y la comunidad. Las situaciones-objeto de intervención son las necesidades de atención de salud y los determinantes de la salud. Las dimensiones del abordaje de la atención de salud son la dimensión de gobierno (representada por la gestión e implementación de políticas, programas y planes a cargo de los niveles nacional, regional y local) y la dimensión operativa (representada por los establecimientos de salud, dependencias públicas y privadas, así como las organizaciones sociales).

Al hablar de intersectorialidad, municipios, labores con otras instituciones, el MAIS BFC plantea que la intervención intersectorial de la dimensión política, desde los niveles de gobierno (nacional, regional y local) sobre los determinantes sociales de la salud, es la piedra angular para poder modificar positivamente la situación de salud de la población priorizada. Esta intervención, involucra a muchas instituciones y organizaciones de diferentes sectores de salud, tales como: educación, agricultura, economía, gobiernos locales, gremios, organizaciones privadas, autónomas, municipios y escuelas que se encuentran en la jurisdicción de los centros de salud y anexos; y muchos otros para que participen en buscar las mejores alternativas para solucionar los problemas de salud [1].

Con base a ello se configura el modelo de atención integral de salud, que se constituye en dos ejes de atención: el eje de atención de las necesidades de salud y el eje de los determinantes sociales de la salud. Las necesidades de salud son el conjunto de requerimientos, de carácter biológico, psicológico, social y ambiental que tienen las personas, familia y comunidad para mantener, recuperar y mejorar su salud, así como alcanzar una condición saludable deseable.

En el caso de las Necesidades de salud para el programa de atención integral a la familia, se muestran para la familia en expansión, las cuales son [1]: de desarrollo de la salud: para el desarrollo familiar: alcanzar un óptimo desarrollo como familia con valores y principios; desarrollar un buen funcionamiento familiar; establecer una comunicación adecuada, interacción adecuada entre los miembros de la familia acorde a la edad del hijo(a) mayor, con énfasis en los adolescentes; distribución adecuada de roles; adecuado manejo de recursos y una capacidad óptima para la resolución de problemas; desarrollar y mantener recursos intra o extra-familiares; permitir la separación progresiva de los hijos del hogar; crecer y madurar con los hijos, educarlos, forjando deberes y responsabilidades de los integrantes de la familia.

De mantenimiento de la salud: para enfrentar factores de riesgo de carácter físico: mantener un hogar-vivienda saludable, desarrollar mecanismos de prevención para las enfermedades infectocontagiosas a nivel familiar; desarrollar estilos de vida saludable. Para enfrentar factores de riesgo de carácter ambiental: crear y mantener un entorno a la vivienda saludable, participar en el cuidado de la salud ambiental. Derivadas de daños a la salud: desarrollar mecanismos compensatorios para lidiar con: enfermedades crónicas o incapacitantes, y otras situaciones familiares que repercuten en el funcionamiento familiar; familia en crisis, familia donde hay violencia física o psicológica, familia con hábitos perjudiciales a la salud, que afectan la atención y las decisiones médicas futuras [1].

El enfoque centrado en la persona, y no en una enfermedad, involucra comprender el proceso salud enfermedad desde una perspectiva biopsicosocial, y promover las decisiones compartidas entre el equipo de salud. Integra en la atención, los aspectos biológicos, emocionales, y contextuales, junto a las expectativas de la persona cuidada; valorando además la interacción humana en su contexto familiar y comunitario.

De la misma forma, el equipo de salud de familia y comunidad tiene la función de ejecutar la provisión de paquetes de intervención a la familia. Ellos deben ser ofertados en forma continua, con calidad y con enfoque biopsicosocial para cubrir las necesidades de salud de la familia. Los paquetes de atención integral a la familia contienen acciones que están orientadas hacia la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud para lograr el adecuado funcionamiento familiar, contribuyendo así al desarrollo pleno de sus miembros y como unidad se constituya en una familia saludable. Estas acciones promueven comportamientos y estilos de vida saludables y se identifican e intervienen sobre riesgos asociados al saneamiento básico de la vivienda y del entorno familiar [1].

Al igual que con la persona, los paquetes de intervención a la familia han sido diferenciados según la etapa del ciclo vital familiar: formación, extensión, contracción y disolución. En la familia en formación está la pareja que aún no tiene hijos: noviazgo, matrimonio o convivencia, embarazo; en la familia en expansión, se encuentra la pareja con hijos: nacimiento primer hijo, hijo en edad preescolar, en edad escolar, en edad adolescente y en edad adulta; familia en dispersión: familia en la cual se inicia y termina la partida de los hijos en el hogar y desde que se va el primer hijo hasta que lo hace el ultimo; por último familia en contracción: en la cual han partido los hijos y la pareja queda sola, hay jubilación, retiro y muerte de cónyuge.

La organización de los establecimientos de salud orientada al trabajo con las familias y la comunidad, crea la implementación de los flujos de atención intramural y extramural, así como algunas herramientas para asegurar la integralidad, como la disponibilidad de historias clínicas por etapa de vida, fichas familiares y otros formatos.

La ficha familiar contiene los datos generales del grupo familiar, localización de la vivienda y datos sociodemográficos, visita de salud familiar, características de los miembros de la familia. Así mismo los instrumentos de evaluación familiar, riesgos a identificar de acuerdo a la etapa de vida y como familia. Características de la familia y la vivienda, riesgos del entorno, y por último el paquete de atención integral de la familia [49].

Los instrumentos que destaca en su uso para el estudio y abordaje de la familia son el familiograma, representación gráfica de la composición familiar donde se registra la información sobre los miembros que la componen y sus relaciones; el ecomapa representación gráfica del individuo y su familia en su entorno en el que se registraron las conexiones, los conflictos, los recursos y las carencias que presenta la familia con los sistemas externos; el apgar familiar, cuestionario auto-administrado que entrega información de la percepción personal sobre la funcionalidad de la familia [50].

Estos instrumentos de atención a la familia, permite al profesional de enfermería identificar en qué medida la familia está cumpliendo con sus funciones básicas, y cuál es el rol que puede estar jugando en el proceso salud-enfermedad. Del mismo modo, al ofrecer una visión gráfica de la familia y sus relaciones, permiten desarrollar una visión integrada de los puntos fuertes y débiles de la familia en su situación actual, así como en qué medida su desarrollo histórico puede estar influyendo en las interacciones actuales [50].

Por tanto, el cuidado enfermero desde el enfoque familiar debe incluir intervenciones para facilitar el funcionamiento de la unidad familiar y fomentar la salud y el bienestar de

los miembros de la familia a lo largo de toda su vida, como apoyo a la familia, apoyo al cuidador familiar, asistencia en el mantenimiento del hogar, cuidados intermitentes, motivación de la integridad familiar, identificación de riesgos, potenciación de roles y terapia familiar [51].

Definiendo el objeto de estudio de la presente investigación se tiene que, el cuidado enfermero no solo debe centrarse en la persona con alguna enfermedad, sino en la salud de las persona en su totalidad, como un ente social que forma parte de una unidad familiar. A través de un sistema integral, orientado a la promoción de la salud y prevención de la enfermedad, como lo enfatiza el Modelo de Atención Integral de Salud basado en Familia y Comunidad, donde se busque en las familias potenciar su autocuidado y promover su salud tanto personal como de su comunidad; por lo que el desarrollo de iniciativas conjuntas impulsoras del cuidado y satisfacción de las necesidades de salud , dependerá de acciones efectivamente coordinadas entre el equipo básico de salud y todos los actores comprometidos con el bienestar de la población.

1.3 Marco Teórico Contextual

El contexto donde se desarrolló la presente investigación fue en los establecimientos de salud que conforman la Micro-Red Lambayeque del Ministerio de Salud y en las jurisdicciones de los mismos, cuya función es responsable de la organización y gestión de la prestación de servicios de salud del primer nivel de atención.

Está conformado por cuatro establecimientos de Salud del primer nivel de atención, ubicados dentro de la provincia de Lambayeque, cada uno con un equipo básico de salud de acuerdo a la población asignada, con diferentes horarios de atención y distribuidos de la siguiente manera de acuerdo al nivel de complejidad:

- Centro de salud “Toribia Castro Chirinos” (I-4): (Centro de sede), ubicado en la calle Andrés Avelino Cáceres Nº 489; el horario de atención de 24 horas al día.
- Centro de salud “San Martín” (I-3): ubicado en la calle San Antonio Nº 299, el horario diario de atención es 12 horas de lunes a sábado.
- Puesto de salud “Muy Finca Punto 09” (I-1): ubicado en Caserío Muy Finca Punto 9, el horario de atención es de 06 horas diarias.
- Puesto de salud “Sialupe Huamantanga” (I-1): ubicado en el Centro Poblado de Sialupe Huamantanga. el horario de atención es de 06 horas diarias.

Los cuidados a la persona y familia, son brindados por profesionales de la salud de Medicina Humana, Enfermería y Obstetricia, Odontología, Psicología además del técnico de Enfermería y como colaborador voluntario al agente comunitario de salud con formación en Salud Familiar y Comunitaria. Los mismos que cumplen con turnos según el rol establecido por el servicio y las 150 horas de trabajo durante el mes o 36 horas semanales, en el que también influye el tipo de categoría [53].

Además desarrollan principalmente actividades de promoción de la salud, prevención de riesgos y daños, diagnóstico precoz y tratamiento oportuno y rehabilitación, teniendo como eje de intervención las necesidades de salud más frecuentes de la persona, familia y comunidad tanto a través de la atención intramural y extramural.

Dichos establecimientos de salud se encuentran ubicados en la zona urbana y rural, con un total de 21 enfermeras nombradas y contratadas, con más de seis meses laborando en los establecimientos de salud de la Micro-Red Lambayeque respectivamente:

- Centro de salud “Toribia Castro Chirinos” (C.S.T.C.CH.) (I-4): 13 enfermeras
- Centro de salud “San Martín” (C.S.S.M.) (I-3): 6 enfermeras
- Puesto de salud “Muy Finca Punto 09” (P.S. MyF. Pto9) (I-1): 1 enfermera

- Puesto de salud “Sialupe Huamantanga” (P.S. S.H.) (I-1): 1 enfermera

Asimismo, las familias nucleares en expansión integran el área de influencia de las jurisdicciones de cada establecimiento de salud, siendo parte de la población asignada respectivamente. Estas familias poseen un nivel socio-económico medio y bajo, los padres de familia se encuentran generalmente en la edad de jóvenes adultos y adultos maduros, algunos poseen instrucción superior pero mayormente encontramos solo con instrucción primaria – secundaria y otros con estudios incompletos. Dentro de las ocupaciones del jefe de familia destacan pequeños comerciantes, vendedores, agricultores, pescadores y obreros calificados. Además las familias se encuentran con ciclo vitar familiar en expansión, donde las parejas de padres tienen hijos en edad lactante preescolar, escolar, adolescente, adulta.

CAPÍTULO II

MÉTODOS Y MATERIALES

2.1 TIPO DE INVESTIGACIÓN

La investigación fue de tipo cualitativo, que permite obtener descripciones detalladas de situaciones, interacciones y comportamientos observables, incorporando las experiencias, pensamientos y reflexiones tal y como son expresadas por los sujetos de estudio y no como el investigador los percibe, destacándose aspectos dinámicos, holísticos e individuales de la experiencia humana [54].

2.2 DISEÑO DE LA INVESTIGACIÓN

El abordaje de la investigación fue el estudio de caso, a través del cual las investigadoras analizaron y comprendieron a profundidad los aspectos más relevantes sobre el cuidado que brinda el profesional de enfermería a la familia nuclear en expansión en el marco del Modelo de Atención Integral de Salud basado en Familia y Comunidad.

Los estudios de caso brindan al investigador la oportunidad de obtener conocimientos íntimos de los pensamientos, condiciones, los actos pasados y presentes, las intenciones y el entorno del sujeto de estudio [54], siendo necesario resaltar datos que no sólo se relacionan con el estado actual del individuo, sino con experiencias, factores situacionales y ambientales previos.

Asimismo, para el desarrollo de la investigación se tuvo en cuenta las siguientes características o principios del estudio de caso según el modelo de Nisbet e Watt citado por Ludke y Marli, así tenemos [55]:

El estudio de caso se dirige al descubrimiento: "Se fundamenta en que el conocimiento no es algo acabado, es una construcción que se hace y se rehace constantemente, planteando que el investigador parte de algunos supuestos teóricos iniciales, procurando mantenerse atento a nuevos elementos importantes que pueden surgir durante el estudio". En el desarrollo de la investigación, se partió con una base teórica inicial, que posteriormente fue enriquecida por nuevos conceptos de acuerdo a la realidad encontrada, siendo fundamentales los antecedentes y otros conceptos teóricos relacionados al objeto de la investigación, lográndose descubrir nuevos aspectos claves que surgieron y fueron relevantes durante el estudio.

*Enfatiza la interpretación en el contexto: "P*ara una comprensión más completa del objeto de estudio, es preciso tener en cuenta el contexto en que se sitúa". En la investigación se tomó en cuenta el contexto en el que está inmerso el profesional de enfermería en el cuidado con la familia, las acciones, percepciones, comportamientos e interacciones de la enfermera con los integrantes de las familias nucleares en expansión.

*Buscan retratar la realidad en forma compleja y profunda: "*El investigador procura revelar la multiplicidad de dimensiones presentes en una determinada situación o problema, enfocándolo como un todo. Enfatiza la complejidad natural de las situaciones, evidenciando la interrelación de sus componentes". Este principio fue aplicado por las investigadoras, donde se obtuvo la información de cómo es el cuidado que brinda la enfermera a las familias; se trató que los discursos manifestados por los sujetos en estudio, tanto el profesional de enfermería como las familias, manifiesten la realidad vivida tal y como sucede, sin alterarla y así revelar la multiplicidad de dimensiones presentes en la realidad enfocándolo como un todo y evidenciando la interrelación de sus elementos.

Utilizan diversas fuentes de información: "El investigador recurre a una variedad de datos recolectados en diferentes momentos y en situaciones con una variedad de informantes claves, donde puede cruzar información, descubrir nuevos datos, separar suposiciones, entre

otros”. En el desarrollo del presente estudio, se investigó sobre la problemática descrita, se exploró diferentes fuentes a través de algunas entrevistas previas con las familias, siendo las fichas familiares las fuentes del proceso del cuidado enfermero, así como también el libro de seguimiento del padrón familiar, informes de visitas familiares, lo que permitió develar aspectos asociados al objeto de estudio; asimismo dicha información fue recolectada en diferentes momentos y situaciones.

Revelan experiencias vicarias, que permiten generalizaciones naturales: “El investigador procura relatar sus experiencias durante el estudio, de modo que el lector o usuario pueda realizar sus generalizaciones naturales que ocurre en función del conocimiento experimentado del sujeto, en el momento en que este intenta asociar datos encontrados, fruto de sus experiencias personales”. En el presente estudio, las investigadoras analizaron la información recolectada aplicando las experiencias adquiridas durante su formación en pregrado. Durante el trayecto de toda la investigación se dejó constancia de cómo se ha procedido a investigar, dejando la libertad al lector para sacar sus propias conclusiones y deducir aquellas situaciones que pueden aplicarse a su realidad.

*Procuran representar los diferentes y a veces conflictivos puntos de vista presentes en una situación social: “*Cuando el objeto o situación estudiada puedan suscitar opiniones diferentes, el investigador procura traer para el estudio esas divergencias de opiniones, revelando incluso su propio punto de vista sobre la situación”. En esta investigación se observó la realidad desde las diferentes perspectivas, opiniones y modos de pensar de las enfermeras y las familias nucleares en expansión en los diversos establecimientos de salud, teniendo en cuenta tanto las respuestas afines como las contradictorias sin parcializar opiniones para que se pueda enriquecer la construcción continua del objeto de estudio.

*Utilizan un lenguaje y una forma más accesible en relación a otros relatos de informes de investigación: “*Los relatos escritos se presentan generalmente con estilos informal, narrativo, ilustrado por figuras del lenguaje dependiendo del tipo de usuario a que

se destina”. Los discursos obtenidos en la investigación fueron redactados en forma sencilla y narrativa, tal y como fueron expresados, logrando la fácil comprensión y accesibilidad a toda persona con interés en el presente estudio, permitiendo brindar información necesaria respecto al objeto en estudio.

Nisbet e Watt citado por Ludke y Marli, sostienen que el desarrollo del estudio de caso comprende tres fases, enfatiza que estas fases se sobreponen en diferentes momentos, siendo difícil precisar el límite que las separa, descritas a continuación [55]:

Fase exploratoria o abierta, el estudio de caso comienza con un plan incipiente el cual se va delineando en la medida en que se desarrolla la investigación para definir en forma precisa el objeto, especifica los puntos críticos de establecer los contactos iniciales, localizar a los informantes y fuente de datos necesarios para el estudio, obteniéndose información fidedigna.

En esta fase se plantearon las siguientes interrogantes: ¿cómo viene respondiendo el profesional de enfermería frente a las necesidades sentidas y no sentidas de la familia?, ¿la enfermera utiliza las teorías que fundamentan sus cuidados a las familias?, ¿la enfermera de familia brinda una atención integral basada en el Modelo de Atención Integral de Salud basado en Familia y Comunidad?, entre otras preguntas que surgieron al iniciar la investigación, volviéndose más especifica la interrogante a investigar y delimitándose mejor el objeto de estudio.

La investigación surgió de la inquietud de las autoras por conocer cómo es el cuidado que brinda el profesional de enfermería a las familias nucleares en expansión. Para ello fue necesario tener un conocimiento previo de esta realidad derivada de la propia experiencia y observación en los diferentes campos de práctica, seguido de consultas bibliográficas, que permitió establecer los contactos iniciales y valorar la viabilidad y factibilidad del estudio para luego proceder a planificar la investigación.

Al respecto, para entrar en el campo de estudio y establecer los contactos iniciales con los sujetos en estudio, se solicitó el permiso respectivo de los cuatro Establecimientos de Salud que conforman la Micro-Red de Lambayeque, mediante el empleo de solicitud dirigida al Gerente de La Micro-Red de Lambayeque. Logrando entrevistar a las enfermeras y visitar a las familias de tipo nuclear, con ciclo vitar familiar en expansión en las comunidades pertenecientes a las jurisdicciones de cada establecimiento de salud correspondiente.

Fase sistemática o delimitación del estudio, una vez identificados los elementos claves y los límites aproximados del problema, el investigador puede proceder a redactar sistemáticamente la información utilizando instrumentos más o menos estructurados, técnicas más o menos variadas, su elección es determinada por las características propias del objeto a estudiar.

En el presente trabajo, las investigadoras establecieron una relación de confianza con los sujetos de estudio, se les explicó el objetivo de la investigación, paralelo a ello se les solicitó la firma del consentimiento informado, consignado en el documento elaborado para tal fin (Apéndice B) y su autorización para hacer uso de dispositivos y grabar sus declaraciones.

Posteriormente, se recolectó la información de forma sistemática a través de una entrevista semiestructurada, abierta a profundidad (Apéndice C y D), la cual estuvo conformada por diversas preguntas, determinada por las características propias del objeto de estudio. Cuando el profesional de enfermería o el representante de la familia nuclear en expansión, no respondían al objeto de estudio de la presente investigación, se aplicaron las técnicas de entrevista abierta como el parafraseo, con la finalidad de no perder la ilación y el participante exprese más emociones relacionadas con el tema permitiendo que éstas sean narradas en toda su magnitud.

La aplicación de la entrevista dirigida al profesional de enfermería fue realizada en los establecimientos de salud que conforman la Micro-Red de Lambayeque (intramural), mientras que la entrevista aplicada a las familias nucleares en expansión se realizó visitando las comunidades en donde habitan (extramural).

Fase de análisis sistemático y elaboración del informe, desde la fase exploratoria surge la necesidad de unir la información recolectada para posteriormente analizarla. Una vez recolectado los datos se llevará a cabo el análisis temático de los discursos bajo criterios descriptivos, analíticos, sistemáticos y sintéticos.

En primer lugar, se describió el contexto tratando siempre la realidad en forma compleja y profunda. En la investigación, luego de transcribir los discursos, se realizó la lectura y relectura de estos, dando lugar a la codificación, agrupación, organización, comparación y comprensión, verificando la validez.

Posteriormente se llevó a cabo la descontextualización en las declaraciones las cuales fueron codificadas utilizando seudónimos relacionados a valores inherentes al ser humano y a la profesión de enfermería, tales como justicia, amor, respeto, autonomía, honradez, solidaridad, humildad, valentía, responsabilidad, paz, libertad, tolerancia, paciencia, equidad, lealtad; y seudónimos de flores utilizados para las familias nucleares en expansión: margarita, rosa, geranio, clavel, cuna de niño, girasol, azucena, tulipán, lirio, orquídea, gladiolo, hortensia.

Seguido a ello fueron separadas en segmentos que constituyeron los núcleos de significado permitiendo así la categorización y cada una de las cuales fueron analizadas e interpretadas. Finalmente se procedió a analizar los resultados, con el apoyo del marco teórico y antecedentes, y se elaboró el informe final utilizando un lenguaje sencillo, de fácil entendimiento para el lector.

2.3 POBLACIÓN Y MUESTRA

2.3.1. Población

La población en estudio estuvo conformada por enfermeras que laboran en los establecimientos de salud de la Micro-Red de Lambayeque y por familias nucleares en expansión del área de influencia de las jurisdicciones de los establecimientos de salud de la misma Micro-Red en estudio.

Los participantes reunieron los siguientes criterios de inclusión:

- Profesionales de enfermería que laboran en los establecimientos de salud de la Micro-Red Lambayeque
- Profesionales de enfermería nombrados y/o contratados, que cuentan con seis meses a más laborando en los establecimientos de salud correspondientes.
- Familias de tipo nuclear con ciclo vital familiar en expansión, que vivan en las áreas de las jurisdicciones de cada establecimiento de salud que conforma la Micro-Red Lambayeque.
- Familias nucleares en expansión que figuren en el patrón del registro de la estrategia de salud familiar- comunitaria y que cuenten con al menos una visita domiciliaria por el profesional de enfermería.

2.3.2. Muestra

La muestra fue de 15 enfermeras y 12 familias determinadas por saturación y redundancia, donde al revisar nuevos datos y no encontrar categorías nuevas o significados diferentes; o bien tales datos encajan fácilmente dentro del esquema de categorías establecidas, se da la saturación, lo cual significa que las declaraciones se tornaron repetitivas, redundantes y no aportaban información relevante a la investigación [56].

Asimismo, se garantizó la representatividad considerando los discursos de las enfermeras que laboran en los cuatro establecimientos de salud que conforman la Micro-Red de Lambayeque. Se tuvo en cuenta los discursos de las enfermeras y las familias nucleares en expansión que desearon participar voluntariamente de la investigación.

2.4 TÉCNICAS E INSTRUMENTOS DE RECOLECCIÓN DE DATOS

Para la recolección de datos se utilizó como técnica la observación, que consiste en un registro visual de lo que ocurre en una situación real, consignando los acontecimientos pertinentes de acuerdo con algún esquema previsto y según el problema que se estudia [54]. En la investigación se observó las características y condiciones de los sujetos en estudio, sus gestos, conductas, características y factores ambientales.

Del mismo modo se aplicó una entrevista, la cual fue de tipo semiestructurada abierta a profundidad, entendiéndose ésta como el encuentro cara a cara entre el investigador y los participantes, lo que permite conocer bien e interpretar qué nos quiere decir [56]; se basan en una guía de preguntas, donde el investigador posee toda la flexibilidad para introducir preguntas adicionales logrando la comunicación y la construcción conjunta de significados respecto a un tema [54-57].

Previa aplicación de la entrevista, se solicitó el permiso respectivo al Gerente de los cuatro Establecimientos de Salud que conforma la Micro-Red de Lambayeque, mediante el empleo de solicitud (Apéndice A), se estableció contacto con el profesional de enfermería y familias, que cumplieron con los criterios de inclusión mencionados, a los cuales se les dio a conocer el propósito del estudio, quienes firmaron el consentimiento informado (Apéndice B), lo que significa que aceptaron voluntariamente participar en el estudio.

Las investigadoras realizaron una pre-entrevista al profesional de enfermería, así como también a las familias nucleares en expansión, que sirvió para la coordinación del lugar, fecha y hora en que se realizó la entrevista. Luego de la coordinación previa, se

recolectó la información de forma sistemática haciendo uso de una guía de entrevista semiestructurada que consistió en interrogantes relacionadas al objeto de estudio (Apéndice C y D); cuando no se obtuvo la información requerida, se empleó preguntas complementarias aplicando el parafraseo, con la finalidad de no perder la ilación y que los participantes expresen más emociones relacionadas con el tema, permitiendo que éstas sean narradas en toda su magnitud.

La aplicación de la entrevista dirigida al profesional de enfermería fue realizada en los establecimientos de salud que conforman la Micro-Red de Lambayeque (intramural), mientras que la entrevista aplicada a las familias nucleares en expansión que fueron identificadas a través del padrón de salud familiar, se realizó visitando en las comunidades de las jurisdicciones de cada establecimiento de salud (extramural), las mismas que se realizaron en un ambiente acondicionado, libre de interferencias, brindando a los participantes privacidad y libertad para expresarse espontáneamente.

Se tuvo en cuenta la fidelidad del método escogido, utilizando un dispositivo de grabadora de voz, previa autorización de los sujetos de estudio, lo cual nos permitió apreciar amplia y fidedignamente el discurso de cada participante, en lo que posteriormente se transcribió en su totalidad.

2.5 PROCESAMIENTO Y ANÁLISIS DE LOS DATOS

Una vez obtenidos los discursos se procedió a la transcripción de estos, respetando la identidad de los participantes a través de seudónimos, para el profesional de enfermería se establecieron valores inherentes al ser humano, tales como justicia, amor, respeto, autonomía, honradez, solidaridad, humildad, valentía, responsabilidad, paz, libertad, tolerancia, paciencia, equidad, lealtad; y para las familias nucleares en expansión seudónimos de nombres de flores, como margarita, rosa, geranio, clavel, cuna de niño, girasol, azucena, tulipán, lirio, orquídea, gladiolo, hortensia.

Se realizó la ordenación y análisis temático, donde los discursos fueron leídos y releídos para descontextualizarlos con la búsqueda de temas, y fueron separados en segmentos lo que constituyeron las unidades de significado. Posteriormente fueron integrados para formar categorías y subcategoría, en un proceso de contextualización. Finalmente se procedió a analizar e interpretar los resultados, con el apoyo de antecedentes, fundamentos teóricos actuales, conservando en todo momento el principio de objetividad y confidencialidad de la información.

2.6 RIGOR CIENTÍFICO

El rigor científico, estuvo basado en los principios propuestos por Pedro Demo, los cuales se detallan a continuación [58]:

Coherencia: "significa tener prioridad lógica, es decir falta de contradicción, argumentación bien estructurada; despliegue del tema de modo progresivo y disciplinado, con comienzo, medio y fin; deducción lógica de conclusiones, coherente y un discurso que establecido su punto de partida evoluciona sin entrar en contradicción y a partir del sentido de los supuestos llegar a conclusiones coherentes entre sí". En el desarrollo de la presente investigación, el planteamiento del problema, objeto de estudio y objetivos estuvieron interrelacionados entre sí; además el marco teórico sirvió de guía para el descubrimiento de conocimientos.

Consistencia: "significa la capacidad de soportar argumentos opuestos, se diferencia de la coherencia porque es estrictamente lógico, mientras que la consistencia también se relaciona con el argumento de hoy". Los resultados de la investigación fueron analizados y contrastados con sustentos teóricos actualizados.

Originalidad: "significa que la producción es inventiva, basada en la investigación creativa y no solo repetitivo". La investigación tuvo un objeto de estudio novedoso y que no ha sido investigado actualmente, existiendo pocos trabajos relacionados al cuidado que

brinda el profesional de enfermería a la familia nuclear en expansión, en el marco del Modelo de Atención Integral de Salud basado en Familia y Comunidad.

Objetividad: "significa tratar de descubrir la realidad social tal como es, y no como nos gustaría que fuera". Se adoptó una conducta objetiva detallando lo que efectivamente sucede, a través de un análisis racional de los datos que permitieron explicar el objeto estudiado. La investigación fue de tipo cualitativa, se utilizó la metodología de estudio de caso, los participantes expresaron sus pensamientos y reflexiones tal y como fueron sentidos por ellos.

2.7 PRINCIPIOS ÉTICOS

Durante el desarrollo de la investigación se puso en práctica los principios éticos según el Decreto Supremo N°011-2011-JUS, que reconoce la protección de los derechos humanos [59]:

Principio de respeto de la dignidad humana

La defensa de la persona humana y el respeto de su dignidad constituyen un fin supremo de la sociedad y del Estado, fundamento para el ejercicio de los derechos que le son propios. La persona humana es considerada siempre como sujeto y no como objeto, su valor no depende de factores ajenos a su dignidad. En la investigación se respetó la decisión de los profesionales de enfermería y de las familias nucleares en expansión de participar voluntariamente o no en la investigación, asimismo se les brindó información clara y precisa teniendo el derecho de dar por terminada su participación en cualquier momento, de rehusarse a dar información o de exigir que se les explique el propósito del estudio, sin ser de ninguna manera objeto de ultrajes o humillaciones.

Principio de primacía del ser humano y de defensa de la vida física

El interés humano debe prevalecer sobre el interés de la ciencia. La investigación y aplicación científica y tecnológica, deben procurar el bien integral de la persona humana. Cualquier investigación realizada en personas humanas considerará la aplicación del principio de lo más favorable para la persona humana.

En la presente investigación, se aplicó este principio en los profesionales de enfermería y en las familias nucleares en expansión, buscando hacer el bien y evitar el mal, respetando a la persona a nivel físico y espiritual en todo momento. Asimismo, todos los datos obtenidos de los sujetos de estudio no fueron alterados ni modificados, proporcionando así datos fidedignos.

Principio de autonomía y responsabilidad personal

La autonomía debe siempre estar orientada al bien de la persona humana y nunca puede ir en contra de su dignidad. El consentimiento informado en tales términos supone el reconocimiento de la persona a ser tratada como un ser libre y capaz de tomar sus decisiones, el cual puede ser revocado en cualquier momento, sin que esto perjudique a la persona; en este sentido viene integrada a la responsabilidad personal. En la investigación, este principio se desarrolló respetando el consentimiento de los participantes, avalado con su firma, quienes nos brindaron información acerca del objeto de estudio de una manera libre sin el riesgo de exponerse a represalias; previa información adecuada sobre los fines de la investigación.

Principio de sociabilidad y subsidiaridad

Toda persona debe comprometerse a considerar su propia vida y salud, así como la de los demás como un verdadero bien. La subsidiaridad comienza por el respeto a la autonomía de la persona, que considera atender a sus necesidades sin sustituirle su capacidad de decidir y actuar. En esta investigación este principio se efectuó, considerando a los sujetos

en estudio como personas autónomas, capaces de decidir y actuar, aceptando las opiniones y actitudes ante las diferentes circunstancias que se puedan presentar.

Principio de beneficencia y ausencia de daño

Al fomentar y aplicar el conocimiento científico, la práctica médica y las tecnologías conexas deberán tener como objetivo el bien de la persona. Ese bien abarca el bien total de la persona humana en su integridad y en su concreta situación familiar y social. En la presente investigación, este principio se aplicó informando a los participantes, que los resultados obtenidos serían utilizados de manera estricta para fines de la investigación; asegurando el bienestar del sujeto en estudio usando el anonimato con el propósito de minimizar los riesgos.

Principio de igualdad, justicia y equidad

Toda investigación y aplicación científica y tecnológica en torno a la vida humana considerará la igualdad ontológica de todos los seres humanos, indistintamente de la etapa de vida por la que éstos atraviesen. Las investigadoras adoptaron las medidas necesarias garantizando que los profesionales de enfermería y las familias nucleares en expansión que participaron en la investigación, fueron tratados de manera justa sin discriminación; antes durante y después de su participación; y con respeto a su privacidad.

Tutela del medio ambiente, la biosfera y la biodiversidad

Es responsabilidad de toda persona humana el cuidado y la protección del medio ambiente, biósfera y biodiversidad, lo que supone un acceso adecuado a los recursos naturales, la diversidad biológica y genética, su conservación y aprovechamiento sostenible. Las investigadoras cuidaron del entorno, protegiéndolo en toda su riqueza.

CAPÍTULO III

RESULTADOS Y DISCUSIÓN

El cuidado enfermero no solo debe centrarse en la persona con alguna enfermedad, sino en la visión de salud de las personas en todo contexto donde se desenvuelve, es por ello que la enfermera, tiene la obligación de alinear su visión de cuidado a la persona en su totalidad, como un ente social que forma parte de una unidad familiar [21]. Ya que la familia es una unidad biopsicosocial que mantiene un determinado comportamiento frente a la salud y su pérdida, destacando entre sus funciones las de cuidarse y enseñar a cuidar a sus miembros para satisfacer sus necesidades facilitando el desarrollo saludable de estos. Además la familia es la principal proveedora de cuidados, algunos estudios afirman que el 66% de las personas que necesitan cuidados los reciben de su familia [52].

Actualmente se requiere un sistema orientado a la promoción de la salud y prevención de la enfermedad, como lo enfatiza el Modelo de Atención Integral de Salud basado en Familia y Comunidad (MAIS BFC), donde se busque en las familias, potenciar su autocuidado y promover su salud tanto personal como de su comunidad; por lo que el equipo básico de salud capacitado para hacer esto posible por su formación y competencias, es el profesional de enfermería, el cual debe brindar un cuidado integral a la persona, familia y comunidad.

El nuevo modelo de Atención también propicia la figura de la enfermera comunitaria de enlace para acercar los cuidados a las familias [1]. La enfermera familiar y comunitaria orienta sus cuidados a la mejora y mantenimiento de la salud y bienestar de la población, ya que participa activamente en la vigilancia y control epidemiológico de la salud de la

población, desarrolla estrategias de intervención y participación comunitaria centrada en la promoción de la salud y prevención de la enfermedad [60].

Es por ello que la atención de cuidados a la población se debe hacer de forma coordinada con profesionales sanitarios y no sanitarios, donde la enfermera lidere los procesos asistenciales y gestión de los cuidados, en lo referente a recursos como a conocimiento enfermero, elaborando sus propios conceptos y teorías, e integrando el conocimiento de otras disciplinas. Asimismo, garantice el respeto a los valores, cultura y creencias de la familia y comunidad, la participación de la persona en la toma de decisiones y la atención en situaciones de vulnerabilidad. Todo ello en el marco de la coordinación con otros miembros del equipo básico de salud, lo que reportará al ciudadano una atención integral y continuada de su salud [61].

Al analizar los resultados y comprender el cuidado que brinda el profesional de enfermería a la familia nuclear en expansión en el marco del Modelo de Atención Integral de Salud basado en Familia y Comunidad en la Micro-Red Lambayeque, emergieron cuatro grandes categorías, las cuales se presentan a continuación cada una con sus respectivas subcategorías:

I. CUIDADO ENFERMERO A LA FAMILIA CON INTEGRALIDAD

1.1. Estableciendo el primer contacto: Cuidando a la familia con trato digno

1.2. Acercando a la familia al sistema de salud a través del trabajo extramural

1.3. Aplicando los instrumentos de valoración familiar como herramienta para una mejor intervención de enfermería

1.4. Concertando el Cuidado Enfermero según las necesidades de salud de la familia nuclear en expansión

1.5. Propiciando la continuidad del Cuidado Enfermero enfocado en el riesgo familiar

1.6. Evidenciando el cuidado a través del registro de enfermería en el sistema de información de salud familiar

II. EMPODERANDO A LA FAMILIA PARA UN AUTOCUIDADO SALUDABLE

2.1. Promocionando la salud con énfasis en los estilos de vida saludable

2.2. Previniendo la enfermedad según los niveles preventivos

III. DEVELANDO EL CUIDADO DE ENFERMERÍA A LA FAMILIA FRENTE A LAS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD

3.1. Valorando el contexto socioeconómico que influye en el cuidado a la familia

3.2. Conociendo y respetando la primacía de las creencias y costumbres de la familia para un cuidado intercultural

3.3. Afrontando las inequidades y desigualdades sanitarias en la Atención Primaria de Salud Renovada

IV. FORTALECIENDO ALIANZAS INTERSECTORIALES CON LA PARTICIPACIÓN CIUDADANA

A continuación, se discuten los resultados a la luz de la literatura.

I. CUIDADO ENFERMERO A LA FAMILIA CON INTEGRALIDAD

Actualmente el cuidado de enfermería centrado en la familia está enmarcado en el nuevo Modelo de Atención Integral de Salud basado en Familia y Comunidad, con un sistema organizado de prácticas con enfoque biopsicosocial, dirigido a la población sana y enferma. Puesto que releva como foco de atención a la familia, reconociendo que ésta influye en la salud y en la enfermedad de sus miembros y, de igual modo, la salud de cada miembro influye en el sistema en su conjunto [1].

La integralidad consiste en que las personas sean reconocidas en su carácter multidimensional como seres biopsicosociales, incluyendo a la familia y comunidad como objetos de atención [1]. Enfermería debe estar enfocada a cuidar integralmente, tomando como eje central las necesidades sentidas y no sentidas. Es por ello que es necesario construir un cuerpo de conocimientos científicos, de orden lógico y dinámico, a partir de una visión holística del ser humano y actuar de forma comprometida para alcanzar el bienestar integral físico, mental, espiritual y social de la persona, familia y comunidad.

Al mencionar la visión holística con la que se busca equilibro en el ser humano, se hace referencia al holismo. La palabra holismo tiene sus orígenes en el vocablo griego holikós que significa “todo, íntegro y/o completo”, es entonces, que el cuidado tendrá un significado más transformador, y no será reducido a la aplicación correcta de una técnica o procedimiento. Cuidar bajo el paradigma holístico significa, cuidar en los aspectos biológicos, psicológicos, sociales, espirituales, culturales e interrelación con el entorno [23].

Watson J. como precursora del Cuidado Humano, utiliza el enfoque del holismo en su teoría para dar a conocer que la profesión de enfermería no debe cuidar a la persona relacionándola a un órgano o una enfermedad, eso implica que la enfermera deber cuidar

holísticamente al ser humano sin reducirlo a las esferas de cuerpo y mente, permitiéndole desarrollar su espiritualidad y hacerlo parte de su quehacer, solo así podrá desarrollar un cuidado único, particular y de calidad, garantizando la eficacia y la efectividad de las intervenciones de enfermería [21].

En el presente estudio al develar el cuidado integral a la familia, se tienen evidencias del trabajo que realiza el profesional de enfermería y se verifica cuando emergen las siguientes subcategorías.

1.1.Estableciendo el primer contacto: Cuidando a la familia con trato digno

La calidad de los servicios de enfermería se define como: "la atención oportuna, personalizada, humanizada, continua y eficiente que brinda el personal de enfermería de acuerdo a estándares definidos para una práctica profesional competente y responsable con el propósito de lograr la satisfacción del usuario y la del prestador del servicio" [24]. Ésta calidad se considera desde dos dimensiones: la calidad técnica que requiere de la competencia y responsabilidad del profesional para aplicar sus conocimientos y habilidades en todos los cuidados que otorga y la calidad interpersonal entendida como el Trato Digno que distingue el cuidado de enfermería y cuyos rasgos característicos son: comunicación, confianza y respeto [25].

El trato digno es un proceso de interés y motivación, una relación con amabilidad, respeto, agrado y empatía; formando un ambiente de confianza y una comunicación efectiva entre la enfermera/o familiar y la familia dando validez y respuesta a las necesidades existentes ante la situación de salud y de esta manera lograr la satisfacción de la familia [26].

En este sentido, la Ley de Derechos y Deberes del Paciente, propuesto por el Ministerio de Salud, señala que en su atención de salud, las personas tienen derecho a recibir un trato digno, respetuoso en todo momento y en cualquier circunstancia [27]. Asimismo, el

artículo n°1 establecido en el Código de Ética y Deontología del Colegio de Enfermeras(os) del Perú, menciona que "la enfermera(o) brinda cuidados de Enfermería respetando la dignidad humana y la particularidad de la persona, sin distinción de índole personal, política, cultural, económica o social" [28].

La persona y su familia, tienen derecho a recibir un cuidado integral de calidad, para ello se requiere de Enfermeras con estimación y respeto de sí misma y de los demás, que amen la vida y que manifiesten sus valores a través de la paciencia e inteligencia con capacidad de observación, reflexión y optimismo para que puedan conducir su práctica con un alto sentido ético y de satisfacción propia [62].

Salvaguardar el respeto de la familia, su dignidad o un trato digno son las proposiciones que acompañan a la definición de unos buenos cuidados de enfermería [63]. Tal es así que las enfermeras que laboran en los diferentes establecimientos de salud que conforma la Micro-Red en estudio, refieren que cuidan con trato digno, evidenciándose en los siguientes discursos:

> *"... brindamos calidad de atención, desde que vemos a la persona y a la familia, los tratamos como realmente ellos se merecen; le brindamos un buen trato, tal es el caso de personas que vienen atenderse desde muy lejos, solo porque aquí le tratamos bien"* (Enf. "Justicia"- con 20 años de servicio- Desempeñándose en el área de Crecimiento y Desarrollo (CRED), atención del RN, en la estrategia de Salud Familiar y Comunitaria – C.S. T.C.CH).
>
> *"...al trabajar con familias brindo un cuidado holístico, que nace de mi misma; siendo carismática con la persona y familias, para que nos tengan confianza…"* (Enf. "Respeto"- con 22 años de servicio- Desempeñándose en el área de Crecimiento y Desarrollo (CRED), atención del RN, en las estrategias de Salud Familiar y Comunitaria, Adulto Mayor. – C.S. T.C.CH.)
>
> *"... yo les doy una buena atención; desde el saludo: señora buenas tardes soy la licenciada del centro de salud tal, estamos haciendo esta campaña; entonces la*

familia se siente más informadas, y puedo llegar a ellos…" (Enf. "Paciencia"- con 5 años de servicio- Desempeñándose en el área de Crecimiento y Desarrollo (CRED), en la estrategia de Salud Familiar y Comunitaria – C.S. S.M.)

Ello concuerda con el enfoque de derechos humanos del Modelo de Atención Integral basado en Familia y Comunidad, el cual se fundamenta en el respeto a la dignidad de toda persona, la que nace con derechos por su sola condición de ser humano. Según este enfoque, el ser humano es el centro de las diversas esferas de acción del estado e implica brindar las garantías para igualdad de trato y la no discriminación en la atención de salud [1].

Es por ello que el profesional de enfermería tiene la obligación ante cualquier cuidado a la persona y familia, ofrecer un trato digno, desde un saludo amable, la presentación del personal de salud, dirigirse a la persona por su nombre, además explicarle las actividades o procedimientos que se van a realizar, salvaguardar su intimidad, el hacerla sentir segura, el tratar con respeto, brindar información adecuada; todo ello y más [25].

El cuidado también se define como el conjunto de categorías que involucran la comunicación verbal y no verbal, la minimización del dolor físico, la empatía para atender el todo [29]. Ofreciendo un proceso de cuidado significativamente humanitario, como lo refiere Watson, porque tratamos con personas: "es una transacción de humano a humano", en donde se realza la dignidad de la persona, por lo que requiere un compromiso personal, social, moral y espiritual por parte de la enfermera. De esta manera, la enfermera contribuye con la preservación humana en la sociedad [21].

El derecho de los usuarios a resolver todas sus dudas, recibiendo información suficiente, de calidad y oportuna [64], es elemento clave de la relación con la familia, sin ella es imposible manifestar la intención de ayuda y el tipo de cuidados que le vamos a ofrecer, de manera que las relaciones interpersonales se logren adecuadamente. La relación

interpersonal también hace referencia al interés que se tiene por las personas, el cual se demuestra por la comodidad, privacidad y secreto profesional [65].

Ello nos lleva a la reflexión de cómo debemos de encaminar el cuidado enfermero en el trabajo para brindar un cuidado de calidad y calidez; es así que en el presente estudio las enfermeras al brindar cuidado, buscan interactuar con la familia demostrando un buen trato; tal como se evidencia en los siguientes discursos:

> *"…en mi zona, cuando llegué por primera vez, había muchas familias que no venían al establecimiento; una vez que interactué con ellos, gané confianza; ahora la comunicación con la familia es mejor para poder ayudarles…"* (Enf. "Valentía"- con 23 años de servicio- Desempeñándose en el área de área de Crecimiento y Desarrollo (CRED), en las estrategias de Salud Familiar y Comunitaria, TBC – C.S. S.M.)

> *"… la familia cuando no me conoce, no me dan información…" "… pero conforme te van conociendo te vas ganando la confianza, entonces te brindan los datos."* (Enf. "Equidad"- con 10 años de servicio- Desempeñándose en el área de Crecimiento y Desarrollo (CRED), en las estrategias de Promoción de la Salud (PROMSA), y de Salud Familiar y Comunitaria – C.S. S.M.)

> *"… según como yo trato o converso con la familia, me brindan su confianza, y pueden contarme, para saber qué problemas presentan y poder ayudarles…"* (Enf. "Paz"- con 17 años de servicio- Desempeñándose en el área de Crecimiento y Desarrollo (CRED), en las estrategias de Salud Familiar y Comunitaria, Adulto Mayor– C.S. S.M.)

Lo expuesto, se asemeja a lo encontrado por Monzon A, Milder S, Contreras Ll, Guzmán C.; en su investigación "Significado que atribuyen las familias a la Atención de Salud. Distrito de Sanagoran-Huamachuco.2012", en Perú: La Libertad. Como resultados de este estudio dentro de su tema central, muestran que, la gente tiene que recibir cuidados más un trato digno; enfatizando que, si se atiende mal a la gente, genera desconfianza y se pierde su aceptación [11].

Entonces concluimos que en una relación constante e interactiva entre enfermería y la persona o familia para brindar cuidados y establecer en conjunto los objetivos que den

respuesta a las necesidades que surgen, es necesario e imprescindible cuidar al ser humano con dignidad y buen trato, comprendiendo los aspectos afectivos de cada uno y estableciendo compromisos, ya que la familia tiene un papel activo junto con la enfermera y es responsable de su propio cuidado [26].

1.2. Acercando a la familia al sistema de salud a través del trabajo extramural

La concepción del Modelo de Atención Integral de Salud basado en Familia y Comunidad, propone la existencia de equipos básicos de salud (EBS) para asumir el cuidado de la población de manera integral, utilizando el enfoque familiar en salud a través de actividades intramurales como extramurales.

El equipo básico de salud, es el equipo mínimo constituido por profesionales médicos, enfermería, obstetricia y técnico(a) de enfermería y otros profesionales de salud (odontología, psicología, nutrición, biólogo y técnicos en laboratorio), incorporando a los agentes comunitarios de salud, que cuenten con competencias en salud familiar y comunitaria [1].

Es así que el equipo de salud y sobretodo la enfermera asumen con responsabilidad el cuidado de la población, haciendo uso de la sectorización, proceso de subdivisión en sectores del ámbito territorial de los Establecimientos de Salud (EESS) del primer nivel de atención, con el propósito de identificar en la población las características sociales, demográficas, culturales y comunes, la totalidad de familias asignadas, la clasificación del riesgo familiar, entre otras, para planificar acciones de salud de manera articulada y participativa con los actores sociales de las localidades [66].

El profesional de enfermería que labora en los establecimientos de la Micro-Red de salud de Lambayeque, participa activamente en la conformación de los equipos básicos de salud, tal como se constata en los siguientes discursos:

"...para ir a la familia nosotras nos organizamos, vamos en equipo multidisciplinario…" (Enf. "Paz"- con 17 años de servicio- Desempeñándose en el área de Crecimiento y Desarrollo (CRED), en las estrategias de Salud Familiar y Comunitaria, Adulto Mayor– C.S. S.M.)

"… al visitar a las familias nos vamos con el equipo de salud médico, enfermera, biólogo, psicólogo, nutricionista…" (Enf. "Tolerancia"- con 24 años de servicio- Desempeñándose en las estrategias de TBC, Salud Familiar y Comunitaria – C.S.T.C.CH.)

"...para brindar el cuidado lo hacemos a través de la sectorización, entonces cada personal de salud es responsable de un equipo, yo soy parte de un equipo, soy del sector V…" (Enf. "Responsabilidad"- con 22 años de servicio- Desempeñándose en el área de Crecimiento y Desarrollo (CRED), atención del RN, en las estrategias de Inmunizaciones y Salud Familiar y Comunitaria – C.S.T.C.CH.)

En esta concepción, el equipo básico de salud familiar y comunitaria (EBS-FC), en el nivel primario, promueve la responsabilidad de las familias y de las organizaciones de la comunidad para el cuidado y preservación de la salud, de tal forma que beneficie al cumplimiento de la atención integral de la familia [1]. Es así que, cada sector tiene un personal de salud responsable de la zona asignada, llamado sectorista, el cual debe ser un personal de salud de preferencia nombrado y especialmente aquel trabajador que conozca la zona geográfica, con capacidad de liderazgo, trabajo en equipo, vocación de servicio y que articule la atención integral con diferentes actores de salud [67].

Tal como lo realiza el profesional de enfermería, ya que generalmente es responsable de la estrategia de salud familiar y comunitaria en el ámbito de intervención que respalda el Modelo de Atención Integral de Salud y es reconocida por su trabajo como nexo entre la población y el sistema de salud, evidenciándose en los siguientes discursos:

"...cada profesional está a cargo de un sector, por ejemplo, en el caso mío, tengo a cargo del sector IV que es el Fundo Sausal, entonces como voy mensualmente, ya me conoce toda la familia…" (Enf. "Autonomía"- con 15 años de servicio- Desempeñándose

en las áreas de Crecimiento y Desarrollo (CRED), Investigación científica en salud, atención del RN; en la estrategia de Salud Familiar y Comunitaria – C.S.T.C.CH.)

"... entonces ya somos como una familia, me tienen para cualquier consulta; acerco más a los servicios de salud a aquellas familias de mi sector…" (Enf. "Responsabilidad"- con 22 años de servicio- Desempeñándose en el área de Crecimiento y Desarrollo (CRED), atención del RN, en las estrategias de Inmunizaciones y Salud Familiar y Comunitaria – C.S.T.C.CH.)

"… cuando regresamos de la comunidad de visitar a las familias, les sacamos citas y entonces les devolvemos la respuesta a través de una llamada y pues ellos se quedan contentos, y a la siguiente visita encontramos a toda la familia dispuesta para brindarle los cuidados…" "*…eso nos ha ayudado a proyectarnos y solucionar los problemas que encontramos en las familias y comunidades…"* (Enf. "Justicia"- con 20 años de servicio- Desempeñándose en el área de Crecimiento y Desarrollo (CRED), atención del RN, en la estrategia de Salud Familiar y Comunitaria – C.S. T.C.CH).

La conformación de estos equipos, facilita el acercamiento, identificación y diagnóstico de las principales necesidades de salud, ayudando a definir el plan integral de intervención [1]. Y como se evidencia, la participación de la enfermera es progresiva en el sector asignado y en la comunidad [67], teniendo gran impacto en las reformas de salud para el abordaje integral de la salud de la población, con el fin de favorecer la organización de la oferta de servicios desde el establecimiento de salud hasta la Micro-Red de salud y así focalizar la atención en las familias consideradas en riesgo [68].

1.3.Aplicando los instrumentos de valoración familiar como herramienta para una mejor intervención de enfermería

La adecuada información que se recolecta en la valoración, constituye un requisito imprescindible puesto que sirve de fundamento sobre el cual se planifican y se realizan las intervenciones. Valorar es un proceso de "descubrimiento", todas las situaciones que se nos presentan como profesionales de la salud constituye un encuentro interpersonal. Por ello

nuestro primer descubrimiento debe consistir en “situarse”, es decir en saber quién es el otro, aprender a conocerlo a través de sus diferentes estatus y roles sociales: esposo, esposa, madre de familia, hijos; edad, nacionalidad, cultura, contexto, religión, entre otros [69].

Por valorar, también entendemos como la primera fase del proceso enfermero y se puede describir como el proceso organizado y sistemático de recogida de datos que realiza el profesional de enfermería. Una valoración centrada en la familia incluye una recogida sistemática de datos reflejando el estado de salud de la persona, familia y el acceso a la información disponible sobre la salud de la comunidad [33]. La enfermera cuando valora a la familia lo realiza con precisión, detectando riesgos actuales y potenciales para la salud, tanto individual como colectiva, y así poder intervenir preventivamente sobre ellos [67]. Ello implica considerar a la persona como ser único y holístico, en continua adaptación a los cambios que se producen en sí mismo y en su entorno, para obtener información que permita valorar el estado de salud en relación a los cuidados que necesita [69].

Para conseguir tal información debemos de tener en cuenta que la valoración de enfermería como parte del proceso requiere establecer previamente el instrumento o formatos que determinen los datos que deben reunirse.

Así tenemos la valoración a través de la ficha familiar, formato propuesto por el Ministerio de Salud, que permite la identificación del grupo familiar, así como la definición de los riesgos familiares de cada miembro de la familia e inclusive riesgos de la comunidad y su seguimiento correspondiente [49]; a fin de generar información útil para la toma de decisiones oportunas, correctas y acorde al Modelo de Atención Integral de salud basado en Familia y Comunidad.

En tal sentido para contribuir a mejorar la atención integral de salud de las familias con calidad y adecuada a sus necesidades y expectativas, la enfermera ya en el campo de

acción deja constancia de cómo da inicio a la valoración de la familia, aplicando la ficha familiar durante sus visitas domiciliares, tal como se evidencia en los siguientes discursos:

> *"...para brindar cuidados a la familia primero realizamos la valoración; a través de la ficha de salud familiar del MINSA, que la aplicamos a la persona que nos atiende (sea jefe de la familia o cónyuge); llenamos los datos, sacamos el riesgo familiar e individual y a partir de ahí se programa las actividades dirigidas para todo un año..."* (Enf. "Autonomía"- con 15 años de servicio- Desempeñándose en las áreas de Crecimiento y Desarrollo (CRED), Investigación científica en salud, atención del RN; en la estrategia de Salud Familiar y Comunitaria – C.S.T.C.CH.)

> *"... hacemos la primera visita y empleamos la ficha familiar, recolectando datos, antecedentes de toda índole: familiares, económicos, costumbres, ingresos, etc…"* (Enf. "Solidaridad"- con 6 años de servicio- Desempeñándose en el área de Crecimiento y Desarrollo (CRED), atención del RN– C.S.T.C.CH.)

> *"... valoramos de acuerdo a la ficha familiar porque allí tenemos los datos de cada integrante: su edad, su grado de instrucción, su estado civil (si es que son casados o convivientes), si tienen un seguro o no y qué riesgos tienen estos integrantes…"* (Enf. "Humildad"- con 16 años de servicio- Desempeñándose en en el área de Crecimiento y Desarrollo (CRED), en las estrategias de Salud Familiar y Comunitaria, Adulto Mayo. – P.S.S.H.)

La ficha familiar contiene los datos generales del grupo familiar, localización de la vivienda y datos sociodemográficos, visita de salud familiar, características de los miembros de la familia. Así mismo los instrumentos de evaluación familiar, riesgos a identificar de acuerdo a la etapa de vida y como familia. Características de la familia y la vivienda, riesgos del entorno, y por último el paquete de atención integral de la familia [49].

Los instrumentos que destacan para el estudio y abordaje de la familia son el familiograma, representación gráfica de la composición familiar donde se registra la información sobre los miembros que la componen y sus relaciones; el ecomapa representación gráfica del individuo y su familia en su entorno en el que se registraron las

conexiones, los conflictos, los recursos y las carencias que presenta la familia con los sistemas externos; el apgar familiar, cuestionario auto-administrado que entrega información de la percepción personal sobre la funcionalidad de la familia [50].

Estos instrumentos de atención a la familia, permite al profesional de enfermería identificar en qué medida la familia está cumpliendo con sus funciones básicas, y cuál es el rol que puede estar jugando en el proceso salud-enfermedad. Del mismo modo, al ofrecer una visión gráfica de la familia y sus relaciones, permiten desarrollar una visión integrada de los puntos fuertes y débiles de la familia en su situación actual, así como en qué medida su desarrollo histórico puede estar influyendo en las interacciones actuales [51].

El profesional de enfermería que labora en los establecimientos de salud que conforma la Micro-Red de Lambayeque, también hace uso de dichos instrumentos para la recogida y análisis de los datos que reflejan la realidad de cada familia y la comprensión del entorno que permita encontrar el mejor modo de ayudar a la familia; tal como se evidencia en los siguientes discursos:

> *"…hacemos un diagnóstico situacional de la familia, a través del familiograma y del apgar familiar, nosotros ya determinamos la clasificación de la familia, y su funcionalidad…"* (Enf. "Responsabilidad"- con 22 años de servicio- Desempeñándose en el área de Crecimiento y Desarrollo (CRED), atención del RN, en las estrategias de Inmunizaciones y Salud Familiar y Comunitaria – C.S.T.C.CH.)
>
> *"… de acuerdo a la ficha familiar, recolectamos los datos socioeconómicos, datos de la vivienda, del entorno o datos para ver todo tipo de riesgo, dentro y fuera del hogar. Entonces aplicamos el familiograma, el apgar familiar para ver qué tan satisfechos están cada miembro de la familia; después el ecomapa para ver sus relaciones con los vecinos, las organizaciones, con la familia, con la iglesia, con el centro de salud…"* (Enf. "Respeto"- con 22 años de servicio- Desempeñándose en el área

de Crecimiento y Desarrollo (CRED), atención del RN, en las estrategias de Salud Familiar y Comunitaria, Adulto Mayor. – C.S. T.C.CH.)

Por tanto, el cuidado enfermero desde el enfoque familiar debe incluir intervenciones para facilitar el funcionamiento de la unidad familiar y fomentar el bienestar de los miembros de la familia según las necesidades de salud que puedan presentar; apoyo a la familia, apoyo al cuidador familiar, asistencia en el mantenimiento del hogar, cuidados intermitentes, motivación de la integridad familiar, identificación de riesgos, potenciación de roles y terapia familiar [53], tal como se manifiesta en la siguiente sub-categoría.

1.4. Concertando el Cuidado Enfermero según las necesidades de salud de la familia nuclear en expansión

El cuidar se configura como la esencia y el modo de ser de la enfermería [15]. Cuidar en enfermería es ayudar al otro ser a crecer, a realizarse, teniendo en cuenta sus capacidades, limitaciones y necesidades [16-17]. Así mismo es necesario reconocer que durante el proceso de ayudar al otro a crecer, el cuidar implica incluir a la familia, ya que cuando aparece alguna situación que influye en el bienestar de la familia, la unidad es afectada o influida en su totalidad [17]; de forma que los proceso vitales o de salud de uno de sus miembros lo afectan individualmente, a la vez que afectan a la familia como grupo; la cual está formada por dos o más personas unidas por el afecto, el matrimonio o la filiación y que viven juntas, comparten recursos y consumen una serie de bienes en su vida cotidiana [30].

El cuidado que brinda el profesional de enfermería a la familia, debe estar enmarcado en el Modelo de Atención Integral de Salud basado en Familia y Comunidad (MAIS BFC), que plantea acciones orientadas hacia la promoción, prevención, recuperación y rehabilitación de la salud para lograr el adecuado funcionamiento familiar, contribuyendo así al desarrollo pleno de sus miembros y a que la unidad se constituya en una familia saludable [1].

Por ello, el cuidado de enfermería se evidencia cuando se da respuesta a las necesidades que presenta la familia y orienta sus cuidados a satisfacer dichas necesidades, que por ser la familia única e irrepetible, estas difieren de una a otra. Por lo que es necesario conocer las diferentes etapas del Ciclo Vital Familiar (CVF) como son: en formación, en expansión, en dispersión y en contracción [1].

Para fines de la investigación, ahondaremos en la familia nuclear o tradicional con ciclo vital en expansión, esta familia se considera como una unidad autónoma, "unidad familiar completa", en la que ambos padres residen en el hogar con sus hijos, donde la madre asume el papel de criadora y el padre procura los recursos económicos necesarios. Cuando dicha familia se encuentra en expansión, se sostiene que la tarea principal es aceptar y vincular los nuevos miembros al contexto social desde el nacimiento del primer hijo, hasta el hijo en edad adulta, ya que tiene implicaciones cruciales como planificar el cuidado vital que se requiere [32].

En las familias nucleares en expansión, las acciones del profesional de enfermería promueven, no solo comportamientos y estilos de vida saludables que identifican e intervienen sobre los factores de riesgo físico y de carácter ambiental, sino también comprenden acciones para fomentar el óptimo desarrollo familiar y para apoyar a la familia a desarrollar mecanismos compensatorios ante enfermedades incapacitantes [1].

Dentro de las necesidades que la familia en expansión requiere, tenemos las de desarrollo de la salud cuyo objetivo es desarrollar familias con principios, buen funcionamiento familiar; establecer una comunicación e interacción adecuada entre los miembros de la familia acorde a la edad, así como la distribución de roles, manejo de recursos y una capacidad óptima para la resolución de problemas [1].

Las familias al igual que los individuos cambian y crecen con el paso del tiempo, aunque sean muy diferentes entre sí, tienden a pasar por ciertas etapas. Cada etapa del desarrollo tiene sus propios retos, necesidades y recursos e incluyen tareas que debe realizarse antes de que la familia pueda pasar con éxito a la siguiente etapa [33]. Tal es así que la enfermera en su trabajo con la familia no descuida el abordaje de las necesidades de desarrollo de la salud, como se evidencia en los siguientes discursos:

> *"… con la visita que hacemos tratamos que esa familia se integre, conserven la unión y siempre que tengan valores con los hijos, conversamos como si nos conociéramos de tiempo, y ahí la mamá va sintiendo confianza y nos va contando sus cosas, y uno aprende…"* (Enf. "Justicia"- con 20 años de servicio- Desempeñándose en el área de Crecimiento y Desarrollo (CRED), atención del RN, en la estrategia de Salud Familiar y Comunitaria – C.S. T.C.CH).

> *"…ejecutamos actividades en conjunto con la familia, entonces se reúnen toda la familia, conversan todos y se van conociendo un poco más y así van relacionándose…"* (Enf. "Honradez"- con 3 años 9 meses de servicio- Desempeñándose en el área de Crecimiento y Desarrollo (CRED), atención del RN, en las estrategias de Salud Familiar y Comunitaria, Adulto Mayor. – P.S. MyF Pto9.)

> *"… con una familia nuclear y altamente funcional, lo que hacemos es fortificar lo que ya está bien, las reglas de conducta, fortalecer las funciones en la familia, lo que hace mamá, qué hace papá, qué hacen los hijos…"* (Enf. "Amor"- con 10 años de servicio- Desempeñándose en Desempeñándose en el área de Crecimiento y Desarrollo (CRED), atención del RN, en la estrategia de Salud Familiar y Comunitaria. – C.S. T.C.CH.)

Así los discursos revelan que, los profesionales de enfermería comprenden que la familia es la agrupación humana más elemental, que conecta a los individuos al interior del seno familiar y que los prepara para sus relaciones con la sociedad [34].

El MAIS BFC también nos plantea que en el cuidado de la familia en expansión requiere abordar las necesidades de mantenimiento de la salud para enfrentar factores de riesgo de carácter físico que incluye desarrollar mecanismos de prevención para las

enfermedades infectocontagiosas a nivel familiar; desarrollar estilos de vida saludable. Asimismo, para enfrentar factores de riesgo del entorno, mantener un hogar-vivienda saludable y participar en el cuidado de la salud ambiental [1].

El entorno saludable es el espacio de población local, donde los determinantes de la salud son más favorables para el desarrollo humano. Es el lugar en que las personas desarrollan las actividades diarias y en la cual interactúan factores ambientales, económicos sociales, culturales, organizativos y personales que afectan la salud y el bienestar. Las condiciones básicas de vida son resultados de: educación, empleo y la canasta básica; el acceso a la vivienda y a los servicios de salubridad, de agua potable, de alcantarillado, eliminación de excretas, manejo sanitario de los desechos sólidos, entre otros [1].

Por lo tanto, la enfermera al cuidar con enfoque holístico a la familia, comprende que uno de los factores protectores para mantener la salud de la familia es promover un entorno familiar saludable; tal como lo evidencia en sus discursos el profesional de enfermería que labora en los establecimientos de la Micro-Red Lambayeque:

> *"…en lo que es salud de todos los miembros de la comunidad, por ejemplo, hablamos de hacinamiento en el hogar, de cómo cuidar los cuartos…"; "… de los riesgos a nivel comunitario, si hay delincuencia, si hay de pandillajes o si hay problema de saneamiento…"* (Enf. "Amor"- con 10 años de servicio- Desempeñándose en el área de Crecimiento y Desarrollo (CRED), atención del RN, en la estrategia de Salud Familiar y Comunitaria – C.S. T.C.CH.)

> *"… se identifica riesgos del hogar y del entorno y se hace un diagnóstico situacional de la vivienda…"* (Enf. "Lealtad"- con 24 años de servicio- Desempeñándose en las áreas de Crecimiento y Desarrollo (CRED), Inmunizaciones, atención del RN, en la estrategia de Salud Familiar y Comunitaria. – C.S. T.C.CH.)

> *"… también cuando observamos e identificamos que hay deficiencia en saneamiento, desorden en la casa, los niños están descuidados, despeinados, se les orienta a la familia…"* (Enf. "Tolerancia"- con 24 años de servicio- Desempeñándose en ESPCTBC, en la estrategia de Salud Familiar y Comunitaria – C.S.T.C.CH.)

El cuidado holístico vislumbra todas las dimensiones del ser humano de una manera interdependiente e integrada, como una entidad completa en relación al mundo que le rodea [37], por tanto no puede perderse de vista que una familia se desenvuelve en un entorno, con el que continuamente están intercambiando información [38]; por tal razón el profesional de enfermería a través de sus acciones estimula la comprensión de la interacción recíproca de la familia con el entorno y procura desarrollar la corresponsabilidad en el cuidado.

De la misma forma, el MAIS BFC, muestra que para que la familia nuclear en expansión, pueda desarrollar mecanismos compensatorios y lidiar con enfermedades crónicas o incapacitantes u otras situaciones que repercutan en el funcionamiento familiar [1] (como crisis, violencia física o psicológica, hábitos perjudiciales a la salud, entre otros), los profesionales de enfermería deben dirigir también sus acciones hacia las necesidades derivadas del daño a la salud, de las familias.

El profesional de enfermería aborda también esta necesidad en sus cuidados familiares, ya que la familia también se considera un sistema dinámico, compuesto por subsistemas en constante interacción, que a su vez pertenecen a un sistema mayor que es el social [36]. Lo que se direcciona en los siguientes discursos, cuando el profesional de enfermería refiere que:

> *"…también hacemos terapias a la familia cuando hay problemas de comunicación, tratamos de dar la orientación familiar, integrando a más de un miembro de la familia, tratamos de hacer la orientación en conjunto…"* (Enf. "Autonomía"- con 15 años de servicio- Desempeñándose en las áreas de Crecimiento y Desarrollo (CRED), Investigación científica en salud, atención del RN; en la estrategia de Salud Familiar y Comunitaria – C.S.T.C.CH.)

> *"… si encontramos… jóvenes adolescentes que se dedican a la drogadicción, en base a ello consideramos familias en riesgo y damos la orientación y los cuidados que se requieren…"* (Enf. "Justicia"- con 20 años de servicio- Desempeñándose en el área

de Crecimiento y Desarrollo (CRED), atención del RN, en la estrategia de Salud Familiar y Comunitaria – C.S. T.C.CH).

Para abordar este tipo de necesidades se requiere de un trabajo que permita el abordaje interdisciplinario en el cuidado de la familia. Por tanto consideramos que el profesional de enfermería debe poseer un conocimiento pleno de la unidad familiar, para facilitar la identificación del problema de salud priorizado. Tal como se evidencia en el discurso, cuando el profesional de enfermería reconoce que:

> *"… los cuidados que brindamos a las familias depende mucha de la condición en que nosotros encontramos a la familia, ya que sus miembros buscan el bienestar físico, social, y suelen resolver sus conflictos en forma adecuada; pero hay otras familias que no son así; hay familias que de repente están con problemas económicos, problemas psicológicos, problemas dentro del mismo entorno, entonces los cuidados van a depender de cómo encontramos a esas familias…"* (Enf. "Lealtad"- con 24 años de servicio- Desempeñándose en las áreas de Crecimiento y Desarrollo (CRED), Inmunizaciones, atención del RN, en la estrategia de Salud Familiar y Comunitaria. – C.S. T.C.CH.)

Así el Plan de Atención Integral a la Familia, planteado por el MAIS BFC [1], considera que el equipo básico de salud, dirige el cuidado de la familia en tres ejes: salud individual, funciones de la familia y condiciones materiales de vida y entornos.

En tanto, el Modelo de Atención Integral basado en Familia y Comunidad también ha implementado la atención por etapas de vida, a través del paquete de atención integral a la familia. Dentro de ello tenemos la atención integral individual a los miembros de la familia, donde se ofrecen cuidados esenciales al niño, adolescente, joven, adulto y adulto mayor [1], lo cual constituye para enfermería intervenir oportunamente dando vigilancia al cumplimiento de paquetes de atención individual de cada integrante que conforme la familia asignada.

Al respecto, Diers considera que "la práctica de enfermería va más allá del cumplimiento de múltiples tareas rutinarias, requiere de recursos intelectuales, de intuición para tomar decisiones y realizar acciones pensadas y reflexionadas, que respondan a las necesidades particulares de la persona". Entonces se puede decir que el cuidado enfermero incluye otorgar cuidados sin dejar de lado la integración de habilidades específicas del profesional que lo realiza [70].

Es por ello que la enfermera conoce lo que debe hacer y lo hace sin ninguna dificultad, evidenciándose en los discursos manifestado por las familias:

> *"… las enfermeras cuando me visitan, a mi hijo lo vacuna, lo talla, pesa, los revisa todo de pies a cabeza, todo..." "… por ejemplo me dicen que alimentos debo prepararle en la lonchera…"* (Familia Margarita)
>
> *"… si nos visita, a mi hijo lo pesan, lo tallan, le ven su carnet para sus vacunas, preguntan que comió en el desayuno, en el almuerzo y en la cena, nos dicen que alimentos debemos darle y que no; nos han enseñado a cómo lavarnos las manos…"* (Familia Rosa)
>
> *"… bueno lo que hace la enfermera cuando nos visita es que vacuna a mi niño, le dan micronutriente y antiparasitario. También le hacen su control: lo miden, lo pesan, tallan…"* (Familia Tulipán)

El reto como profesionales de enfermería es rescatar la concepción del cuidado [71], recalcando que el cuidado es la razón de la profesión de enfermería y debe constituir el motor de las funciones y actividades que realizan, centrando las intervenciones y objetivos para la mejora en la calidad de vida de las personas. Entonces se espera que el profesional de enfermería junto al equipo de salud familiar contemplen en su labor diaria, el proceso riesgo-daño, identificando el riesgo y previniendo, limitando el daño en base a un plan de cuidados estandarizados y una adecuada ejecución de sus intervenciones y actividades de salud individual, familiar y comunitaria; tal como se manifiesta en la siguiente sub-categoría.

1.5. Propiciando la continuidad del Cuidado Enfermero enfocado en el riesgo familiar

Una característica primordial relacionada con la satisfacción de necesidades de las personas y con su calidad de vida, es la continuidad asistencial. Conseguir un seguimiento apropiado y dar respuesta a los complejos problemas de salud de la población en un contexto social cambiante, es un desafío que pone a prueba la capacidad de adaptación de la atención primaria y de los distintos profesionales que la integran. Es por ello que se trata de satisfacer las necesidades socio-sanitarias y las expectativas de una población mejor informada y más autónoma, pero también especialmente vulnerable por numerosas razones: medicalización de la vida, enfermedades crónicas, comorbilidad, envejecimiento, enfermedades mentales, dependencia, tránsitos frecuentes entre atención primaria y atención hospitalaria, y agotamiento del entorno socio-familiar [72].

La continuidad de cuidados se favorece cuando es el mismo profesional el que efectúa, coordina y decide el plan a realizar. Es más rápido, eficaz y seguro para el sujeto de cuidado, y más coste-efectivo para el conjunto del sistema sanitario. Para eso se necesita que enfermería disponga de herramientas y de atribuciones suficientes para poner en la cabecera de la familia lo que pueda necesitar, desde una ayuda socio-sanitaria asistencial para proporcionar servicios y/o ser puente para la consulta con otros profesionales de la salud, dando así seguimiento continuo e integral de los distintos problemas de salud (agudos y crónicos) en el ámbito familiar y comunitario [72]; tal como se pone en manifiesto con los siguientes discursos:

> *"... si es un niño menor de un año que no acude a sus vacunas o inmunizaciones o para el control de crecimiento desarrollo, nosotros los visitamos cada tres meses teniendo en cuenta que nuestro seguimiento esté operativo..."* (Enf. "Valentía"- con 23 años de servicio- Desempeñándose en el área de área de Crecimiento y Desarrollo (CRED), en las estrategias de Salud Familiar y Comunitaria, TBC – C.S. S.M.)

"… si yo encuentro un niño que está con desnutrición, lo capto, lo evalúo y quizá al final de todo me sale un diagnóstico de desnutrición crónica; entonces como aquí ya entra a tallar la nutricionista, yo le separo la consulta y si la nutricionista no puede ir a domicilio a ver al niño, hago que la mamá traiga el niño para que evalúe la nutricionista, entonces es una de mi intervención…" (Enf. "Responsabilidad"- con 22 años de servicio- Desempeñándose en el área de Crecimiento y Desarrollo (CRED), atención del RN, en las estrategias de Inmunizaciones y Salud Familiar y Comunitaria – C.S.T.C.CH.)

"… si desean una consulta, en ese momento tomamos sus datos, llamamos a la colega que está en el área niño y le sacamos la consulta; de lo contrario también vamos al servicio de triaje y le sacamos la consulta; por ejemplo, de una mamá que le falte planificación familiar o que tenga problemas para psicología, o para el familiar que necesita una consulta médica, entonces le programamos nosotras las cita…" (Enf. "Tolerancia"- con 24 años de servicio- Desempeñándose en las estrategias de TBC, Salud Familiar y Comunitaria – C.S.T.C.CH.)

"… a personas con hipertensión se les controla la presión arterial, se les hace un seguimiento, los citamos acá a la posta por una semana; a pesar que a veces no encontramos en la primera visita todos los familiares, igualmente se hace un seguimiento…" (Enf. "Honradez"- con 3 años 9 meses de servicio- Desempeñándose en el área de Crecimiento y Desarrollo (CRED), en las estrategias de Salud Familiar y Comunitaria, Adulto Mayor – P.S. MyF Pto9.)

En este escenario asistencialmente complejo afloran con mayor acritud las deficiencias que entorpecen los atributos de la continuidad asistencial, se reclama insistentemente mayor coordinación y cobran especial relieve las iniciativas que pretenden evitar la fragmentación que se produce en la prestación de los servicios, aplicando medidas organizativas y de integración de servicios sanitarios y prestaciones sociales [73]. Es por ello que el trabajo en conjunto con el equipo multidisciplinario, al igual que la participación de enfermeras en el desarrollo del cuidado integral, puede tener un impacto importante en la continuidad y la calidad de los cuidados.

Sin embargo, sigue siendo notoria la falta de cooperación multidisciplinaria en relación a la atención domiciliaria, como la organización y la prestación de los servicios, o sobre su calidad e integración, como se pone de manifiesto en la revisión de los siguientes discursos:

> *"… en realidad, es un poco difícil aplicar un modelo de atención integral, para eso se tiene que trabajar en equipo, y eso es lo que a veces falta. Tú vas das una parte y el otro que debe intervenir no lo continúa, o no lo complementa; porque cuando queremos dar el cuidado integral a un niño, tú haces la parte de la inmunización, de las vacunas, pero también ese niño tiene que ver con odontología, psicología, entonces tiene que ser completo…"* (Enf. "Valentía"- con 23 años de servicio- Desempeñándose en el área de área de Crecimiento y Desarrollo (CRED), en las estrategias de Salud Familiar y Comunitaria, TBC – C.S. S.M.)

> *"Bueno cada sector tienes su equipo completo, pero todos no podemos irnos al mismo tiempo, podemos ir dos tal vez, de repente el médico y la enfermera y de repente en otra oportunidad la enfermera y el técnico o el psicólogo, porque cada uno tiene su rol en donde le toca, pero lo ideal es que vayamos todos…"* (Enf. "Respeto"- con 22 años de servicio- Desempeñándose en el área de Crecimiento y Desarrollo (CRED), atención del RN, en las estrategias de Salud Familiar y Comunitaria, Adulto Mayor. – C.S. T.C.CH.)

Al respecto, el nuevo Modelo de Atención, de carácter integral, familiar y comunitario, entiende que la atención de salud debe ser un proceso continuo que centre su atención en las familias, promueva la gestión de la salud con enfoque territorial, organice los servicios en redes de salud y asegure la integralidad de la atención que requieren las necesidades de salud sentidas y no sentidas, para que se garantice la continuidad de la atención, desde los cuidados primarios hasta las modalidades de atención especializada [1].

Es así que los profesionales de enfermería deben corresponsabilizarse del continuo cuidado de su población, y dar respuesta a las múltiples necesidades socio-sanitarias que presentan la familia y comunidad.

1.6. Evidenciando el cuidado a través del registro de enfermería en el sistema de información de salud familiar

Los cuidados de Enfermería constituyen un elemento fundamental y articulador en la atención integral que se brinda en el campo comunitario. Esto se evidencia en los documentos que registran la atención [44]; en este sentido, la documentación de enfermería debe ser diseñada para garantizar la seguridad del paciente y proporcionar las bases para la evaluación continua y la revisión de las intervenciones de enfermería [45].

La importancia del aporte de los registros para el enriquecimiento de la disciplina en el mantenimiento de las actividades propias del área, ha sido planteado por Hontangas cuando dice que "la documentación acerca de la práctica de la enfermera es necesaria para evaluar y mejorar su eficacia y productividad y la mejor forma de evidenciar lo que hacen los enfermeros por sus pacientes en lo intelectual, emocional social y físico" [46].

Desde la nueva perspectiva del trabajo multidisciplinar e interdisciplinar en salud, donde el respeto, la confianza y la comprensión de la capacidad que cada profesión aporta al cuidado de la familia, la dirección regional de salud (DIRESA) de Lambayeque propone que cada responsable de la estrategia de Salud Familiar y Comunitaria, debe contar con un formato de reporte mensual del trabajador en visitas de salud familiar por establecimiento de salud, así mismo que las visitas domiciliarias serán registradas en el Sistema de Información en Salud (HIS) con la correspondiente Unidad Productora de Servicios (UPS), cada familia tendrá un número de carpeta familiar y se ingresará dicho código para las visitas que se realizarán en el año. Será revisado y supervisado por el encargado de la Estrategia de cada establecimiento de salud y en las Micro Redes lo asumirá el personal de salud quien labore en el centro de salud principal de dicha Micro Red [67].

Ello se evidencia en los discursos a nivel de Micro-Red de Lambayeque, obtenidos de las enfermeras que realizan el registro de sus intervenciones y ejecución del cuidado en diversos formatos:

> *"… en las fichas familiares registramos el cuidado, ahí hay códigos de acuerdo al problema encontrado y de acuerdo al problema encontrado se hace el HIS; tenemos un cuadernito de extramurales también que la familia nos firma…"* (Enf. "Tolerancia"- con 24 años de servicio- Desempeñándose en las estrategias de TBC, Salud Familiar y Comunitaria – C.S.T.C.CH.)

> *"… usamos para todas las visitas la ficha familiar, acá se ha establecido un cuaderno de visitas domiciliarias donde todas las actividades extramurales, guardias comunitarias, visitas y todo lo que se hace extramuralmente, registramos cada actividad que hacemos…" "…aparte que hacemos un HIS, el cual es revisado por un médico de familia antes de ser llevado e ingresado al sistema…"* (Enf. "Amor"- con 10 años de servicio- Desempeñándose en el área de Crecimiento y Desarrollo (CRED), atención del RN, en la estrategia de Salud Familiar y Comunitaria – C.S. T.C.CH.)

Una vez concluidas las actividades extramurales y/o visitas domiciliarias, se debe registrar la información generada en los diferentes instrumentos de valoración provistos en cada unidad productora de salud. A estos registros se debe prestar especial atención, puesto que va a facilitar la planificación y ejecución de las intervenciones y actividades favoreciendo el seguimiento de la atención por parte de los distintos miembros del equipo básico de salud y diferentes niveles de atención del sistema socio - sanitario [30].

De esta manera, la información contenida en los registros de enfermería debe ser completa, concisa, apropiada y total sobre el cuidado de la persona y familia, lo que significa que las observaciones deben ser actuales e inmediatas a los cuidados para evitar la omisión o duplicación de la información, a su vez ésta se debe transmitir en un orden lógico [45].

No obstante, el registro electrónico de Enfermería es una herramienta muy poderosa, que facilita la seguridad del paciente, la comunicación entre los profesionales de la salud y

la estructura de la ciencia del cuidado, mostrando el enfoque holístico que la caracteriza, y facilitando el progreso individual familiar y comunitario [44].

El profesional de Enfermería no trabaja aislado, por el contrario, su quehacer forma parte de un trabajo colectivo, y ante las situaciones que se pueden presentar hacen uso de un sistema de información establecido en la Micro-Red de salud en estudio, tal como se manifiesta en los siguientes discursos:

> *"… para registrar el cuidado en la estrategia de salud familiar, ya contamos con un software, donde cada familia visitada por primera vez, debe ser registrada y la atención brindada ingresada al sistema…"* (Enf. "Lealtad"- con 24 años de servicio- Desempeñándose en las áreas de Crecimiento y Desarrollo (CRED), Inmunizaciones, atención del RN, en la estrategia de Salud Familiar y Comunitaria. – C.S. T.C.CH.)

> *"… la nueva forma de registrar nuestro cuidado es en el sistema computarizado, es beneficioso porque nos facilita tener la información lista e ir completando el Plan de atención durante las otras visitas que vamos realizando; además puedo separar una cita para que ese día la familia venga al centro de salud y sea atendida por el médico según lo requiera…"* (Enf. "Respeto"- con 22 años de servicio- Desempeñándose en el área de Crecimiento y Desarrollo (CRED), atención del RN, en las estrategias de Salud Familiar y Comunitaria, Adulto Mayor. – C.S. T.C.CH.)

Coincidiendo con un estudio investigativo sobre los sistemas de registros de Enfermería, que propone implementar un sistema integral de informatización, utilizando un software encargado de la gestión y automatización integrada de los procesos asistenciales y administrativos en la institución de salud, a fin de disminuir el nivel de error y los tiempos de atención, así como maximizar la calidad, reducir los costos operacionales y mejorar la oportunidad de servicio [44].

II. EMPODERANDO A LA FAMILIA PARA UN AUTOCUIDADO SALUDABLE

La salud de la familia influye en el rol que cumple en la sociedad, a la vez, su estructura y función, están determinadas por la clase social, los recursos económicos, la cultura, la educación, el contexto racial y étnico. Por tal razón la familia es el escenario social primario donde se debe realizar promoción de la salud y la prevención de la enfermedad. Siendo también escenario para el desarrollo de un estado de bienestar físico, mental y social, teniendo la posibilidad de identificar y lograr aspiraciones, satisfacer necesidades, y poder cambiar su entorno o hacerle frente [1].

Un aspecto clave del bienestar familiar, es la salud de todos los miembros de la familia. El fomento de la salud y la prevención de las enfermedades dependen de la disponibilidad, seguridad y estabilidad general de la que gozan los miembros de la familia. Esto puede incluir la estabilidad en la vivienda, la seguridad del vecindario, y el bienestar personal, como por ejemplo la seguridad de adultos y niños en el hogar y en la comunidad donde viven [74].

Una familia saludable es la que consigue construir un entorno físico y de relaciones del grupo familiar que favorezcan el desarrollo humano de sus miembros individuales y que les permita alcanzar su óptimo potencial, respetando su dignidad de acuerdo a sus expectativas y necesidades [35].

Es así que enfermería cumple un papel fundamental en el autocuidado de la familia, es una disciplina que abarca los cuidados autónomos en colaboración de las personas de todas las edades, las familias y las comunidades en todos los contextos, incluyendo actividades de promoción de la salud, la prevención de la enfermedad [39]. Según el Código de Ética y Deontología del Colegio de Enfermeras(os) del Perú establece que es deber de la

enfermera(o) fomentar en la persona, familia y sociedad una cultura de autocuidado de la salud, con un enfoque de promoción y prevención del riesgo y daño que permita desarrollar un entorno seguro y su capacidad de autodeterminación [28].

El Modelo de Atención de carácter Integral, Familiar y Comunitario, entiende que la atención de salud debe ser un proceso continuo que centre su atención en las familias, priorice actividades de promoción de la salud, prevención de la enfermedad y se preocupe por que las personas sean atendidas en las etapas tempranas de la enfermedad, para controlar su avance y evitar su progresión a fases de mayor daño y de tratamientos más complejos, entregándoles herramientas para su autocuidado [1]. Su énfasis radica en la promoción de estilos de vida saludables; en fortalecer la responsabilidad familiar y comunitaria, a fin de mejorar las condiciones de salud. En base a ello la presente categoría emerge de las siguientes subcategorías:

2.1.Promocionando la salud con énfasis en los estilos de vida saludable

La enfermería comunitaria es una práctica de la enfermería en la salud pública, aplicada a promover y preservar la salud de la población, a través de la promoción de la salud, la educación sanitaria, la coordinación y continuidad del cuidado. Con un enfoque integral, la actuación de la enfermera en la familia confirma la necesidad de un planteamiento general de salud, reconociendo las influencias de tipo social y ecológico, y prestando atención a las poblaciones en peligro [33].

Asimismo, es necesario reconocer que la promoción de la salud es una función esencial de la salud pública, y que por su esencia está ligada a la Atención Primaria de Salud Renovada (APS-R), estrategia que surgió como resultado de un importante cambio en el concepto y la teoría de la salud pública provocada por el informe de Lalonde. En este informe se reconocieron los factores sociales, ambientales y los estilos de vida como los factores determinantes de la salud. De acuerdo a la Carta de Ottawa, "la salud se crea en el

contexto de la vida cotidiana"; es un proceso, cuyo propósito es lograr un resultado concreto en un plazo largo, pero con efectos a mediano y corto plazo. Los resultados concretos varían, pero comprenden la participación de los ciudadanos, la comunidad y contribuyen a mejorar la calidad de vida [35].

La promoción de la salud, se consigue a través de tres mecanismos intrínsecos o internos de las personas, según lo planteado por la Organización Panamericana de la Salud (OPS), estos son: 1. El autocuidado, es decir, las decisiones y acciones que la persona lleva a cabo en beneficio de su propia salud. 2. La ayuda mutua o acciones que las personas realizan para ayudarse unas a otras de acuerdo a la situación que estén viviendo. 3. Los entornos sanos o creación de las condiciones ambientales que favorecen la salud, tales como las escuelas saludables que se constituyen en escenarios potenciadores de las capacidades de los niños y niñas, en las que la educación para la salud y la promoción de la salud son opciones pedagógicas para el desarrollo humano y la formación en valores en la niñez [47].

Al respecto Nola Pender, enfermera reconocida por su aporte con el Modelo de Promoción de la Salud (MPS), sostiene que las actividades promocionales preventivas de la salud, constituyen una poderosa herramienta utilizada para comprender y promover las actitudes, motivaciones y acciones de las personas particularmente a partir del concepto de autoeficacia, el cual es utilizado por los profesionales de enfermería para valorar la pertinencia de las intervenciones y las exploraciones realizadas en torno al mismo, ya que la conducta está motivada por el deseo de alcanzar el bienestar y el potencial humano, donde las personas adoptan decisiones acerca del cuidado de su propia salud [47].

Según este modelo los determinantes de la promoción de la salud y los estilos de vida, están divididos en factores cognitivos-perceptuales, entendidos como aquellas concepciones, creencias, ideas que tienen las personas sobre la salud que la llevan o inducen

a conductas o comportamientos determinados, que en el caso que nos ocupa, se relacionan con la toma de decisiones o conductas favorecedoras de la salud.

La modificación de estos factores, y la motivación para realizar dicha conducta, lleva a las personas a un estado altamente positivo llamado salud, la cual es definida, por Pender, como la realización del potencial humano inherente y adquirido a través de la conducta dirigida a la meta, el autocuidado competente y las relaciones satisfactorias con otros, mientras se hacen ajustes necesarios para mantener la integridad estructural y la armonía con los ambientes relevantes a la optimización de la vida, teniendo en cuenta que para la transformación de estas conductas debe haber una relación entre los determinantes interpersonales de la salud y los efectos del medio ambiente [47].

La concepción de la salud en la perspectiva de Pender, parte de un componente altamente positivo, comprensivo y humanístico, toma a la persona como ser integral, analiza los estilos de vida, las fortalezas, la resiliencia, las potencialidades y las capacidades en la toma de decisiones con respecto a su salud y su vida. Este modelo, también le da importancia a la cultura, entendida ésta como el conjunto de conocimientos y experiencias que se adquieren a lo largo del tiempo, la cual es aprendida y transmitida de una generación a otra. En este sentido, la cultura se considera como una categoría que se manifiesta de manera diferente en los grupos humanos, que influye de forma determinante en las creencias sobre la salud, las respuestas con respecto a las prácticas de autocuidado, los tratamientos terapéuticos, los comportamientos, y la utilización de los servicios de salud [47].

La promoción de la salud, es mejorar en las familias, sus condiciones de vida, impulsar estilos de vida saludable, que incluyan el autocuidado; extendiendo el tiempo de bienestar y comprimiendo el período de malestar o deterioro, para obtener cantidad y calidad de vida, así como lograr un entorno saludable [35]. Tal como lo realiza las enfermeras que

laboran en los establecimientos de salud del primer nivel de atención que conforma la Micro-Red de Lambayeque, evidenciándose en los siguientes discursos:

> *"… también realizo la parte de promoción fomentando los estilos de vida en alimentación, actividad física, en mantener la armonía en el hogar; a cómo cuidar los alimentos, como mantener en orden la casa, como hacer la parte de mantenimiento del baño, el correcto lavado de manos..."* (Enf. "Responsabilidad"- con 22 años de servicio- Desempeñándose en el área de Crecimiento y Desarrollo (CRED), atención del RN, en las estrategias de Inmunizaciones y Salud Familiar y Comunitaria – C.S.T.C.CH.)
>
> *"… con mayor énfasis la promoción de la salud lo realiza la enfermera, casi al 100%, los cuidados que brindamos también son las consejerías tanto integrales, como consejerías nutricionales, de salud mental…"* (Enf. "Autonomía"- con 15 años de servicio- Desempeñándose en las áreas de Crecimiento y Desarrollo (CRED), Investigación científica en salud, atención del RN; en la estrategia de Salud Familiar y Comunitaria – C.S.T.C.CH.)
>
> *"… trabajo con la familia en diferentes actividades como: sesiones demostrativas, profilaxis bucal; educación a las madres lactantes para fortalecer la lactancia materna exclusiva, en lo que es higiene personal…"* (Enf. "Lealtad"- con 24 años de servicio- Desempeñándose en las áreas de Crecimiento y Desarrollo (CRED), Inmunizaciones, atención del RN, en la estrategia de Salud Familiar y Comunitaria. – C.S. T.C.CH.)
>
> *"… promoción de la salud de acuerdo a la etapa de vida también, por ejemplo si capto a un niño menor de 6 meses, oriento a la madre acerca de la lactancia materna y la importancia de las vacunas y si es un niño mayor de 6 meses, tenemos que ver la alimentación cómo va a empezar la mamá a alimentar al niño, qué alimentos se tiene que dar acuerdo a la edad…"* (Enf. "Paz"- con 17 años de servicio- Desempeñándose en el área de Crecimiento y Desarrollo (CRED), en las estrategias de Salud Familiar y Comunitaria, Adulto Mayor– C.S. S.M.)
>
> *"… si encuentro que no se ha lavado las manos, entonces realizo la educación en lavado de manos, con los pasos a seguir…" "… también sobre nutrición saludable, dengue, VIH SIDA, tuberculosis lo que es ejercicios, o sea básicamente lo que es estilos de vida, sobretodo darles a conocer a la comunidad porque muy poco*

conocen" (Enf. "Libertad"- con 26 años de servicio- Desempeñándose en el área de Crecimiento y Desarrollo (CRED), en las estrategias de Salud Familiar y Comunitaria, Adulto– C.S. S.M.)

"… promociono que la familia y su comunidad tengan una vida saludable, que se laven las manos adecuadamente, consumir alimentos de bajo costo pero nutritivos…" (Enf. "Humildad"- con 16 años de servicio- Desempeñándose en el área de Crecimiento y Desarrollo (CRED), en las estrategias de Salud Familiar y Comunitaria, Adulto Mayor – P.S.S.H.)

"… en las sesiones demostrativas, en equipo preparamos y llevamos los alimentos a los asentamientos humanos, donde en realidad hay gente que desconoce el valor de los alimentos, entonces hay más prioridad a la educación en salud…" "… entonces la promoción de salud lo realizo a través de sesiones educativas y consejerías grupales e individuales, dependiendo el caso de cada familia o cada persona…" (Enf. "Equidad"- con 10 años de servicio- Desempeñándose en el área de Crecimiento y Desarrollo (CRED), en las estrategias de Promoción de la Salud (PROMSA), y de Salud Familiar y Comunitaria – C.S. S.M.)

Es así que la promoción de la salud no designa un área específica de intervención, sino que designa un movimiento hacia un estado positivo de salud y bienestar. Se ocupa de las personas y su bienestar desde la perspectiva de las propias personas. La salud es considerada como un constructo positivo que implica a personas con una capacidad de participación. Como participantes, las personas necesitan tener tanto control como sea posible para alcanzar la salud y el estado de bienestar [75].

Ahora bien, la promoción de la salud es entendida como proceso de transformación social, política y económica, se sitúa en el contexto de la salud como derecho; desde allí, busca las condiciones favorables para el desarrollo de la salud y la vida con dignidad, mediante un trabajo por la equidad y la justicia social [76]. En este sentido, aunque la educación y la promoción de la salud puede llevarse a cabo en grupos de todas las edades (infancia, adolescencia, adultez o vejez), posee mucha más relevancia en la infancia y en la

adolescencia. Esto es debido a que en estas edades se adquieren los hábitos de estilo de vida, que serán más difíciles de modificar en la vida adulta [75].

Es así que el profesional de enfermería enfatiza sus cuidados en la promoción de la salud con acciones extramurales tendientes a reforzar habilidades y competencias a través de la orientación brindada sobre factores de riesgo y actividades de educación para la salud a nivel individual, familiar y comunitario. Tal como lo manifiestan las familias en los siguientes discursos:

> *"…la enfermera nos ayuda a mejorar nuestra vida, nos enseña cómo debemos lavarnos las manos, que los alimentos deben estar limpios y tapados por las moscas, que debemos hacer ejercicio, tomar agua hervida…"* (Familia Lirio)
>
> *"… dan charlas de varios temas, a mí me dijeron que debo darle solo leche materna a mi bebé hasta que cumpla los 6 meses y también nos enseñaron a preparar bien los alimentos para nuestros hijitos a los 6 meses, luego al año…"* (Familia Hortensia)
>
> *"… Cuando la enfermera viene a mi casa, ella va a ver a los niños, los examina para ver como están, también nos dan charlas o nos citan todos los meses para darnos charlas en la comunidad…"* (Familia Gladiolo)
>
> *"… nos reúne con mi esposo para ayudarnos entre todos a mejorar en el hogar, para ya no pelear, para querernos y darles cariño a nuestros hijos para sentirnos bien emocionalmente…"* (Familia Orquídea)

Además de constituir objeto central de la atención, la familia debe ser considerada como sujeto responsable de su propio cuidado. En esta concepción, el equipo básico de salud familiar y comunitaria (EBS-FC), en el nivel primario, promueve la responsabilidad de las familias, las organizaciones de la comunidad y los servicios de salud, para el cuidado de la salud (entendido como la preservación o mejora de la salud) [1]. Por lo expuesto la atención integral centrada en la familia requiere un trabajo de equipos multidisciplinarios con

profesionales que son capaces de desarrollar capacidades nuevas y asumir tareas y retos distintos.

2.2.Previniendo la enfermedad según los niveles preventivos

El desarrollo de la enfermedad, constituye un proceso dinámico que está condicionado por múltiples agentes causales y factores de riesgo que influyen sobre el individuo y su salud, volviéndolo susceptible de ser intervenido en los diferentes momentos de su desarrollo, es por ello que cuanto antes se apliquen las medidas de intervención, mejor puede ser el resultado en la prevención de la enfermedad o de sus secuelas [77].

La prevención en su concepción más amplia, y al entender a la salud/enfermedad como parte integrante de un proceso, es fundamentalmente una actividad destinada a los individuos o los grupos de riesgo. Su objetivo es mantener el estado de salud [78].

Los niveles de prevención de enfermedades es uno de los pilares del bienestar de la familia, tal es así que la Organización Mundial de la Salud (OMS) define 3 niveles de prevención: la prevención primaria evita la adquisición de la enfermedad (vacunación, eliminación y control de riesgos ambientales, educación sanitaria, entre otros). La prevención secundaria, va encaminada a detectar la enfermedad en estadios precoces, en los que el establecimiento de medidas adecuadas puede impedir su progresión, de allí, la relevancia de la captación temprana de los casos y el control periódico de la población afectada. En relación con la prevención terciaria, comprende aquellas medidas de tratamiento y rehabilitación de una enfermedad para ralentizar su progresión y, con ello la aparición o el agravamiento de complicaciones, e intentando mejorar la calidad de vida [79].

El cuidado de Enfermería es un proceso complejo que delimita las intervenciones necesarias para resolver o mitigar el problema. Estas intervenciones se encuentran tanto en la promoción de la salud, como en prevención y manejo de la enfermedad. Si la persona o

familia tiene riesgo de padecer un problema específico, las intervenciones deberán abordar la prevención del riesgo [80].

El profesional de enfermería que laboran en los establecimientos de la Micro-Red de salud Lambayeque, realizan un cuidado importante en el seguimiento de enfermedades no transmisibles en los tres niveles de prevención promoviendo el autocuidado a través de la satisfacción de las necesidades básicas del ser humano, tal como se evidencia en los siguientes discursos:

> *"… dentro de la prevención primaria realizo actividades de promoción y prevención, por ejemplo, en relación a prevenir el dengue, las enfermedades diarreicas, las iras, la Chikungunya cuando hay alertas epidemiológicas; también se trabaja con TBC, y entrega y orientación de la importancia de los micronutrientes, tamizajes de anemia también para los niños que están en riesgo de tener anemia y así poder recuperarlos, trabajado con la familia…"* (Enf. "Solidaridad"- con 6 años de servicio- Desempeñándose en el área de Crecimiento y Desarrollo (CRED), atención del RN– C.S.T.C.CH.)

> *"… educo a la madre primeramente sobre las enfermedades prevalentes, como las EDAS e IRAS, que pueden ocurrir en su niño, si no se evalúa adecuadamente en el control de crecimiento y desarrollo y por ende que permitan la aplicación de vacunas que son tan importantes para evitar muchas enfermedades…"* Enf. "Paz"- con 17 años de servicio- Desempeñándose en el área de Crecimiento y Desarrollo (CRED), en las estrategias de Salud Familiar y Comunitaria, Adulto Mayor– C.S. S.M.)

> *"… cuando papá y mamá están muy preocupados porque su niño empieza con síntomas de enfermedades respiratorias, ahí se interviene, yo brindo consejería, conversando con ellos sobre cuáles son los cuidados que deben tener y sobretodo las medidas preventivas, que no deberían ellos retrasar la vacuna de su niño…"* (Enf. "Valentía"- con 23 años de servicio- Desempeñándose en el área de área de Crecimiento y Desarrollo (CRED), en las estrategias de Salud Familiar y Comunitaria, TBC – C.S. S.M.)

> *"… cuando capto a un niño con indicios de obesidad, eso ya sería prevención secundaria por lo tanto educo a la familia sobre lo que es la alimentación y nutrición*

saludable. Entonces ya allí doy a conocer qué alimentos va a consumir y qué es lo que no va a consumir, dar prioridad a lo que son frutas, verduras, agua y evitar la comida chatarra que actualmente influye en la salud de todos los niños..." (Enf. "Respeto"- con 22 años de servicio- Desempeñándose en el área de Crecimiento y Desarrollo (CRED), atención del RN, en las estrategias de Salud Familiar y Comunitaria, Adulto Mayor. – C.S. T.C.CH.)

"... con el equipo básico de salud, hemos identificado a personas con tuberculosis, entonces allí tenemos que hablar de la enfermedad puntos claves y con lenguaje entendible; por eso educamos en cuanto a las medidas de prevención, detectando si hay niños menores de 15 años ya que ellos son contactos que tiene que recibir tratamiento…" "... les explicamos toda la familia también, más que todo como es el contagio y que es a través de las vías respiratorias y que las casas tienen que estar bien ventiladas, y también para prevenir que el resto de integrantes pueden contagiarse…" (Enf. "Respeto"- con 22 años de servicio- Desempeñándose en el área de Crecimiento y Desarrollo (CRED), atención del RN, en las estrategias de Salud Familiar y Comunitaria, Adulto Mayor. – C.S. T.C.CH.)

Mientras más temprana sea aplicada la medida preventiva, será más efectiva en su objetivo de frenar el curso de la enfermedad, o impedir que se desarrolle; es por ello que se debe dar énfasis a la prevención primaria, antes de que aparezca la enfermedad, con el fin de contribuir al bienestar de la población en general. Por lo tanto, implica actuar desde un sistema natural que es la familia, en el que cada miembro tiene en común el entorno, hogar y muchas formas de comportamiento, hábitos o estilos de vida, existiendo entre ellos una interdependencia que hace a la familia funcionar como unidad [1].

No obstante, es significativo determinar que los miembros del Equipo básico de salud, tienen un rol relevante en la detección temprana de las enfermedades del área geográfico-poblacional a su cargo. Cada miembro del equipo, sobretodo el profesional de enfermería, cumple un rol muy significativo, por ser necesario distribuir medidas preventivas dirigidas a la persona en sus diferentes etapas de vida; ello coincide en los siguientes discursos, manifestado por las familias:

"… cuando nos visitan personas de la posta nos dicen que debemos cuidar a nuestro hijito para que no se enferme con gripe, cuando le da fiebre qué debemos darle un baño con el cuarto cerrado, secarlo bien, igual nosotros lavarnos bien las manos para todo…" (Familia Hortensia)

"… la enfermera que nos visita nos educa sobre los alimentos, que no debemos comer comida chatarra, ni comida al paso, para que no nos enfermemos…" (Familia Gladiolo)

"… tenemos en casa a mi esposo que tiene presión alta, y cuando la enfermera nos visitó, nos enseñó a cómo darle sus medicinas, a cuidarlo con sus alimentos, con las emociones fuertes, y saber qué hacer cuando se le sube la presión …" (Familia Geranio)

Como se evidencia, para la Enfermería es un gran reto enfrentar los cambios que experimenta la población, lo que demanda mayor énfasis en la mejora de aspectos relacionados con la promoción y prevención. Por lo tanto, surge la necesidad de dar respuesta multisectorial frente a los problemas sanitarios, es por ello que quienes se encuentran en la labor docente deben y deberán formar a futuros profesionales basado en un enfoque holístico, teniendo en cuenta que el cuidado enfermero va más allá de atender a la persona enferma, ya que el desarrollo de una enfermedad involucra un cambio en la interrelación de la persona con su entorno [81].

Rossana M, Iliana M [12], en su investigación *"Experiencias de las Enfermeras al brindar cuidados integrales en el primer nivel de atención",* en Perú: Lambayeque, encontraron resultados similares a lo expuesto anteriormente, donde una de las experiencias de la enfermera emerge la categoría: *Priorizando la prevención y promoción en el cuidado integral a las personas en el primer nivel de atención.* Según las evidencias, el trabajo en el primer nivel de atención involucra acciones de salud de tipo preventivo- promocional dirigidas a la persona en sus diferentes etapas de su ciclo vital, realizando prevención en

problemas de salud como de EDAS e IRAS principalmente en niños, con el único fin de mejorar la salud.

Al respecto, promover, mantener la salud, prevenir la enfermedad y ayudar a mejorar la calidad de vida de las personas Considerando el liderazgo, la capacidad de gestión, son el objetivo central de la atención primaria, que adquiere mayor protagonismo en el primer nivel de atención, ámbito en el que la enfermera hasta hoy lidera el quehacer [12].

III. DEVELANDO EL CUIDADO DE ENFERMERÍA A LA FAMILIA FRENTE A LAS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD

El profesional capacitado para cuidar a la familia en todos sus aspectos, es el de enfermería en lo que respecta a salud familiar y comunitaria. Para la Organización Mundial de la Salud (OMS), la enfermería comunitaria, es un servicio que presta cuidados de fomento, prevención, mantenimiento, recuperación, rehabilitación y cuidados fuera del hospital, es decir, en su lugar de trabajo, hogar, barrio, escuela, en su comunidad [43].

En tanto la Organización Panamericana de la Salud (OPS), señala que las acciones de la enfermería comunitaria están dirigidas a la población como un todo. En su ejercicio utiliza el método epidemiológico con el fin de contribuir en la identificación de las necesidades de la salud y para vigilar su tendencia en las poblaciones. Identifica por medio del diagnóstico a un conjunto de individuos expuestos a los mismos factores que comparten las mismas necesidades de salud [39].

El Ministerio de Salud a través de acciones de alto impacto, que atraviesan todos los ciclos de vida, y articulando los recursos de los actores sociales aborda los determinantes sociales y las prioridades sanitarias. Según el MAIS-BFC, las situaciones-objeto de intervención son las necesidades de atención de salud y los determinantes de la salud. Es así que las determinantes sociales de la salud están a cargo del gobierno nacional, regional y

local a través de la articulación intergubernamental con la sociedad civil y la participación ciudadana para el diseño de políticas de Estado que se implementan en planes, programas y proyectos sociales y productivos [1].

En esta situación se evidencia con gran ímpetu la existencia de determinantes sociales de salud, como lo son: el contexto socioeconómico, la primacía de creencias y costumbres, inequidades y desigualdades sanitarias en la Atención Primaria Renovada (los recursos humanos insuficientes, la débil acción intersectorial, población con recursos financieros insuficientes) y la motivación y desmotivación del enfermero(a) en la estrategia de Salud Familiar y comunitaria ante la gran demanda poblacional. Frente a ello, la presente categoría emerge de las siguientes subcategorías:

3.1.Valorando el contexto socioeconómico que influye en el cuidado a la familia

La familia es el contexto social primario en el que los individuos, cambian y crecen con el tiempo, tienden a pasar por etapas comunes. Cada etapa de desarrollo tiene sus propios retos, necesidades y recursos e incluye tareas que deben ser terminadas antes de que la familia sea capaz de avanzar satisfactoriamente a la etapa siguiente [32].

A su vez el estado de salud de cada persona influye en cómo funciona la unidad familiar y en su capacidad para conseguir objetivos. Cuando la familia funciona satisfactoriamente para cumplir sus objetivos, sus miembros tienden a sentirse positivos con ellos mismos y con su familia [33]. Para tener éxito en el cuidado, se requiere del compromiso de la familia como unidad, sin embargo existe poco compromiso y falta de corresponsabilidad de los usuarios para lograr el bien común.

Así la enfermera(o), busca formas de adaptarse al trabajo que ejerce con las familias en la comunidad; a pesar de que casi no encuentra a la familia en conjunto; evidenciándose

en las manifestaciones objetivas del profesional de enfermería que se presentan en los siguientes discursos:

> *"… es bien difícil encontrarlos a todos juntos; a veces encontramos a la mamá y el papá; los hijos están estudiando o a veces está solo la madre, y si lo encontramos con el esposo, trabajamos con los dos; pero es bien difícil trabajar con la familia en su conjunto por las múltiples labores que tiene la familia …"* (Enf. "Responsabilidad"- con 22 años de servicio- Desempeñándose en el área de Crecimiento y Desarrollo (CRED), atención del RN, en las estrategias de Inmunizaciones y Salud Familiar y Comunitaria – C.S.T.C.CH.)

> *"… normalmente siempre se programan las visitas en la mañana por seguridad del personal y las mañanas pues todos los niños casi estudian, el esposo trabaja, entonces siempre encuentras a la mamá sola y es ella quien recibe el cuidado…"* (Enf. "Autonomía"- con 15 años de servicio- Desempeñándose en las áreas de Crecimiento y Desarrollo (CRED), Investigación científica en salud, atención del RN; en la estrategia de Salud Familiar y Comunitaria – C.S.T.C.CH.)

> *"… las familias normalmente no nos atienden en la mañana y vamos a visitarlas según el horario que ellas nos dicen porque no tiene disponibilidad entonces eso es lo que nosotros hacemos con las visitas y atenciones brindadas…"* (Enf. "Amor"- con 10 años de servicio- Desempeñándose en el área de Crecimiento y Desarrollo (CRED), atención del RN, en la estrategia de Salud Familiar y Comunitaria – C.S. T.C.CH.)

En el proceso del ciclo vital surgen algunas problemáticas más comunes por las que atraviesa la familia como: el equilibrio entre el trabajo y las responsabilidades familiares, la reducción de la violencia doméstica y el alivio de la pobreza y de la enfermedad, entre otras; que en términos generales tienen que ver con el fortalecimiento de la capacidad de la familia para atender sus propias necesidades [6]. Estos manifestados de las enfermeras, se contrastan al develar lo mencionado por las familias, las mismas que se evidencian en los siguientes discursos:

"…si han venido las enfermeras, pero a mí no me encontraron, sólo a mi hija la mayor de 11 años con su hermanito de 4 años; yo estaba trabajando…mi niña me dijo que le dijeron que lleve a mi niño a la posta…" (Familia Girasol)

"… las enfermeras a veces vienen en la mañana o en la tarde, pero yo ni mi esposo estamos, solo venimos a casa a cocinar para mis hijos que se vienen del colegio y casi no tenemos tiempo señorita…" (Familia Azucena)

3.2. Conociendo y respetando la primacía de las creencias y costumbres de la familia para un cuidado intercultural

El ser humano, donde quiera que se encuentre, siempre está inmerso y en relación dinámica con la cultura que lo rodea. Este es un poderoso legado que el hombre mismo ha ido construyendo a través de su historia y que, en relación dinámica con él, lo influye y lo moldea [7].

Para los profesionales del cuidado de la salud no podría pasar por desapercibida la cultura ya que es la guía dinámica para que la gente perciba el mundo y para que entienda cómo debe comportarse con los otros, considerando la cultura como un elemento que condiciona el comportamiento y las decisiones de quienes están inmersos en ella dentro de un determinado territorio [82]. El territorio es el espacio de articulación entre el medio urbano y el rural, con las diferentes características geográficas y climatológicas, y su influencia en la conducta de la población, se manifiesta en sus costumbres y creencias que determinan la conducta individual, familiar y grupal ante la salud y su cuidado [1].

La cultura se define como aquel sistema de símbolos y representaciones que se transmiten, entre otros, por la familia y que hacen parte de la vida diaria, lo que conocemos como cotidiano. Por lo tanto, no es posible disociar los conceptos persona, cultura y sociedad, ya que resultan complementarios. La cultura se manifiesta a través de la formación de valores, actitudes y comportamientos arraigados en la familia [41].

Cuando las enfermeras enfrentan la realidad del cuidado familiar, se encuentran con personas o familias que hacen poco o casi nada por cuidar su salud, indicando que aún existen pensamientos que llevan a las personas a acudir a un centro de salud cuando ven la enfermedad, orientando los cuidados más a la atención recuperativa más no a la promocional-preventiva; lo cual se constata en los siguientes discursos:

> *"… acá también intentamos hacer la parte de salud familiar con la familia en conjunto, pero la familia aún todavía persiste en que ellos sólo deben ir al centro de salud cuando están enfermos…"* (Enf. "Responsabilidad"- con 22 años de servicio- Desempeñándose en el área de Crecimiento y Desarrollo (CRED), atención del RN, en las estrategias de Inmunizaciones y Salud Familiar y Comunitaria – C.S.T.C.CH.)

> *"… yo tengo dos, tres familias que son de otra religión y no creen en nada de lo que es atención de salud, no dejan vacunar a sus niños; en cuanto a la alimentación les decimos que tienen que darles alimentos ricos en hierro, carnes, entonces por creencias religiosas ellos todo lo dejan a Dios, se confían mucho y dicen que sus niños crecen sanos sin ninguna vacuna, sin control…"* (Enf. "Autonomía"- con 15 años de servicio- Desempeñándose en las áreas de Crecimiento y Desarrollo (CRED), Investigación científica en salud, atención del RN; en la estrategia de Salud Familiar y Comunitaria – C.S.T.C.CH.)

> *"… la educación al nivel sociocultural de los padres, es una barrera que hasta hoy no podemos erradicar lamentablemente es la idiosincrasia de los padres, han sido educados de una manera, dependen en hogares conflictivos, entonces no nos garantiza la educación de los hijos, y son hogares disfuncionales, donde no puedes intervenir porque la familia se opone…"* (Enf. "Libertad"- con 26 años de servicio- Desempeñándose en el área de Crecimiento y Desarrollo (CRED), en las estrategias de Salud Familiar y Comunitaria, Adulto– C.S. S.M.)

Estos discursos son congruentes a lo encontrado por Arias SE, López L., en su estudio: "La experiencia de enfermeras cuidando a familias culturalmente diversas: una metasíntesis cualitativa", donde concluye que la experiencia de las enfermeras cuidando a familias culturalmente diversas es una experiencia gratificante y admirable, pero a la vez exigente y desafiante, dada la complejidad del abordaje de la unidad familiar, el encuentro

con las diferencias culturales y la responsabilidad ética del cuidado que se complejiza al pasar a la esfera familiar [8].

El trabajo comunitario propicia y facilita la participación de Enfermería en ambientes personales y naturales, como el hogar, a través de un cuidado integral en los procesos de salud y de enfermedad; y es aquí donde al interaccionar con las familias, nos damos cuenta que lo manifestado por las enfermeras no es ajeno a la realidad, lo que se verifica en los siguientes discursos:

> *"La enfermera si vino a visitarme para vacunar a mis niños, pero yo no quise porque cuando lo vacunan se pone muy mal y ya me da mucho miedo…, además no soy católica y cuando alguien de casa cae mal de salud, lo dejamos en las manos de Dios señorita…"* (Familia Clavel)

> *"…me ha venido a visitar la enfermera y me dijo que tenía que ir al centro de salud porque tengo presión alta y tiene que verme el médico, pero no he ido aún porque yo me siento bien…"* (Familia Cuna de Niño)

Para entender este cuidado que brinda la enfermera a la familia, donde existe primacía de creencias y costumbres culturales, nos basamos en la teórica Madeleine Leininger considerada como la primera enfermera que divisó desde la antropología, la universalidad y diversidad del cuidado e incentiva a muchos autores para que desde las diversas culturas se pretenda distinguir lo que las personas sienten, piensan y hacen en torno a su propio cuidado de la salud y solo al comprender desde cada cultura ese cuidado se le podrá expresar bajo los diferentes modos de promoción y mantenimiento de la salud, las distintas maneras en que se previene y se enfrenta a la enfermedad y las varias formas terapéuticas de abordarla. No es posible pretender homogeneizar el cuidado y pensar que los de una cultura sean válidos para las demás [41].

Por ello, reafirmamos que el cuidado implica aprender de las personas sus formas de vida, sus contextos, sus sentimientos, sus preocupaciones, sus creencias, prácticas y valores, en sucesos tan diversos presentados en las diferentes etapas de vidas, con el fin de ofrecer un cuidado coherente con la cultura y sobretodo aportar para lograr un sistema de salud que trabaja acorde la realidad que existe en este país, el mismo que constituye un reto para la práctica de enfermería, y se hace repensar la manera coherente y asertiva de dar cuidado, un verdadero cuidado integral basado en la historia y realidad del otro [70].

3.3. Afrontando las inequidades y desigualdades sanitarias en la Atención Primaria de Salud Renovada

La Atención primaria de salud (APS) brinda al profesional de enfermería un espacio de trabajo prometedor para desarrollar acciones orientadas a la comunidad y a las familias en materia de promoción de la salud y prevención de enfermedades [20].

El cuidado de enfermería enfocado en la APS renovada es muy amplio, ya que implica acceso y cobertura universal; atención integral e integrada; énfasis en la promoción y la prevención; atención apropiada con calidad; orientación familiar y comunitaria; mecanismos activos de participación; marco legal e institucional; organización y gestión óptimas; políticas y programas pro equidad; primer contacto del paciente con el sistema de salud; recursos humanos apropiados y competentes; recursos financieros suficientes adecuados y sostenibles y acciones intersectoriales e interculturalidad [1].

Ante este contexto la Enfermería, además de aplicar de forma integral un conjunto de cuidados al individuo, la familia y la comunidad en el proceso salud-enfermedad, debe contribuir a que adquieran habilidades, hábitos y conductas que fomenten su autocuidado en el marco de una atención primaria integral y comunitaria que incluye la promoción, protección, recuperación y rehabilitación de la salud, y la prevención de la enfermedad. Ello

exige conocer el entorno de las personas y relacionarlo con los comportamientos saludables o de riesgo, los hábitos alimenticios, las condiciones higiénicas que le rodean, la actividad y el ejercicio que realiza la población, condiciones sociales, y el entorno profesional, escolar y familiar [20].

El propósito de la renovación de la APS es revitalizar la capacidad de todos los países de organizar una estrategia coordinada, efectiva y sostenible que permita resolver los problemas de salud existentes, afrontar los nuevos desafíos en salud y mejorar la equidad [48], sin embargo, en el presente estudio al develar el proceso enfocado en la APSr se tienen evidencias objetivas de lo que dice la enfermera y del trabajo que realiza constatándose en los siguientes discursos:

> *"… lo que realizo son intervenciones aisladas, no son sostenibles y por eso no hay muchos cambios y toda la vida venimos trabajando así; por ejemplo, yo en este sector tengo como tres años y no cambia la situación de los riesgos. Algunas familias sí, en cuestión de higiene, de orden, pero hay otros que no tienen servicios higiénicos básicos, hay bastantes vectores, basura por todos lados. Entonces todos esos factores condicionan a enfermedades o riesgos en los miembros de la familia; entonces nuestras intervenciones son débiles..."* (Enf. "Autonomía"- con 15 años de servicio- Desempeñándose en las áreas de Crecimiento y Desarrollo (CRED), Investigación científica en salud, atención del RN; en la estrategia de Salud Familiar y Comunitaria – C.S.T.C.CH.)
>
> *"En algunas familias si hemos logrado cambios, pero en otros no, igual como no los encuentras, los citamos y los citamos y no tienen interés, los vigilas, pero a veces hay dudas, hay algunas familias que si lo hacen, otras no; aunque ahora la gente tú le das algo a cambio, y ahí si la gente llega, pero a veces no; y yo a las madres les digo: depende de ustedes que la atención siga y el cuidado de su salud sea mejor cada día…"* (Enf. "Tolerancia"- con 24 años de servicio- Desempeñándose en las estrategias de TBC, Salud Familiar y Comunitaria – C.S.T.C.CH.)
>
> *"…todo se trabaja contra el tiempo, entonces los turnos son muy pocos, y no sabemos si hay o no aceptación de la familia; algunas si aceptan, pero pocos minutos, porque ya está que te mira el reloj porque tienen cosas que hacer, entonces*

no te siente libre y no podemos brindar un cuidado completo…" (Enf. "Libertad"- con 26 años de servicio- Desempeñándose en el área de Crecimiento y Desarrollo (CRED), en las estrategias de Salud Familiar y Comunitaria, Adulto– C.S. S.M.)

Según el MAIS BFC, se debe priorizar la conformación de equipos integrados por profesionales de salud y personal técnico, cuyas estrategias para revertir esta situación están orientadas a disponer de Equipos Básicos de Salud (EBS) en número suficiente y con competencias en salud familiar y comunitaria, con relaciones contractuales estables y con incentivo para trabajar en las zonas más pobres y de difícil acceso, así como condiciones de trabajo dignas que permita su compromiso con los objetivos institucionales y logros sanitarios de alto impacto y pertenencia social [1]; sin embargo obtenemos otra realidad al develar las manifestaciones objetivas de las enfermeras de APS en los siguientes discursos:

"...porque qué está pasando en el MINSA, hay bastantes estrategias que trabajar, todo está muy bien, la cuestión es que el recurso humano es el que tiene que ser multifuncional, porque, ¿cuantas veces vamos?: quizá uno o dos veces al mes a hacer la parte de salud familiar, pero, no nos incrementan los recursos humanos que eso es un potencial bastante grande para poder trabajar..." (Enf. "Responsabilidad"- con 22 años de servicio- Desempeñándose en el área de Crecimiento y Desarrollo (CRED), atención del RN, en las estrategias de Inmunizaciones y Salud Familiar y Comunitaria – C.S.T.C.CH.)

"… Salud Familiar es una estrategia muy buena, está muy bien estructurada, lo que falta es recurso humano para poder brindar esa atención de manera más sostenible, de manera continua, puesto que una vez al mes por ejemplo es insuficiente para mí…" (Enf. "Autonomía"- con 15 años de servicio- Desempeñándose en las áreas de Crecimiento y Desarrollo (CRED), Investigación científica en salud, atención del RN; en la estrategia de Salud Familiar y Comunitaria – C.S.T.C.CH.)

"... en cada micro sector no hay tanto personal; es bastante bonito el trabajo familiar, pero tratamos en lo posible que sea integral porque somos muy pocos los que nos integramos para trabajar salud Familiar y es un campo bastante amplio…" (Enf. "Amor"- con 10 años de servicio- Desempeñándose en el área de Crecimiento y

Desarrollo (CRED), atención del RN, en la estrategia de Salud Familiar y Comunitaria – C.S. T.C.CH.)

Además, se toma en cuenta que las acciones intersectoriales son necesarias para abordar las principales determinantes de la salud de la población, creando sinergias entre el sector de la salud y otros sectores y actores, como las escuelas, los lugares de trabajo, los programas de desarrollo económico y urbano, la mercadotecnia y el desarrollo agrarios, y la provisión de agua y saneamiento [48], entre otros.

Por lo tanto, si se habla de la intersectorialidad**,** debe existir evidencia de que la solución del problema no puede ser alcanzada por un solo sector sino se debería trabajar articulando la atención de salud con otros sectores [12]. Esto se evidencia en las siguientes manifestaciones del profesional de enfermería:

"… por ejemplo si la municipalidad y las autoridades locales tuviera más involucradas con la salud familiar, también sería un mucho más potente esta estrategia. Pero bueno todavía nuestras autoridades piensan en el daño más que en la promoción y prevención…" (Enf. "Responsabilidad"- con 22 años de servicio- Desempeñándose en el área de Crecimiento y Desarrollo (CRED), atención del RN, en las estrategias de Inmunizaciones y Salud Familiar y Comunitaria – C.S.T.C.CH.)

"… intervenimos sólo el personal de salud, pero sabemos que la salud Familiar no depende sólo de sector salud; por ejemplo, hay sectores que no tienen agua, no tienen desagüe, no tienen pistas, las casas son rústicas, entonces, ¿cómo pedirle a esa familia que por ejemplo consuma agua hervida, o que consuman una alimentación balanceada si son de bajos recursos?; entonces, las atenciones que hacemos son aisladas, es por eso que no cambia mucho la situación de salud familiar y los riesgos no se disminuyen porque intervenimos solos…" (Enf. "Autonomía"- con 15 años de servicio- Desempeñándose en las áreas de Crecimiento y Desarrollo (CRED), Investigación científica en salud, atención del RN; en la estrategia de Salud Familiar y Comunitaria – C.S.T.C.CH.)

Estamos en un país donde la población en pobreza y pobreza extrema no tiene los recursos necesarios para aplicar lo que debiera desde la promoción de la salud, y se preocupa

principalmente por generar los escasos recursos que les permita cubrir sus necesidades básicas, dedica a ello todos sus esfuerzos y se detiene sólo cuando se enferma. Entonces, acude al establecimiento a demandar atenciones recuperativas (que no siempre están a su alcance económico) que le permitan reincorporarse prontamente a sus actividades productivas, tan indispensables para sobrevivir [1].

La pobreza va más allá de la falta de ingresos y recursos para garantizar unos medios de vida sostenibles. Entre sus manifestaciones se incluyen el hambre y la malnutrición, el acceso limitado a la educación y a otros servicios básicos, la discriminación y la exclusión sociales y la falta de participación en la adopción de decisiones, aspectos que limitan el logro de las metas de muchas familias que se esfuerzan por alcanzarlas [83]. Para algunas familias que viven en la pobreza o agobiadas por la tensión económica, la meta de la supervivencia misma adquiere precedencia mientras las demás metas, aunque reconocidas como deseables, son inalcanzables. Las metas de algunas familias pueden incluir la educación, el empleo, los planes recreacionales, la reubicación geográfica, una nueva vivienda y la salud [17].

No obstante, esto no sería logrado si no existe intervención del gobierno central, en especial el trabajo articulado entre ministerio de salud, vivienda y saneamiento que son los ministerios pilares para lograr en el Perú un sistema de salud coherente con lo que se espera de la población si se trabaja de forma responsable y analítica. Es así que en el presente estudio, las manifestaciones objetivas del profesional de enfermería nos develan el punto débil donde se tiene que trabajar para mejorar nuestro sistema de salud:

> *"… de todos los problemas encontrados, sacamos un diagnóstico y al final llegamos a la conclusión de que el problema que más hemos identificado es: hacinamiento, déficit de saneamiento ambiental, nivel de pobreza; hay extrema pobreza, la mayoría de padres no tienen trabajo, son eventuales, es un problema no solo del sector, sino a nivel nacional…"* (Enf. "Justicia"- con 20 años de servicio- Desempeñándose en el área

de Crecimiento y Desarrollo (CRED), atención del RN, en la estrategia de Salud Familiar y Comunitaria – C.S. T.C.CH).

"…las mismas familias nos comunican sus problemas, se sabe que mayormente a donde vamos las personas son del nivel bajo de pobreza; el sector mío no tiene saneamiento ambiental, incluso las viviendas no son adecuadas para las lluvias torrenciales o temblor. Lamentablemente la mayoría de familias que viven ahí, no tienen un trabajo estable, son eventuales, moto-taxistas, agricultores, no ganan el suficiente dinero o no tienen un ingreso estable, para solucionar sus problemas..." (Enf. "Paz"- con 17 años de servicio- Desempeñándose en el área de Crecimiento y Desarrollo (CRED), en las estrategias de Salud Familiar y Comunitaria, Adulto Mayor– C.S. S.M.)

"… nosotros trabajamos más que todo con familias aseguradas por el SIS, antes podíamos atender los de Es salud también, pero ahora se ha restringido todo eso y ahora solamente atendemos a los que tiene SIS porque tenemos que dedicarnos a nuestra población asignada…" (Enf. "Respeto"- con 22 años de servicio- Desempeñándose en el área de Crecimiento y Desarrollo (CRED), atención del RN, en las estrategias de Salud Familiar y Comunitaria, Adulto Mayor. – C.S. T.C.CH.)

Según el Programa Nacional de Formación en Salud Familiar y Comunitaria (PROFAM), el financiamiento del primer nivel de atención, siempre fue escaso, dándosele mayor prioridad a fortalecer la capacidad resolutiva en los hospitales y con ello la función curativa del sistema de salud y por ende de alto costo. Esta realidad no garantiza de manera integral el conjunto de insumos y procedimientos necesarios para el cumplimiento de estándares de gestión, organización y prestación de servicios de salud lo que trae como consecuencia su débil funcionamiento y capacidad de respuesta frente a las necesidades y demandas de la población en desmedro del cumplimiento de políticas tan importantes como las relacionadas a la implementación de la APS y el AUS [5].

En pleno siglo XXI existen factores como la cultura y motivación que actúan de forma sinérgica en un contexto de trabajo donde todo el mundo gana lo mismo a final de mes, donde hay fuertes presiones para la uniformidad impuesta; la opción más fácil está

representada por el mencionado modelo biomédico, donde aquellos profesionales que escogen trabajar más a cambio sólo de su satisfacción personal, los agravios comparativos del indolente sistema se encargarán de hacerles cambiar de idea con el tiempo aunque desempeñen una labor distinta, ocasionando, que los que más rinden con el tiempo se desmotiven [84].

Ante esta realidad, lo antes mencionado se justifica, cuando las enfermeras manifiestan:

> *"… la motivación nuestra es que aparte de que nos gusta el trabajo extramural, es que el personal nombrado tiene un bono y por ese bono de la ley dice que tú tienes que hacer salud familia; hay enfermeros que están preparados para trabajar salud familiar, son especialistas en salud familiar, entonces este establecimiento tiene la motivación para trabajar, tanto por gusto, por el mismo hecho de que le gusta trabajar en la salud pública, pero también porque se motiva económicamente…"* (Enf. "Responsabilidad"- con 22 años de servicio- Desempeñándose en el área de Crecimiento y Desarrollo (CRED), atención del RN, en las estrategias de Inmunizaciones y Salud Familiar y Comunitaria – C.S.T.C.CH.)

> *"… así como hay personal comprometido, también hay personal que no se compromete y que no lo asume, por lo tanto, no se siente motivado; uno porque desconoce y el otro porque no hay un compromiso o no le gusta el trabajo comunitario…"* (Enf. "Autonomía"- con 15 años de servicio- Desempeñándose en las áreas de Crecimiento y Desarrollo (CRED), Investigación científica en salud, atención del RN; en la estrategia de Salud Familiar y Comunitaria – C.S.T.C.CH.)

> *"… el cuidado en lo que es salud familiar no es muy gratificante quizás para la gran mayoría del personal o de enfermeras porque muchas veces lo hacemos solamente porque nos dan un bono de atención; la gran mayoría de colegas que tenemos, y no solamente aquí sino en todos los establecimientos salud, salen o tendemos a salir como colegas de escritorio, o sea yo estoy dentro del establecimiento y espero que la gente llegue a mí y yo no voy a la gente porque no me gusta la calle, porque el sol me hace mal o porque hace mucho polvo..."* (Enf. "Amor"- con 10 años de servicio-

Desempeñándose en el área de Crecimiento y Desarrollo (CRED), atención del RN, en la estrategia de Salud Familiar y Comunitaria – C.S. T.C.CH.)

"… nos hacemos responsables de una sola área y no nos damos cuenta que en realidad enfermería es un todo, y se debe de trabajar más que todo con la comunidad porque en la comunidad es donde en realidad nosotros vemos qué problemas hay, no solamente hay problemas de salud, sino también de Salud Mental, de salud física, entonces es un todo…" (Enf. "Solidaridad"- con 6 años de servicio- Desempeñándose en el área de Crecimiento y Desarrollo (CRED), atención del RN– C.S.T.C.CH.)

En tanto, Soares SR, Devinar LA, Gonçalves VRF., en su estudio realizado "*La complejidad del trabajo del enfermero en la Atención Primaria a la Salud"* en Brasil. Obtuvieron como resultados de este estudio: que se presentan conflictos, dilemas y aspectos relevantes de la práctica del enfermero en la APS, contribuyendo con el pensamiento crítico sobre el contexto de trabajo y la necesidad de articulación de la categoría en la construcción de su espacio profesional. Los autores concluyen que la actuación del enfermero en la APS es un campo amplio y en proceso de calificación, y los enfermeros necesitan apropiarse de esos contenidos en su cotidiano, buscando la articulación con sus entidades de clase para el desarrollo de esa especialidad [10].

Por lo tanto, podemos decir que ejercer una profesión tan sacrificada como la enfermería no es tarea fácil y que ocuparse de la atención de la persona en diversas situaciones de salud implica una serie de responsabilidades y conocimientos que todo enfermero(a) debe conocer, previo a una buena formación, tanto profesional como personal; sin embargo no son compensadas de forma justa, ocasionando en ellas una desmotivación.

IV. FORTALECIENDO ALIANZAS INTERSECTORIALES CON LA PARTICIPACIÓN CIUDADANA

La intersectorialidad implica establecer mecanismos de coordinación con otros sectores y con instituciones de la sociedad civil, por su parte, la conformación de alianzas evita la actuación fragmentada, estableciendo relaciones dentro de una visión de conjunto y de esta manera potenciar el logro de resultados positivos en el cuidado enfermero a la familia[1].

Ante ello el MAIS BFC nos dice que, la intervención intersectorial de la dimensión política, desde los niveles de gobierno (nacional, regional y local) sobre los determinantes sociales de la salud, es la piedra angular para poder modificar positivamente la situación de salud de la población priorizada. Esta intervención, involucra a muchas instituciones y organizaciones de diferentes sectores de salud, tales como: educación, agricultura, economía, gobiernos locales, gremios, organizaciones privadas, autónomas, municipios y escuelas que se encuentran en la jurisdicción de los centros de salud y anexos; y muchos otros para que participen en buscar las mejores alternativas para solucionar los problemas de salud [1].

Resaltamos que desarrollo de iniciativas conjuntas impulsoras del bienestar de la población, depende de acciones efectivamente coordinadas entre todos los actores comprometidos con el cuidado que se brinda al ciudadano.

Por lo tanto, promover la salud en la población, no sólo debe ser prioritario en la agenda de los sectores relacionados directamente con la salud, sino que es principalmente tarea de la población en su conjunto [42], con mayor exigencia de una decidida y definitiva participación de sectores públicos y privados, provistos de la capacidad política y económica

necesaria para la modernización de los diferentes componentes vinculados a la salud en el Perú.

Es así que, el cuidado que brinda el profesional de enfermería de la Micro-Red de Lambayeque a la familia, también se realiza a través de alianzas intersectoriales, tal como se evidencia en los siguientes discursos:

> *"...cuando viven demasiado lejos por decir los caseríos; allí si va la brigada completa, y ya la encargada de promoción de la salud es la que coordina con el gobernador o con el director de alguna escuela, la enfermera lleva sus vacunas y material para su control de crecimiento y desarrollo, la obstetra lleva su material de planificación o para control de la gestante, el médico para dar atención médica, el odontólogo de igual manera."* (Enf. "Lealtad"- con 24 años de servicio- Desempeñándose en las áreas de Crecimiento y Desarrollo (CRED), Inmunizaciones, atención del RN, en la estrategia de Salud Familiar y Comunitaria. – C.S. T.C.CH.)
>
> *"...hubo un caso donde se dio el fenómeno del niño y muchas casas quedaron destruidas y las familias expuestas a la enfermedad del dengue, en especial los niños eran los que más se enfermaban, allí si iba la brigada completa para realizar campaña médica y poder ayudarlos…"* (Enf. "Autonomía"- con 15 años de servicio- Desempeñándose en las áreas de Crecimiento y Desarrollo (CRED), Investigación científica en salud, atención del RN; en la estrategia de Salud Familiar y Comunitaria – C.S.T.C.CH.)

Así como se busca alianzas con el equipo básico de salud, también se busca integrar a los municipios, para lograr un municipio saludable el cual se define como espacio territorial en el cual las políticas públicas han desarrollado y consolidado entornos y estilos de vida saludables en las personas, familias y comunidades, así mismo involucrar a las escuelas que servirán como pilares fundamentales en el trabajo de promoción de la salud y adquisición de estilos de vida saludable. Es necesario promover, desde el sector salud, la participación social tanto en la planificación local como en la implementación, evaluación y toma de decisiones [85].

El profesional de enfermería que laboran en los establecimientos de la Micro-Red de salud Lambayeque, consideran que se requiere involucrar a las autoridades locales o regionales, a los líderes sociales y políticos, a las organizaciones locales y a los ciudadanos en general en torno a la idea de mejorar las condiciones de salud y bienestar de sus habitantes, tal como se evidencia en los siguientes discursos:

> *"… también las autoridades se involucran, como, por ejemplo, los tenientes gobernadores ellos saben porque nosotros vamos y visitamos la familia..."* (Enf. "Responsabilidad"- con 22 años de servicio- Desempeñándose en el área de Crecimiento y Desarrollo (CRED), atención del RN, en las estrategias de Inmunizaciones y Salud Familiar y Comunitaria – C.S.T.C.CH.)
>
> *"… mayormente trabajamos con los municipios quien nos ayuda con las maquinarias al recojo de basura, inservibles para tener una comunidad saludable…"* (Enf. "Humildad"- con 16 años de servicio- Desempeñándose en el área de Crecimiento y Desarrollo (CRED), en las estrategias de Salud Familiar y Comunitaria, Adulto Mayor – P.S.S.H.)
>
> *"… también trabajamos con municipios y escuelas, se capacita en alimentación saludable…"* (Enf. "Equidad"- con 10 años de servicio- Desempeñándose en el área de Crecimiento y Desarrollo (CRED), en las estrategias de Promoción de la Salud (PROMSA), y de Salud Familiar y Comunitaria – C.S. S.M.)

Entonces alianza intersectorial significa unificar a sectores que trabajen por el bienestar común de la salud de la población, y es por ello que es indispensable también incluir la participación ciudadana [81]; tal como lo realiza el profesional de enfermería constatándose en los siguientes discursos:

> *"… se trabaja con la familia, con los líderes de su comunidad, comedores, vaso de leche…"* (Enf. "Libertad"- con 26 años de servicio- Desempeñándose en el área de Crecimiento y Desarrollo (CRED), en las estrategias de Salud Familiar y Comunitaria, Adulto– C.S. S.M.)

"… nos reunimos con los líderes que son los primeros que identificamos, quienes son los que dirigen su grupo comunitario…" "… buscamos alianzas para poder trabajar y servir a la comunidad, con los dirigentes del vaso de leche, asociación de padres de familia…" (Enf. "Equidad"- con 10 años de servicio- Desempeñándose en el área de Crecimiento y Desarrollo (CRED), en las estrategias de Promoción de la Salud (PROMSA), y de Salud Familiar y Comunitaria – C.S. S.M.)

"… por ejemplo si nos toca hacer una actividad en este mes, sobre lo que es ejercicio, hablamos con la presidenta del sector y cómo tienen local comunal, entonces en ese local los juntamos y hacemos ejercicio todos en general…" (Enf. "Amor"- con 10 años de servicio- Desempeñándose en el área de Crecimiento y Desarrollo (CRED), atención del RN, en la estrategia de Salud Familiar y Comunitaria – C.S. T.C.CH.)

Lo mencionado, coincide con lo encontrado por Figueira AB, et al, en su estudio [9]: "Acción política de enfermeros en Estrategia Salud de la Familia: barreras y facilitadores.", donde concluyen que cuando el enfermero, poseedor de conocimientos técnicos, científicos y de relación, desarrolla su autonomía para toma de decisiones, contando con el apoyo de otros colegas profesionales; consigue desarrollar acciones políticas en salud para los usuarios, calificando así la atención brindada.

CAPÍTULO IV

CONSIDERACIONES FINALES

- El profesional de enfermería es pieza fundamental en la operativización del Modelo de Atención Integral de Salud BFC y asume con liderazgo el trabajo del equipo básico de salud, cuida a la familia con integralidad y trato digno, aplicando instrumentos de valoración familiar y concertando su cuidado según las necesidades de salud de la familia nuclear en expansión que plantea el MAIS BFC.
- Evidencia el cuidado que ejecuta en la familia, en el registro de información de salud familiar, lo que le permite propiciar el seguimiento y la continuidad de un cuidado enfermero sobretodo en familias de riesgo.
- Las enfermeras, al cuidar a la familia develan el marco referencial de la Atención Primaria de Salud Renovada y del Modelo de Atención Integral de Salud BFC; enfatizando el abordaje de las determinantes sociales de la salud, las estrategias de promoción de la salud, prevención de la enfermedad con enfoque intercultural, demostrando que afrontan las inequidades y desigualdades, desde su rol, con motivación y compromiso por el bienestar de la familia.
- El profesional de enfermería, percibe que no son compensados de forma justa, a pesar de que muchas veces dedica más de su tiempo laboral establecido, a cambio sólo de su satisfacción personal y profesional; ocasionando en algunos profesionales, desmotivación para brindar un cuidado centrado en la familia según el contexto en que se desenvuelven.

- Asimismo, la enfermera cuida a la familia fortaleciendo alianzas intersectoriales con la participación ciudadana a través de coordinaciones con los gobiernos locales, municipios, escuelas, líderes de la comunidad articulando el cuidado a la familia con las labores que desempeña cada miembro del equipo multidisciplinario de salud.

CAPÍTULO V

RECOMENDACIONES

A LAS AUTORIDADES DE LA MICRO-RED DE SALUD

- Que las autoridades representativas de cada establecimiento de salud que conforma la Micro-Red en estudio, planifiquen y ejecuten intervenciones oportunas a través de los programas o estrategias sanitarias centradas en la familia, teniendo en cuenta el contexto socio-económico cultural.

- Que la enfermera jefa del equipo de enfermería de la Micro-Red de salud, evalúe el desempeño y competencias profesionales en la estrategia de Salud Familiar, con actividades en la promoción y la prevención de la enfermedad, que conlleve a mejorar la salud de las familias bajo su responsabilidad.

A LOS PROFESIONALES DE ENFERMERÍA DE LA MICRO-RED DE SALUD

- Que tomen conciencia de sus funciones y roles en el ámbito en el que se desempeñan, pues requiere de mayor compromiso para el avance significativo de la profesión de enfermería en el ámbito del cuidado centrado en la familia.
- Continuar trabajando en equipo con los demás profesionales de la salud sin perder el liderazgo en el trabajo comunitario que realizan especialmente con las familias.

- Reconocer y enriquecer de manera constante sus conocimientos y habilidades, realizando investigaciones sobre el mismo objeto de estudio considerando a otro tipo y ciclo vital familiar; socializar la problemática en la unidad familiar y trabajar en

colaboración con diferentes profesionales de salud y educadores e investigadores de la disciplina, a fin de que en conjunto se brinde solución a las situaciones de cuidado individual o familiar que se presenten.

AL PERSONAL DOCENTE DE LA FACULTAD DE ENFERMERÍA UNPRG:

- Que los estudiantes de enfermería en formación, tengan una participación activa en el cuidado familiar, teniendo en cuenta el Modelo de Atención Integral de Salud basado en Familia y Comunidad en todas sus dimensiones.
- Que implementen programas educativos dirigidos a los estudiantes de enfermería en formación, incorporando la enseñanza y fortalecimiento de capacidades y habilidades en la toma de decisiones, cambio conductual, adquisición de estilos de vida saludable para el abordaje integral de las necesidades de salud de la familia.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ministerio de Salud. Modelo De Atención Integral de Salud basado en Familia y Comunidad (MAIS BFC) [Internet]. Perú: Lima; 2011 [citado 16 may 2018]. Disponible en: http://determinantes.dge.gob.pe/archivos/1880.pdf
2. MINSA. Encuesta demográfica y de Salud Familiar (ENDES) [Internet]. Perú: Lima; 2017 [citado 16 marz 2019]. Disponible en: https://www.inei.gob.pe/media/MenuRecursivo/publicaciones_digitales/Est/Lib1525/index.html?fbclid=IwAR0KoCgigR5_cscKnZLvPxifSsmH9Wc0VGin0gqSrvf1pLR7EVLel8Jl-KI
3. Currículo de segunda especialidad enfermería. Área de Salud Pública, Familiar y Comunitaria: Especialista con mención en Salud Pública con mención en Salud Familiar y Comunitaria [Internet]. Lambayeque: UNPRG; 2016 [citado 16 may 2018]. Disponible en: http://www.unprg.edu.pe/univ/portal/documentos_s/P134.pdf
4. Ministerio de Salud. Lineamientos de Política Sectorial para el periodo 2002-2012 y principios fundamentales para el Plan Estratégico Sectorial del Quinquenio [Internet]. 2012 [citado 17 marz 2019]. Disponible en: http://bvs.minsa.gob.pe/local/POLIT/95_lineampolit.pdf
5. Ministerio de Salud. Programa Nacional de Formación en Salud Familiar y Comunitaria (PROFAM) [Internet]. Dirección General de Gestión del Desarrollo de Recursos Humanos: Lima; 2016 [citado 01 jun 2018]. Disponible en: http://bvs.minsa.gob.pe/local/MINSA/3880.pdf
6. Oliva E. y Villa VJ. Hacia un concepto interdisciplinario de la familia en la globalización. Revista Justicia Juris [Internet]. 2014 [citado 01 jun 2018]; 10(1):11-20. Disponible en: http://www.scielo.org.co/pdf/jusju/v10n1/v10n1a02.pdf

7. Berenice JM, Natera SI. La Familia: Sujeto Olvidado como Unidad de Cuidado en el Contexto de la UCI. Revista Salud y Administración [Internet]. 2015 [citado 01 jun 2018]; 2(5): 3-9. Disponible en: http://www.unsis.edu.mx/revista/doc/vol2num5/A1_Familia_UCI.pdf

8. Arias SE, López L. La experiencia de enfermeras cuidando a familias culturalmente diversas: una meta síntesis cualitativa. Rev. Latino-Am. Enfermagem [Internet]. 2016 [citado 07 jun 2018]; 1-5. Disponible en: http://www.scielo.br/pdf/rlae/v24/es_0104-1169rlae-24-02718.pdf

9. Figueira AB, Barlem ELD, Amestoy SC, Silveira RS, Tomaschewski-Barlem JG, Ramos AM. Acción política de enfermeros en Estrategia Salud de la Familia: barreras y facilitadores. Rvista Brasileira de Enferm (REBEn) [Internet]. 2018 [citado 08 jun 2018]; 71(1):57-64. Disponible en: http://www.revenf.bvs.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0034-71672018000100057

10. Soares SR, Devinar LA, Gonçalves VRF. La complejidad del trabajo del enfermero en la Atención Primaria a la Salud. Rev. Bras. Enferm [Internet]. 2017 [citado 08 jun 2018]; vol 71. Disponible en: http://www.scielo.br/pdf/reben/v71s1/pt_0034-7167-reben-71-s1-0704.pdf

11. Monzon A, Milder S, Contreras Ll, Guzmán C. Significado que atribuyen las familias a la Atención de Salud. Distrito de Sanagoran-Huamachuco.2012. [Internet]. 2013 [citado 03 marz del 2018]. Disponible en: http://dspace.unitru.edu.pe/handle/UNITRU/8819

12. Rossana M, Iliana M. Experiencias de las Enfermeras al brindar cuidados integrales en el primer nivel de atención. [Internet]. 2013 [citado 02 marz del 2018]. Disponible en:

http://repositorio.usat.edu.pe/bitstream/usat/42/4/Acc%20Cietna%20Vol1%20N%C2%B01%20A4.pdf?fbclid=IwAR1zt-7a00tsI3p7k041znYUA-_b5PIBKAtYqWr22tULmRGMjYfQUa9RKo

13. Boff L. Saber Cuidar. Ética do Humano - Compaixao Pela Terra. Brasil: Editora Vozes; 1999. pág. 90-92.

14. Vélez C, Venegas JH. El cuidado en Enfermería, perspectiva fenomenológica. Revista Hacia la promoción de la salud [Internet]. 2011 [citado 16 may 2018]; 16(2):175-189. Disponible en: http://www.scielo.org.co/pdf/hpsal/v16n2/v16n2a13.pdf

15. Guzmán SM. El Cuidado Humano en la Formación del Estudiante de Enfermería según la Teoría de Jean Watson, Chiclayo, Perú 2011 [Tesis en Internet]. Lambayeque: Universidad Santo Toribio de Mogrovejo - Facultad de Enfermería; 2013 [citado 01 dic 2018]. Disponible en: http://tesis.usat.edu.pe/xmlui/handle/usat/571

16. González RM, Bracho C, Zambrano A, Marquina M, Guerra CA. El cuidado humano como valor en el ejercicio de los profesionales de la salud [Internet]. 2014 [citado 16 may 2018]. Disponible en: https://groups.google.com/forum/#!topic/eccpn/TbFSJ0NE2V0

17. Klainberg M, Holzemer S, Leonard M, Arnold J. Enfermería para la Salud Comunitaria. Una alianza para la salud [Internet]. 1era.edic. Mc. Graw. Hill; 2015 [actualizado 03 feb 2015; citado 01 dic 2018]. Disponible en: https://booksmedicos.org/enfermeria-para-lasalud-comunitaria-una-alianza-para-la-salud/

18. Kuerten RP, Lenise PM, De Gasperi P, Fabiane SL, Waterkemper R. y Bub MB. El cuidado y la enfermería. Revista Av Enferm [Internet]. Colombia: Bogotá; 2009 [citado 16 may 2018]; 27(1):102-109. Disponible en: http://www.scielo.org.co/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0121-45002009000100011&lng=en&nrm=iso&tlng=es

19. Gutiérrez M. Características de los cuidados que brindan los enfermeros mayores y menores de 50 años [proyecto de investigación en Internet]. San Salvador de Jujuy; 2009 [citado 16 may 2018]. Disponible en: http://www.enfermeria.fcm.unc.edu.ar/biblioteca/tesis/gutierrez_marcelo.pdf

20. Báez J, Nava V, et al. El significado de cuidado en la práctica profesional de enfermería. Revista Aquichan [Internet]. 2009 [citado 16 may 2018]. Disponible en: http://aquichan.unisabana.edu.co/index.php/aquichan/article/view/1476/1643

21. Juan B., Natera SI. La Familia: Sujeto Olvidado como Unidad de Cuidado en el Contexto de la UCI. Revista Salud y Administración [Internet]. 2015 [citado 18 dic 2018]; 2(5):3-9. Disponible en: http://www.unsis.edu.mx/revista/doc/vol2num5/A1_Familia_UCI.pdf

22. Izquierdo E. Enfermería: Teoría de Jean Watson y la inteligencia emocional, una visión humana. Revista Cubana de Enfermería [Internet]. 2015 [citado 01 jun 2018]; 31(3). Disponible en: http://revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/686

23. Mijangos K. El paradigma holístico de enfermería. Salud y Administración [Internet]. 2014 [citado 28 dic 2018]; 1(2):17-22. Disponible en: http://www.unsis.edu.mx/SaludyAdministracion/02/Ensayos1.pdf

24. Colegio de enfermeros del Perú. Normas de gestión de la Calidad del cuidado enfermero [Internet]. Perú: Lima; 2008 [citado 09 ene 2019]. Disponible en: https://www.academia.edu/8244570/COLEGIO_DE_ENFERMERAS_OS_DEL_PERU

25. Bernal ML, Ramírez A, y Ramírez G. Percepción de trato digno de usuarias que acuden al servicio de interrupción legal del embarazo (ILE). Revista Enfermería Universitaria [Internet]. ENEO – UNAM; 2011 [citado 10 ene 2019]; 8(3):21-27. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/pdf/eu/v8n3/v8n3a4.pdf

26. García DJ, Estrada MC, Gallegos M, Antuna AB. Efectividad del modelo de cuidado de enfermería para la familia de paciente con infarto agudo al miocardio en la unidad de cuidados intensivos. Revista Cuidarte [Internet]. México; 2015 [citado 10 ene 2019]; 6(1): 923-931. Disponible en: https://www.redalyc.org/html/3595/359538018007/

27. Virtudes J. ¿Qué es "trato digno" para los pacientes? Elementos que componen el trato digno Informe Global [Internet]. Chile; 2013 [citado 10 ene 2019]. Disponible en: http://www.supersalud.gob.cl/difusion/665/articles-9004_recurso_1.pdf

28. Colegio de Enfermeros del Perú. Código de Ética y Deontología [Internet]. Perú: Lima; 2009 [citado 10 ene 2019]. Disponible en: http://ceptumbes.org.pe/documento/1.pdf

29. Berman A, Snyder S. Fundamentos de Enfermeria Kozier [Internet]. Vol I-II. 9na.edic. España: Per.son; 2013 [actualizado 07 agost 2018; citado 01 jun 2018]. Disponible en: https://booksmedicos.org/fundamentos-de-enfermeria-kozier-9a-edicion/

30. Roca M, Caja C, Úbeda I. Enfermería comunitaria. Editorial Instituto Monsa Ediciones: Lexus editores; 2007.

31. Ministerio de Salud. Dirección General de Promoción de la Salud (DGPS) [Internet]. Perú: Lima; 2015 [citado 06 jul 2018]; 1-28. Disponible en: ftp://ftp2.minsa.gob.pe/descargas/dgps/documentos/brochure_dgps.pdf

32. Moratto NS, Zapata JJ, y Messager T. Conceptualización de ciclo vital familiar: una mirada a la producción durante el periodo comprendido entre los años 2002 a 2015. Revista CES Psicología [Internet]. Colombia: Medellín; 2015 [citado 10 dic 2018]; 8(2): 103-121. Disponible en: https://www.redalyc.org/pdf/4235/423542417006.pdf

33. Potter P, Perry A, Stockert P, Halla A. Fundamentos de Enfermería [Internet]. 8va.edic. Elselvier; 2015 [actualizado 22 nov 2018; citado 01 jun 2018]. Disponible en: https://booksmedicos.org/fundamentos-de-enfermeria-potter-8a-edicion/

34. AVIFES, Asociación Vizcaína de Familiares y Personas con Enfermedad Mental. La familia [Internet]. 2014 [citado 01 dic 2018]; 1-40. Disponible en: https://consaludmental.org/publicaciones/AVIFES-APUNTES-FAMILIAS.pdf

35. Ministerio de Salud del Sal Salvador. Modelo de salud familiar [Internet]. San Salvador; 2007 [citado 28 dic 2018]; 1-46. Disponible en: https://www.paho.org/els/index.php?option=com_docman&view=download&category_slu g=reforma-del-sector-salud&alias=1002-modelo-de-salud-familiar&Itemid=364

36. Frías A. Enfermería comunitaria [Internet]. 1era.edic. España: Masson; 2000 [actualizado 27 dic 2012; citado 01 dic 2018]. Disponible en: https://booksmedicos.org/enfermeriacomunitaria/

37. Martínez A, Velasco R, Sánchez Y, Alonso L. Enfermería y cuidado holístico [Internet]. México: Universidad Autónoma de México; 2016[citado el 28 dic 2018]. Disponible en:

https://www.academia.edu/14909676/Unidad_1._Enfermer%C3%ADa_y_cuidado_hol%C3%ADstico_UNIDAD_1_Enfermer%C3%ADa_y

38. Elías JD. Continuidad de los cuidados de enfermería: necesidad de coordinación entre niveles [Internet]. [citado 11 ene 2019]; 3(2). Disponible en: http://www.revistaseden.org/imprimir.aspx?idArticulo=4424170094095095424170

39. Ortega Y. Realidades de la práctica de enfermería comunitaria vista a la luz de tres generaciones de enfermeras del estado Aragua [Internet] [citado 07 jul 2018]. Disponible en:http://www.monografias.com/trabajos61/enfermeria-comunitaria/enfermeriacomunitaria2.shtml#xteoric

40. Enferteca. Enfermería de salud pública vs enfermería comunitaria [Internet] [citado 17 may 2018]. Disponible en: http://encuentra.enfermeria21.com/encuentra%20contenido/?search_type=2&search_entity =&id_pub_grp=0&q=ENFERM%20Ria+comunitaria&ordenacion=on&option=com_encu entra&task=showContent&id_pub_cont=14&id_articulo=4422

41. Llanes C. La transculturación en el cuidado de enfermería gerontológica comunitaria [Internet]. Rev Cubana de Enfermería; 2012. [citado 11 ene 2019]; 28(3). Disponible en: http://www.revenfermeria.sld.cu/index.php/enf/article/view/23/18?fbclid=IwAR0yOz0HvlCecZIZX3TNf6p3wxi9Nuz8ZdDcHXEfNWw_pYshEq5SOr703u8

42. Raile M. Modelos y Teorías en enfermería [Internet]. 8va.edic. Elselvier; 2014 [actualizado 10 set 2017; citado 10 dic 2018]. Disponible en: https://booksmedicos.org/modelos-y-teorias-en-enfermeria-8a-edicion/

43. Alfa funda Enfermería. Formación Universitaria para la Profesionalización del Personal Auxiliar de Enfermería: Enfermería Comunitaria [Internet]. Vol II. Proyecto financiado por la comunidad Europea [citado 06 jul 2018]. Disponible en: https://studylib.es/doc/5613634/enfermer%C3%ADa-comunitaria-ii---proyecto-alfa-fundaenfermer%C3%ADa

44. Suárez M. Registros de Enfermería como Evidencia del Cuidado. Rev Ciencia e Innovación en Salud [Internet]. 2013 [citado 11 ene 2019]; 1(2): 126-133. Disponible en: http://revistas.unisimon.edu.co/index.php/innovacionsalud/article/download/59/45.

45. Torres M, Zárate RA, Matus R. Calidad de los registros clínicos de enfermería: Elaboración de un instrumento para su evaluación. Rev Enfermería Universitaria [Internet]. 2011 [citado 11 ene 2019]; 8(1): 17-25. Disponible en: http://www.scielo.org.mx/pdf/eu/v8n1/v8n1a3.pdf

46. Ortiz O, Chávez MD. El registro de enfermería como parte del cuidado [Internet] [citado 11 ene 2019]. Disponible en: https://www.academia.edu/24925937/EL_REGISTRO_DE_ENFERMERIA_COMO_PARTE_DEL_CUIDADO

47. Giraldo A, Toro MY, Macías AM, Valencia CA, Palacio S. La promoción de la salud como estrategia para el fomento de estilos de vida saludables [Internet] [citado 16 marz 2019]. Disponible en: http://www.scielo.org.co/pdf/hpsal/v15n1/v15n1a09.pdf

48. Organización Panamericana de la Salud. La Renovación de la Atención Primaria de Salud en las Américas [Internet]. US. Washingtong; 2007 [citado 04 ener 2019]. Disponible en:

https://cursos.campusvirtualsp.org/file.php/118/Modulo_I/md3-lp-renovacion-APS-spa2007.pdf

49. Ministerio de Salud. Aprueban Ficha Familiar de "Norma Técnica de Salud para la Gestión de la Historia Clínica", aprobada por Resolución Ministerial N° 597-2006/MINSA; 2015.

50. Parra D, González D., Pinto D. Proceso de enfermería en un estudio de familia de persona adulta mayor en atención primaria de salud. Revista Enfermería Universitaria [Internet]. Chile: Santiago; 2017 [citado 10 ene 2019]; 14(1): 67-75. Disponible en: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S1665706316300665

51. Alegre Y, Suárez M. Instrumentos de Atención a la Familia: El Familiograma y el APGAR familiar. RAMPA [Internet] [citado 15 ene 2019]; 1(1): 48-57. Disponible en: http://www.idefiperu.org/RAMNRO1/N9C-PG48-CADEC%20Instrum%20Familia2A.pdf

52. Lima- Rodríguez J, Lima-Serrano M, Sáez- Bueno A. Intervenciones de enfermeras orientadas a la familia. Enfermería Clínica [Internet]. España: Sevilla; 2009 [citado 28 dic 2018]; 19(5): 280-283. Disponible en: http://sci-hub.tw/https://doi.org/10.1016/j.enfcli.2009.05.001

53. Colegio de enfermeros del Perú. Ley del trabajo de la enfermera n° 27669 [internet]. Perú: lima; 2002 [citado 18 dic 2018]. Disponible en: http://www.conaren.org.pe/documentos/ley_trabajo_enfermero_27669.pdf

54. Pineda E, Alvarado E, Canales F. Metodología de la investigación: Manual para el desarrollo del personal de salud. 2ª ed. EE.UU: Editorial OPS; 1994.

55. Ludk M, Marli E. El estudio de caso: Su potencial en Educación; 1986.

56. Hernández R, Fernández C, Baptista P. Metodología de la Investigación. 4ta Ed. México: Mc Graw-Hill Interamericana; 2006.

57. Polit D, y Hungler B. Investigación Científica en Ciencias de la Salud. 6a ed. México: McGraw-Hill-Interamericana; 2009.

58. Demo P. Metodología científica en ciencias sociales. Rev e Ampliada. 3era Edición; 1995. pág.20-21.

59. Decreto Supremo N° 011-2011-JUS. Lineamientos para garantizar el ejercicio de la Bioética desde el reconocimiento de los Derechos Humanos. Perú; 2011.

60. Sistema de vigilancia epidemiológica de Andalucía. Competencias de Enfermería Familiar y Comunitaria en la Vigilancia y control epidemiológico de la salud de la población [Internet]. España: Sevilla; 2018 [citado 18 dic 2018]; 23(19): 1-3. Disponible en: https://www.repositoriosalud.es/bitstream/10668/2873/1/SVEAIS_23_19_2018.pdf

61. Ayuso D, Tejedor L, Serrano A. Enfermería familiar y comunitaria. Actividad asistencial y aspectos éticos- jurídicos [Internet]. España: Ediciones Díaz de Santos; 2015 [citado 28 dic 2018]; 9-16. Disponible en: http://www.editdiazdesantos.com/wwwdat/pdf/9788499699264.pdf

62. Zambrana M. Percepción de las pacientes en relación al trato digno en la atención de enfermería, hospitalización de gineco-obstetricia, hospital militar [Internet]. Nicaragua: Managua; 2017 [citado 10 ene 2019]. Disponible en: http://repositorio.unan.edu.ni/7922/1/t965.pdf

63. Vecillas MT J. La dignidad en los cuidados de salud. Ética de los Cuidados [Internet]. España [citado 11 enero 2019]. 1(1). Disponible en: http://bit.ly/rZYfI2

64. Dirección General de Evaluación del Desempeño. Propuesta metodológica para la construcción de un índice de trato. Documento Técnico [Internet] [citado 11 ene 2019]. Disponible en: http://www.salud.gob.mx/unidades/evaluacion/evaluacion/trato/doc_tecnico.pdf

65. Ramírez P, Müggenburg C. Relaciones personales entre la enfermera y el paciente. Rev Enfermería Universitaria [Internet]. 2015 [citado 11 ene 2019]; 12(3): 134-143. Disponible en: https://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S166570631500038X

66. Gobierno Regional de Salud. Guía para la sectorización de la jurisdicción de las IPRESS del primer nivel de atención, en la región Lima. Módulo 1 [Internet]. Perú: Lima; 2016 [citado 10 dic 2018]. Disponible en: www.diresalima.gob.pe/diresa/descargar/index_gif/MODULO%2001%20GUIA%20SECTORIZACION%20final.docx

67. Dirección Regional de Salud de Lambayeque. Lineamientos generales para el desarrollo del plan de trabajo de la Estrategia Sanitaria Regional de Salud Familiar; 2018.

68. Bendezú C, Segovia G. Sectoriza- Territorio. Guía técnica de implantación para la sectorización [Internet]. Perú: Lima; 2016 [citado 10 dic 2018]. Disponible en: http://gestionensalud.medicina.unmsm.edu.pe/wpcontent/uploads/2015/09/SECTORIZA_Territorio_Guia_Implantacion.pdf

69. Varela N, Rodríguez E, Romero M, Castro A, Fernández MJ. Intervención de enfermería en el sistema familiar: valoración. Rev Cultura de Cuidados [Internet]. [citado 15 dic 2018]; IX (17): 1-8. Disponible en: https://rua.ua.es/dspace/bitstream/10045/1012/1/culturacuidados_17_12.pdf

70. Zarate RA. Gestión del cuidado. Rev Index de Enfermería [Internet] [citado 01 dic 2018]; 13(44-45). Disponible en: http://scielo.isciii.es/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S1132-12962004000100009

71. Rodríguez S., Cárdenas M., Pacheco A., Ramírez M. Una mirada fenomenológica del cuidado de enfermería. Rev enfermería universitaria [Internet]. España: Elsevier; 2014 [citado 15 ene 2019]; 11 (4): 117-171. Disponible en: http://www.elsevier.es/es-revistaenfermeria-universitaria-400-articulo-una-mirada-fenomenologica-del-cuidado-S1665706314709273

72. Corrales D, Babarrob AA, y Rodríguez MA. Continuidad de cuidados, innovación y redefinición de papeles profesionales en la atención a pacientes crónicos y terminales. Informe SESPAS Rev Gac Saint [Internet]. 2012 [citado 01 ene 2019]; 26(S): 63- 68. Disponible en: https://ac.els-cdn.com/S0213911111003700/1-s2.0-S0213911111003700main.pdf?_tid=1c0e2206-1f65-4126-b2d7-

73. Equipo del Servicio Madrileño de Salud. Marco referencial de la continuidad de cuidados en el servicio madrileño de salud [Internet]. España: Madrid; 2014 [citado 28 dic 2018]; 1: 1-26. Disponible en: http://www.madrid.org/cs/Satellite?blobcol=urldata&blobheader=application%2Fpdf&blobheadername1=Contentdisposition&blobheadername2=cadena&blobheadervalue1=filename%3DMarco+Continuidad+Cuidados+Enfermeros.pdf&blobheadervalue2=language%3Des%26site%3DPortalSal

74. Centro Nacional del Compromiso de Padres, Familias y la Comunidad (NCPFCE). Comprensión de los resultados de la participación activa de la

familia: “Bienestar familiar”: “Los padres y las familias se encuentran seguros, sanos y disfrutan de una mayor seguridad financiera” [Internet]. 2016 [citado 10 ene 2019]. 1-9.Disponible en: https://eclkc.ohs.acf.hhs.gov/sites/default/files/pdf/rtp-family-well-being-esp.pdf

75. Estilos de vida y Promoción de la Salud: material didáctico [Internet] [citado 15 ene 2019]. Disponible http://grupo.us.es/estudiohbsc/images/pdf/formacion/tema6.pdf

76. Díaz-Mosquera SP, Rodríguez-Villamil LN, Valencia-González AM. Análisis de publicaciones en promoción de la salud: una mirada a las tendencias relacionadas con prevención de la enfermedad. Rev. Gerenc. Polít. Salud [Internet]. Colombia: Bogotá; 2015 [citado 16 ene 2019]. 14(28): 32-47. Disponible en: http://www.scielo.org.co/pdf/rgps/v14n28/v14n28a03.pdf

77. Redondo P. Prevención de la enfermedad. Curso de Gestión Local de Salud para Técnicos del Primer Nivel de Atención [Internet]. Universidad Costa Rica; 2004 [citado 16 ene 2019]. Disponible en: http://www.montevideo.gub.uy/sites/default/files/concurso/materiales/anexo_07_-_niveles_de_prevencion.pdf

78. Rodríguez L, Bejarano I. Prevención y promoción de la salud en el personal de enfermería: el tabaquismo. Revista Scielo [Internet]. 2009 [citado 16 ene 2019]; (37): 161-177. Disponible en: http://www.scielo.org.ar/pdf/cfhycs/n37/n37a07.pdf

79. Del Pado J. Prevención Primaria, Secundaria y Terciaria [Sede web]. 2015 [citado 16 ene 2019]. Disponible en: https://blogs.imf-formacion.com/blog/prevencion-riesgoslaborales/actualidad-laboral/prevencion-primaria-secundaria-y-terciaria/

80. Lunney M. Razonamiento crítico para alcanzar resultados de salud positivos [Internet]. España: ELSEVIER; 2011 [citado 16 ene 2019]. Disponible en: http://media.axon.es/pdf/82864.pdf

81. Perea O. La enfermería frente a la salud y la enfermedad. Rev enferm Herediana [Internet]. 2013 [citado 10 ene 2019]; 6(1):01. Disponible en: https://faenf.cayetano.edu.pe/images/pdf/Revistas/2013/enero/01%20EDITORIAL.pdf

82. Herrera E, Posada M. Creencias y prácticas en el cuidado de la salud [Internet]. Colombia: Bogotá; 2014 [citado 01 ene 2019]. Disponible en: https://www.revistas.unal.edu.co/index.php/avenferm/article/view/12891/13649

83. Objetivos de Desarrollo Sostenible. Una Oportunidad para América Latina y el Caribe. [Internet]. Naciones Unidas; 2016 [citado 16 ene 2019]. Disponible en: http://www.sela.org/media/2262361/agenda-2030-y-los-objetivos

84. Revista de Administración Sanitaria Siglo XXI. Estrategias para mejorar la visibilidad y accesibilidad de los cuidados enfermeros en Atención Primaria de salud [Internet]. 2013 [citado 16 ene 2019]. Disponible en: http://www.elsevier.es/es-revista-revistaadministracion-sanitaria-siglo-xxi-261-articulo-estrategias-mejorar-visibilidadaccesibilidad-los-13107526

85. Ministerio de Salud. Modelo de Abordaje de Promoción de la Salud en el Perú. Documento técnico [Internet]. Perú: Lima; 2005 [citado 10 ene 2019]; 1-38. Disponible en: http://bvs.minsa.gob.pe/local/promocion/203_prom30.pdf

APÉNDICES

APÉNDICE A

Lambayeque, del 2018

ASUNTO: SOLICITO AUTORIZACIÓN PARA RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN.

Sr.

Jefe del Establecimiento de Salud

Estimado Sr:

Es grato dirigirnos a usted con todo respeto y mediante la presente hacerle llegar nuestro cordial saludo y a la vez informarle que nos encontramos realizando el Proyecto de Tesis titulado: **"Cuidado enfermero a la familia nuclear en expansión en el marco del MAIS BFC en la Micro-Red Lambayeque MINSA– 2018",** cuyo objetivo es analizar y comprender el cuidado que brinda el profesional de enfermería a la familia en el marco del Modelo de Atención Integral de Salud basado en Familia y Comunidad en la Micro-Red Lambayeque, por tal motivo que acudimos a usted para **solicitarle que nos brinde las facilidades para la obtención de la información requerida.**

Sin nada más que decirle esperamos que acceda a nuestra solicitud a la brevedad posible por ser de justicia

Atte;

Katherine Gonzáles Yovera	**María Piscoya Chapoñán**
Int. Enfermería UNPRG	**Int. Enfermería UNPRG**

APÉNDICE B

UNIVERSIDAD NACIONAL
"PEDRO RUÍZ GALLO"
FACULTAD DE ENFERMERÍA

CONSENTIMIENTO INFORMADO

Por la presente Yo, ……, identificado con DNI N°:…… acepto participar de forma voluntaria en la investigación titulada **"Cuidado enfermero a la familia nuclear en expansión en el marco del Modelo de Atención Integral de Salud BFC en la Micro-Red Lambayeque MINSA – 2018",** teniendo como objetivo analizar y comprender el cuidado que brinda el profesional de enfermería a la familia en el marco del Modelo de Atención Integral de Salud basado en Familia y Comunidad en la Micro-Red Lambayeque, realizado por las estudiantes de Enfermería de la Universidad Nacional Pedro Ruiz Gallo.

Declaro que fui informado(a) de los siguientes aspectos:

1. Mi participación será veraz, espontánea y que concordamos con la utilización de datos de nuestra entrevista para fines de la investigación.
2. Las informaciones obtenidas serán tratadas bajo absoluta discreción, anonimato y fielmente relatadas por las investigadoras.
3. Que las investigadoras estarán disponibles para cualquier aclaración que sea necesaria respecto al asunto abordado.
4. Que la información brindada será utilizada sólo para fines de la Investigación Científica.
5. Que tendré el derecho de retirar el consentimiento para mi participación cuando lo desee.

Confiando plenamente, que todo lo expresado en esta entrevista será de estricta confidencialidad y que después de las aclaraciones realizadas por las investigadoras consiento participar de la investigación firmando el presente.

_____ _____

Firma del entrevistador Firma del entrevistador

_____

Firma del entrevistado

APÉNDICE C

UNIVERSIDAD NACIONAL "PEDRO RUÍZ GALLO" FACULTAD DE ENFERMERÍA

"Cuidado enfermero a la familia nuclear en expansión en el marco del Modelo de Atención Integral de Salud BFC en la Micro-Red Lambayeque MINSA– 2018"

GUIA DE ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA DIRIGIDA AL PROFESIONAL DE ENFERMERIA QUE LABORA EN LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DE LA MICRO-RED LAMBAYEQUE.

FECHA: _____ **ENTREVISTA N°: _____**

I.- DATOS GENERALES

Seudónimo: Edad: Sexo: Establecimiento de Salud:

Área de desempeño laboral: Tiempo de Servicio:

II.- PREGUNTAS DE INVESTIGACIÒN

Norteadora:

- ¿Nos podría relatar los cuidados enfermeros que brinda a la familia?

- Relate por favor los cuidados que usted realiza a las familias nucleares (padres e hijos) en expansión, aplicando el MAIS BFC.

Complementarias:

- ¿Cómo realiza la atención integral individual a los miembros de la familia?

- ¿De qué manera realiza la atención integral a la familia como unidad?

- ¿Realiza actividades de promoción de la salud, prevención de la enfermedad y recuperación del daño, de qué manera?

APÉNDICE D

UNIVERSIDAD NACIONAL "PEDRO RUÍZ GALLO" FACULTAD DE ENFERMERÍA

"Cuidado enfermero a la familia nuclear en expansión en el marco del Modelo de Atención Integral de Salud BFC en la Micro-Red Lambayeque MINSA – 2018"

GUIA DE ENTREVISTA SEMIESTRUCTURADA DIRIGIDA A LA FAMILIA QUE ASISTE A LOS ESTABLECIMIENTOS DE SALUD DE LA MICRO-RED LAMBAYEQUE.

FECHA: _____ **ENTREVISTA N°: _____**

I.- DATOS GENERALES

Seudónimo: Edad: Sexo: Establecimiento de Salud:

Grado de Instrucción: Estado civil: Lugar de Procedencia:

Tipo de familia: Ciclo vital Familiar:

II.- PREGUNTAS DE INVESTIGACIÓN

- Relate por favor los cuidados que el profesional de enfermería brinda y las actividades que realiza cuando visita a su familia.
- Algo más que agregar

GOBIERNO REGIONAL DE LAMBAYEQUE
GERENCIA REGIONAL DE SALUD DE LAMBAYEQUE
MICRO RED LAMBAYEQUE
CALLE ANDRES AVELINO CACERES N° 489 - LAMBAYEQUE
TELF. 074-281583 074-310402

"AÑO DEL DIALOGO Y LA RECONCILIACION NACIONAL"

Lambayeque, 14 de Setiembre del 2,018.

OFICIO N° 271- 2018–CSTCCH-L.

Señoritas:
KATHERINE GONZALES YOVERA
MARÍA PISCOYA CHAPOÑAN.
Estudiantes de enfermería de la UNPRG

Presente.-

ASUNTO : AUTORIZO RECOLECCIÓN DE INFORMACIÓN

Tengo el agrado de dirigirme a Ud. para expresarle mi cordial saludo, y a la vez hacerle de Conocimiento que se **Autoriza** la Recolección de Información para la realización de Proyecto de Tesis en la Microred Lambayeque.

Aprovecho la oportunidad para reiterarle los sentimientos de mi gran consideración y estima personal

Atentamente,

MINISTERIO DE SALUD
GERENCIA REGIONAL DE SALUD
"C.S. TORIBIO CASTRO CHIRINOS"
Dr. Julio Enrique Patazca Uhfe
CMP N° 36665
MEDICO JEFE

"Salud Nueva Actitud"