



CAPÍTULO II MARCO DE REFERENCIA

Framework

Anisbed Naranjo Rojas * 
<https://orcid.org/0000-0001-7676-8284>

Freiser Eceomo Cruz Mosquera ** 
<https://orcid.org/0000-0001-7584-4636>

Catalina Estrada González*** 
<https://orcid.org/0000-0002-8323-0973>

2.1. Marco teórico

2.1.1 Cuidado domiciliario

La atención domiciliaria es un servicio de carácter sanitario a través del cual se suministra asistencia continua a los sujetos con

* Universidad Santiago de Cali. Cali, Colombia
 anisbed.naranjo00@usc.edu.co

** Universidad Santiago de Cali. Cali, Colombia
 freiser.cruz00@usc.edu.co

*** Universidad Santiago de Cali. Cali, Colombia
 catalina.estrada00@usc.edu.co

Cita este capítulo

Naranjo Rojas, A.; Cruz Mosquera FE, y Estrada González, C. Marco de referencia. En: Naranjo Rojas, A. (ed. científica). *Escuela de cuidadores: un programa educativo en la hospitalización domiciliaria*. Cali, Colombia: Editorial Universidad Santiago de Cali; 2020. p. 24-69.

problemas de salud, que por las características de su enfermedad no requieren ser hospitalizados en un centro convencional [15]. Desde la perspectiva de otros autores se define como la modalidad de asistencia programada que lleva al domicilio de los pacientes los cuidados y atenciones biopsicosociales y espirituales [16].

De acuerdo a la OMS la atención domiciliaria hace referencia a “la provisión de servicios de salud por parte de cuidadores formales o informales, en el hogar, con el fin de promover, restablecer o mantener el máximo grado de confort, funcionalidad y salud, incluyendo cuidados tendentes a dignificar la muerte, siendo clasificados de manera usual en categorías como: promoción, prevención, terapéuticos, rehabilitación, cuidados crónicos y paliativos” [17].

Esta modalidad de atención constituye una alternativa valiosa para los usuarios que por su condición de salud exigen un seguimiento continuo, integral y multidisciplinario que puede ser ejecutado en el hogar, aspecto que resulta fundamental si se tiene en cuenta que este es su hábitat natural, en donde características como la calidez, intimidad y acompañamiento familiar pueden terminar desempeñando un papel fundamental en el proceso de recuperación [18].

Dado que el cuidado domiciliar es la alternativa idónea a la hospitalización tradicional, en este contexto se debe garantizar la misma atención en términos de cantidad y calidad, evitando la aparición de complicaciones que atenten contra la salud del individuo y tengan como desenlace la rehospitalización a raíz situaciones que se podrían prevenir a partir de un seguimiento estricto de los profesionales encargados.

Tabla 1. Objetivos de la atención domiciliaria.

Objetivo de la atención domiciliaria.
1. Proveer cuidados de salud integral al paciente
2. Valorar las relaciones intrafamiliares en su escenario natural
3. Conocer los recursos familiares, para potenciar los existentes o suplir carencias
4. Establecer una mejor comunicación con la familia.
5. Obtener información adicional en el escenario del hogar para un mejor diagnóstico y tratamiento.
6. Involucrar al paciente y su familia en la toma de decisiones de diagnósticos y tratamiento.
7. Controlar el cumplimiento del tratamiento indicado y la consecución de objetivos de salud.
8. Describir posibles factores que dificulten el seguimiento del plan en cuidados establecidos.
9. Determinar la capacidad del paciente para seguir un tratamiento adecuado.
10. Identificar el cuidado primario.
11. Educar al paciente y su familia para fomentar la máxima autorresponsabilidad en materia de salud.

Fuente: Suárez M. Atención integral a domicilio. Rev. Méd. La Paz 2012; 18 (2): 52-58

Perspectiva histórica del cuidado domiciliario

- **A propósito de Norte América y Europa.** Los primeros asomos de la hospitalización domiciliaria tal cual como se concibe hoy, se remontan a los años 40 en la ciudad de Nueva York, en donde en el reconocido Hospital de Montefiore proponen utilizar el escenario

domiciliario como extensión para garantizar la continuidad del cuidado del paciente en un ambiente naturalmente más humano y cálido, que indudablemente influiría en su recuperación [19]. Lo anterior por supuesto, se acompañaba de un incremento en la utilización de las camas cama a nivel hospitalario lo que se traducía en mayores utilidades. Esta exitosa experiencia fue el punto de partida para muchas otras que se contarían no sólo en otros lugares de Norte América, sino en Europa y el resto del mundo.

En sus primeros años esta modalidad de atención estaba reservada a pacientes con secuelas de patologías crónicas a saber diabetes mellitus, enfermedad cerebrovascular o síndrome coronario, que por las características de su condición generalmente experimentaban largas estancias hospitalarias y requerían la asistencia de profesionales de enfermería, rehabilitación y manejo medico en términos de prevención secundaria.

El primer país que le apostó a esta estrategia en Europa fue Francia, en la ciudad de Paris, el Hospital de Tenon creó una Unidad de Hospitalización domiciliaria hacia el año 1951. Años después (1957), en la misma ciudad el Santè Service, una organización sin fines de lucro, decidió replicar lo que para ese momento definitivamente constituía una estrategia sumamente innovadora con buenos rendimientos [20]. A pesar de lo anterior, la hospitalización domiciliaria en este país fue considerada una alternativa oficial a la hospitalización convencional hasta los 90.

Desde la década de los 60, Canadá se suma al listado de países que comprende las bondades de la hospitalización en el domicilio, en este caso los servicios estaban principalmente dirigidos a los pacientes posquirúrgicos que eran dados de alta de manera

temprana. Años más tarde, en el Hospital de Montreal se realizó una experiencia piloto denominada “Hospital Extramural” que consistía en la administración y control de antibióticos parenterales en sujetos con problemas agudos [21].

Hacia 1965, en el Reino Unido el modelo de hospitalización domiciliaria fue replicado bajo la experiencia conocida como “Hospital Care at Home” (Atención Hospitalaria en Casa). Pronto se sumaron nuevos países como Suecia y Alemania en los 70 e Italia en los 80. A raíz del auge de la hospitalización domiciliaria en Europa, en 1996 se crea bajo la dirección de la de la OMS el programa “Del hospital a la atención de salud en el hogar” pensado como una estrategia para establecer pautas y garantizar el cumplimiento de estándares en esta modalidad asistencial [21, 22].

2.1.1.1 Cuidado domiciliario en Latinoamérica

A mediados de los 90 el modelo de atención domiciliaria llegó a Latinoamérica en países como Argentina, Brasil, Chile y Colombia; en la mayoría de estos tenía una clara inclinación hacia la atención primaria estando con frecuencia asociado a programas de seguimientos al adulto mayor y siendo con frecuencia un complemento de servicios sanitarios [12].

En Argentina las primeras experiencias al respecto se dieron en los hospitales de la comunidad del Mar de la Plata y el Hospital Castex de San Martín en donde empezaron a concebir el domicilio como una extensión del centro médico.

Por otro lado, en Brasil a partir del año 2001 se creó el programa de atención domiciliaria orientado particularmente a brindar asistencia a adultos mayores, contando con el apoyo de servicios sociales comunitarios y comandado por los gobiernos locales. En este país la atención domiciliaria ha sido vista con buenos ojos, lo que le ha garantizado un robusto financiamiento de las aseguradoras y empresas de medicina prepagada [23].

En Chile, los primeros intentos de adopción de esta modalidad de atención se realizaron hacia mediados de los 90, sin embargo, fue a partir del año 2002 que la hospitalización domiciliaria empezó a ser impulsada por el Ministerio de Salud. Entre las primeras experiencias de hospitalización domiciliaria se encuentra la que fue ejecutada por la Unidad de Alivio del Dolor y Cuidados Paliativos del Complejo Hospitalario San José. Dicho servicio realizó las visitas a hogares de sus usuarios desde el año 1998 y hasta el año 2003.

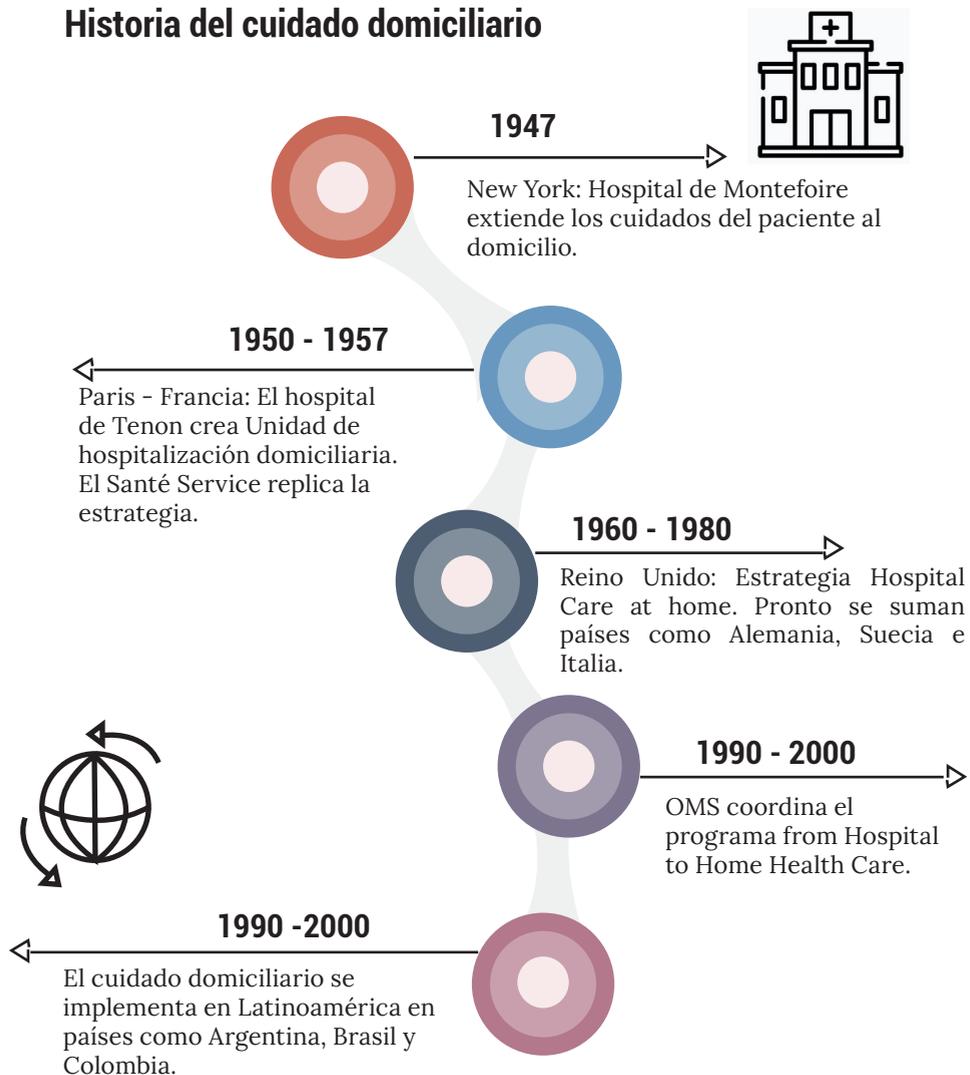
Con relación a Uruguay la atención domiciliaria hasta hace algunos años estaba en etapa de imposición en el mercado. La financiación se daba por medio de entidades del sector privado y las que brindaba el Ministerio de Salud Pública a los habitantes con cobertura. Por lo regular no hay contratación con fondos especiales para el cuidado a domicilio ni existe un marco regulatorio puntual [24].

En el caso de Colombia los programas de cuidados domiciliarios nacen como una estrategia para la atención y seguimiento de usuarios con enfermedades crónicas afiliados al Instituto Nacional de Seguros Sociales. Esta modalidad de atención constituye una alternativa desde que se emitió la Resolución 5261 de 1994 en la que se realiza la primera definición en términos normativos de este servicio, la cual continúa según con el Acuerdo 029 de 2011

que describe la atención domiciliaria como la atención extra hospitalaria que busca brindar una solución a los problemas de la salud desde el domicilio y cuenta con el apoyo de profesionales, técnicos y auxiliares de esta área con participación de la familia [25]. Es importante resaltar que en este país la evolución del cuidado domiciliario ha estado caracterizada por la creación de Instituciones Prestadoras de Servicios de Salud (IPS) dedicadas a esta modalidad de atención.

Sobre el cuidado domiciliario en Colombia, Sánchez y colaboradores [25] escriben: “Para los aseguradores de servicios de salud el cuidado domiciliario se convirtió en un campo atractivo por su capacidad de descongestionar las instituciones hospitalarias de gran complejidad, su costo-efectividad en las intervenciones y el nivel de cronicidad y dependencia funcional de la población afiliada. Aun no se observa un desarrollo importante de este campo en el país, si se analiza el potencial desarrollo que se describe en países donde el modelo de prestación de servicios domiciliares ha evolucionado, con capacidad de asistir de forma integral al usuario en su hogar (describiendo el uso seguro de terapia intravenosa, infusión de hemoderivados y apoyo por telemedicina de forma continua y especializada)”.

Figura 1. Resume histórico del Cuidado domiciliario.



Resources:

<https://www.officetimeline.com/blog/timeline-for-teachers>

Fuente: Elaboración propia.

2.1.1.2 Modelos de atención domiciliaria

Existe una pluralidad de modelos orientados a garantizar una óptima atención a personas que requieren cuidados temporales o permanentes en el domicilio; por lo regular se clasifican en virtud del tipo de usuario que atienden, los profesionales que integran el equipo multidisciplinar, la manera como se provee el servicio y los mecanismos de financiación.

Los distintos modelos existentes dan cuenta de necesidades heterogéneas y tienen como fin común mejorar la confortabilidad del sujeto y garantizar un servicio con los mayores estándares de calidad basado en la participación activa de los distintos actores como son el usuario, los familiares y el personal de salud involucrado (ya sea personal con formación técnica o profesional) [26]

Son características comunes de estos modelos [27]:

- La atención longitudinal y continuada, para garantizar una atención domiciliaria integral.
- Se realiza en el domicilio del individuo, por lo que la recuperación es más corta;
- Se realiza con una concepción de atención biopsicosocial, con acciones de promoción y prevención.
- El núcleo de la atención es la persona enferma y la familia cuidadora, está orientada al autocuidado.
- Los recursos para la atención a los problemas del adulto mayor pueden movilizarse fácilmente de acuerdo con las necesidades y las IPS que presten el servicio.
- Gestiona los recursos socio sanitarios necesarios para la atención de problemas.

A continuación, se describen los aspectos sustanciales de los modelos descritos hasta el momento; la lista no pretende ser exhaustiva y no cierra la posibilidad de la existencia de otros. La descripción aquí consignada tiene como base lo planteado en el libro *Cuidado Respiratorio en Casa de Naranja* [12].

Organización de la atención domiciliaria en función del servicio:

Permite el engranaje entre los diferentes niveles de asistencia y la relación de los sectores sociales y sanitarios (servicios de primer nivel de atención).

Sistemas de gestión coordinada y de continuidad asistencial:

Tiene como propósito fundamental garantizar un trabajo integrado por procesos asistenciales. Generalmente se utilizan facilitadoras, por ejemplo, las enfermeras gestoras de casos, implicadas tanto en la atención primaria como en la atención especializada. Establecen una atención integrada para el adulto mayor. Este modelo se utiliza en países como Canadá y en España.

Integrales basados en equipos multidisciplinares: Modelo de los países nórdicos e Irlanda. Es el modelo clásico de los equipos de atención primaria en salud. Lo prestan los profesionales en las instituciones prestadoras de servicios de salud: médicos de familia o pediatras y enfermeras de familia, apoyados por fisioterapeutas o trabajadores sociales. Su actividad clave se basa en la prevención y la promoción del autocuidado, orientado al cuidado cotidiano y habitual.

Integrados: Por lo general consideran como pilar la intervención de profesionales de la medicina y la enfermería y se apoyan en

programas de los distintos procesos asistenciales orientados a las personas y sus grupos familiares.

Programados: Los profesionales del equipo de salud se responsabilizan de la atención a domicilio, ya sea a demanda o como programada.

Sectorizados: En este tipo de modelos el distrito o zona de salud se divide en sectores geográficos con el propósito de hacer más eficiente el tiempo de desplazamiento.

2.1.2 ¿Por qué cobró fuerza el cuidado domiciliario?

Son muchas las razones que se pueden esgrimir alrededor de esta pregunta, sin embargo, tres son citadas con frecuencias cuando de dar respuesta a esta cuestión se trata.

En primera instancia se encuentra el envejecimiento de las poblaciones. A raíz de los claros avances en términos tecnológicos que han repercutido en áreas como la medicina y los notables esfuerzos hechos por la mayoría de los gobiernos del mundo por proveer una buena calidad de vida a sus habitantes, la esperanza de vida en muchos países es cada vez mayor. Si bien esto constituye un hecho digno de aplaudir, el envejecimiento poblacional trae consigo algunos retos importantes en materia de salud. Los adultos mayores padecen con frecuencia enfermedades crónicas, presentan dificultades para trasladarse con facilidad a centros hospitalarios y generan dependencia derivada de incapacidad o invalidez; lo anterior sumado a otras características hace que su seguimiento y atención constituya un reto y exige la búsqueda de alternativas entre las que se encuentra el cuidado domiciliario [28].

Por otro lado, se encuentran los cambios realizados en los últimos años en las organizaciones hospitalarias; el deseo incasable por garantizar mayor eficiencia, disminuir de manera importante los costos, incrementar rotación de camas y minimizar los días de internación hacen ver cada vez más con buenos ojos el cuidado en el domicilio dadas las bondades que de éste se derivan para el paciente, su familia y las instituciones hospitalarias.

Por último se encuentra la exigencia cada vez más alta de atención integral en el domicilio dado que la población se enfrenta a nuevas expectativas respecto al cuidado de la salud; la preocupación de los sujetos no se circunscribe a la enfermedad, además demandan la promoción y prevención de la salud, la rehabilitación y la reinserción social; lo anterior hace del entorno del hogar una extensión apenas necesaria de los centros de salud [29].

2.1.2.1 Criterios para la atención domiciliaria [17]

Con referencia a los criterios para que un paciente sea incluido en un programa de atención domiciliaria, es importante tener en cuenta algunos que son inherentes a su condición, otros que tienen estrecha relación con su entorno familiar y los relacionados con el proveedor del servicio. Entre estos criterios se encuentra:

- Aceptación voluntaria del paciente y la familia tras recibir la información adecuada sobre el programa y el tipo de atención en el domicilio.

- Existencia de una estructura familiar que pueda asumir la responsabilidad del cuidado activo del paciente en el domicilio –o un profesional especializado contratado para tal fin–.
- Las enfermedades susceptibles de atención domiciliaria (excepto pacientes con enfermedades crónicas, en fase avanzada y terminales) tienen que ser transitorias y limitadas en el tiempo.
- Deben existir momentos de ingreso y de alta.
- La vivienda debe poseer ciertos requisitos mínimos en su estructura física, de modo que no sea esto un factor de riesgo de complicaciones.
- Se deben proporcionar los recursos técnicos y de otro tipo necesarios para que los pacientes reciban cuidados de calidad.
- El servicio de atención domiciliaria debe estar bien coordinado e integrado con los otros servicios sanitarios (hospital, servicios de urgencias, servicios sociales y atención primaria).

Cuadro 1. Ventajas de la hospitalización domiciliaria.

Pacientes y sus familiares	Hospital	Sistema de salud
Mejor atención, participación y responsabilidad	Mayor rentabilidad de los recursos disponibles	Incremento de la eficacia y efectividad mediante una asistencia más humanizada
Mejor calidad de vida , intimidad y bienestar	Aumento en rotación y disponibilidad de camas	Uso más eficiente de los recursos sanitarios
Asistencia personalizada y más humanizada	Reducción de estancias innecesarias	Posibilidad de integrar y mejorar las relaciones entre los diversos niveles de asistencia.
Educación para la salud	Acortamiento de los periodos de internación	Posibilidad de atención continuada, integral y multidisciplinaria entre los profesionales de atención primaria, hospitalaria y social

Fuente: Mitre R, Suárez M, Llopis A, Cotta J, Real E, Díaz J. La hospitalización domiciliaria: antecedentes, situación actual y perspectivas. Revista Panamericana de Salud Pública [17, 20].

2.1.3 El cuidador

En la atención domiciliaria el cuidador (puede ser un familiar) es una persona sana que, en un proceso de transición, vela por el paciente; por tanto, debe identificar sus necesidades de ayuda y acompañamiento desde una perspectiva del trabajo conjunto y autónomo [10, 30]. Para su papel debe ser informante, proveer cuidados y tomar decisiones importantes en la organización de la vida del paciente. Es el nexo entre los profesionales y la persona cuidada. Hay dos tipos de cuidador, primario y secundario.

2.1.3.1 El cuidador primario

Asume la total responsabilidad del cuidado. Suele ser un familiar de la persona cuidada. No dispone de una formación específica para las tareas del cuidar, no recibe remuneración económica por la labor realizada, tiene un grado elevado de compromiso hacia la tarea, con un alto grado de afecto y responsabilidad, por lo cual ofrece a menudo una atención sin límites de horarios, lo cual es muy favorable porque hay enfermedades que generan gran dependencia y evolucionan a la necesidad de cuidados las 24 horas, los 365 días del año, con una media de cuidados de más de cinco años [31]. Algunos cuidadores principales se benefician del apoyo de otro familiar, el cuidador secundario, cuyo apoyo es sobre todo instrumental y emocional.

Aun cuando los cuidadores secundarios no tienen la responsabilidad directa del cuidado, ayudan de forma clara al cuidador principal. El cuidador secundario es uno de los elementos de soporte familiar más importante; sin embargo, hay

pocos estudios en nuestro país que consideren el apoyo desde la perspectiva del cuidador secundario.

2.1.3.2 El cuidador formal

No profesional. El cuidador formal no profesional es toda persona que cuida a personas dependientes y recibe una remuneración económica por los servicios prestados. Por lo general no tiene una formación específica y realiza las mismas funciones que el cuidador familiar; supone para el paciente, un recurso de apoyo, ayuda o aun sustitución.

2.1.3.3 El cuidador formal no profesional

Ocupa el tercer lugar entre los cuidadores de personas mayores o dependientes, después de la pareja y las hijas; es superior en categoría a los hijos cuidadores y otros familiares. El hecho de cuidar se concreta en la realización diaria de múltiples y variadas actividades de prestación de ayuda y atención [32].

Importancia de ser un cuidador El cuidador cumple un rol esencial para el paciente. Algunas de las tareas que desempeña son:

- Ayuda para el transporte del paciente fuera del domicilio, acompaña al médico, a urgencias, al hospital, etc.;
- Ayuda al desplazamiento en el domicilio, cuando la enfermedad provoca un déficit en la movilidad
- Ayuda con la higiene personal (peinarse, lavarse, vestirse, etc.)

- Supervisa y administra la toma de medicamentos, observa sus efectos secundarios e interacciones.
- Colabora en las tareas de enfermería: (ejemplo., movilización, dieta adecuada, cambio de pañales, curas de heridas, observación y valoración del estado del enfermo.
- Resuelve situaciones conflictivas derivadas de la situación de enfermedad (ejemplo., cuando el enfermo está agitado o triste); ayuda en la comunicación con los demás, cuando existen dificultades para expresarse; está pendiente de las “pequeñas cosas” que la persona no puede hacer por sí mismo (ejemplo., buscar las gafas, llevar agua, acercar la radio); y toma de decisiones complejas (ejemplo., ir a urgencias, llamar al médico, ingresar al paciente en una residencia) que pueden llegar hasta a considerar un juicio ético y moral sobre decisiones relacionadas con “una muerte digna” [32].

2.1.3.4 Preocupaciones de la familia y los cuidadores

En la enfermedad crónica la familia tiende a desintegrarse, por lo que debemos identificar precozmente los riesgos y los problemas que se presenten, para abordarlos lo antes posible.

El grupo ha de reestructurarse en el campo social para asumir las tareas que anteriormente realizaba el enfermo, más aún si es la cabeza de la familia, situación que provoca en muchas ocasiones efectos negativos en la vida de quien lo atiende, como deterioro económico (reducción o pérdida de trabajo) y malestar emocional y cambios en su salud, especialmente cuando el paciente deba permanecer en cama y necesite más ayudas.

El deterioro progresivo y la persistencia de los síntomas no controlados satisfactoriamente en el paciente (anorexia, cansancio, debilidad, dificultad y dolor en la movilización) tienden a ser factores importantes de preocupación para los familiares. Un diálogo constructivo con ellos puede facilitar un acuerdo sobre cómo actuar con el enfermo y, a la vez que se le ofrece ayuda o consuelo, favorece su acercamiento y reduce su aflicción [33].

La organización familiar en el cuidado de las enfermedades graves provoca muchas demandas en las familias, que no están preparadas para asumirlas plenamente, por lo que es necesario procurar intervenir en cuatro aspectos primordiales: cómo atender los cuidados físicos del paciente, cómo organizarse y el material que sería conveniente tener a mano, cómo actuar si se presenta una urgencia y cómo cuidarse a sí mismos.

Dado que estas habilidades de cuidado no se generan de forma espontánea, el profesional de atención primaria (sobre todo de enfermería) tendrá que aportar su orientación en casi todas las ocasiones con indicaciones prácticas sobre cómo atender al enfermo en la cama, cómo prevenir úlceras por presión, la higiene, los tipos de comidas, ingesta y excreta, administración de fármacos, el uso de medicación de rescate y qué hacer en caso de una crisis.

Es aconsejable tener en casa repuestos de los materiales que utilice el enfermo (palomillas, agujas, sondas, bolsas de estomas, etc.) para, en caso de que resultara necesario cambiarlos, facilitar el trabajo a los profesionales que acudan a domicilio. La educación sobre el cuidado del enfermo, las visitas regulares del equipo, el interés que demuestre, su experiencia, su buen hacer, su disponibilidad para tranquilizarlos, en especial si acogen favorablemente sus

inquietudes, pueden cambiar positivamente sus recuerdos de estos momentos, más aun si se pasa del consejo a la acción y se trata de encontrar una solución satisfactoria a sus problemas prácticos, con ayuda del bienestar social o del voluntariado.

En cuanto a la organización del cuidado es de mucha ayuda confeccionar un plan de actividades que establezca claramente las tareas a realizar. El cuidar de otro debe dejar tiempo a los propios cuidadores para que mantengan su entorno, sus relaciones y puedan encontrar cómo recargar su energía.

Se procurará designar a un cuidador principal entre los posibles cuidadores, que actuará como puente entre la familia y el equipo y que ayudará a cubrir algunas de las necesidades básicas e instrumentales para la vida diaria del paciente la mayor parte del tiempo.

La distribución del trabajo o de las cargas para evitar lo que se denomina “la pérdida de sí mismo” y el agotamiento del cuidador principal, es un aspecto a consensuar en el ambiente familiar, y el resultado del reparto debería cumplirse casi a rajatabla, porque, además de cuidar al que lo necesita, es una forma esencial de cuidar de sí mismos. Si no hay tiempo para todas las tareas y actividades que se han anotado, el cuidador deberá posponer para otro momento las que están en los últimos lugares de la lista para cuando disponga de tiempo extra.

Les será muy útil ofrecerles la disponibilidad telefónica del equipo, el médico y el enfermero para consultar sus dudas y hacerles visitas más frecuentes conforme progrese la enfermedad para interesarse en cómo mejorar sus técnicas de cuidado al enfermo

y en cómo ayudarse a sí mismos. El cuidado de enfermos, además, puede requerir aprender nuevas destrezas, conocer los servicios disponibles, cómo coordinar los diversos recursos y cómo moverse en el sistema sanitario, motivos por los cuales el equipo puede sugerir como una medida útil al cuidador dotarse de una carpeta organizadora para colocar en ella los informes médicos, la hoja de medicamentos, las reacciones indeseables, direcciones y teléfonos de personas de interés o que desean intervenir, las necesidades percibidas y las diversas ofertas de ayuda que se han hecho tanto de la familia como de amigos [33, 34].

La valoración de la dinámica familiar. No todas las familias ni todos los miembros responden de manera similar. Es imprescindible valorar siempre la personalidad y las circunstancias personales del enfermo, la naturaleza y la calidad de las relaciones familiares, las reacciones y los estilos de convivencia del enfermo y la familia en pérdidas anteriores, la estructura de la familia y su momento evolutivo, su red social de apoyo externo, problemas concretos, así como la personalidad, el estilo de vida y el nivel cultural y educacional de los miembros. La enfermedad y el cuidado del enfermo crónico en domicilio pueden conllevar una serie de alteraciones familiares, como son:

- Alteraciones estructurales: patrones rígidos de funcionamiento cambio de roles y aislamiento social.
- Alteraciones del ciclo evolutivo familiar: la enfermedad obliga a un momento de transición que lleva a adaptarse a las necesidades que impone.
- Alteraciones a la respuesta emocional: comportamientos ambientales de sobreprotección o de conspiración del silencio

- Adaptación de la familia: existen diversos patrones familiares: tipo uno, donde se habla sin tabúes de la enfermedad; tipo II, en el cual el paciente conoce el pronóstico, pero vive de forma positiva su enfermedad; y tipo III, en el cual la comunicación paciente-familia, prácticamente no existe. Las características familiares que favorecen adaptaciones del paciente son la flexibilidad de la organización, cohesión en las relaciones intrafamiliares y extra familiares, y por último, comunicación entre los miembros de la familia [33].

2.1.3.5 Necesidades en la familia del paciente domiciliario

Las familias con pacientes con atención domiciliaria, por lo general, requieren de información clara y realista que les permita estar seguras de que se está haciendo todo lo posible, se cuenta con disponibilidad, comprensión y apoyo del equipo de cuidado; y participan en la atención de su enfermo. La información debe dirigirse hacia los siguientes aspectos:

- La enfermedad, el diagnóstico y la evolución (en qué consiste y cuáles son las posibilidades de tratamiento)
- Las necesidades concretas del cuidado, es decir, lo que requiere el enfermo, la prevención de posibles complicaciones –y cómo actuar si se presentan–, cómo mantener su dignidad como persona y cómo actuar ante situaciones concretas
- Cómo obtener ayuda sobre recursos sociosanitarios e identificar redes de apoyo.

Asimismo, requieren compañía y apoyo emocional, para airear sentimientos positivos y conservar la esperanza. Es muy importante que los entrenamientos familiares sean estructurados de manera flexible y se orienten individualmente. Se deben hacer de forma progresiva y práctica, acerca de aspectos básicos como alimentación, higiene, cambios posturales, curaciones, administración de medicamentos, control de ciertos síntomas, pautas de actuación ante determinadas crisis o de soporte emocional (ayudas desde otro ámbito: amigos, asociaciones). Finalmente, requieren potenciar el rol terapéutico familiar, tanto en la toma de decisiones, como en la adecuación de objetivos [32].

2.1.3.6 Situaciones a las que se enfrentan los cuidadores

Las causas reconocidas de sufrimiento de los cuidadores principales son la tarea asistencial, observar el deterioro del paciente (en especial de tipo cognitivo), sus vínculos afectivos con él, la naturaleza irreversible de la situación (que implica la muerte próxima), la estrechez económica y no saber cómo actuar en las diferentes fases [32]. Existe, por lo general, un periodo de adaptación al cuidado que puede variar según las personas con una rápida o lenta aceptación de la situación. Hay una fase intermedia, de duración variable, con crisis ocasionales que se deben prever, y una fase final, que normalmente conlleva más intensidad de atención.

El proceso de ajuste suele acompañarse de tensiones y dificultades que harán necesario emplear habilidades de afrontamiento, no sólo por los cuidadores sino también por el enfermo, que a veces reacciona contra los que más lo quieren. Durante este proceso

pueden aparecer sentimientos de ira, enfado y frustración, sin saber, a veces, cuál es el motivo. La consecuencia suele ser la inestabilidad del entorno laboral y familiar. El deterioro cognitivo en los meses previos a la muerte se considera un factor con el que puede predecirse la aparición de una mayor carga de síntomas en la última semana de vida [35, 36].

Uno de cada dos cuidadores de un paciente con cáncer presenta niveles altos de ansiedad, y uno de cada cuatro, niveles altos de depresión. A más sobrecarga, más depresión [36]. Durante las crisis de una enfermedad grave las familias quieren más que nunca recibir información honesta sobre la condición del paciente, su progreso diario, los cambios en su estado clínico y pronóstico, y se quejan a menudo de la falta de información o de problemas para comunicarse con los sanitarios. Por su parte, los clínicos a veces procuran evitar los encuentros con los miembros de las familias por temor a que sus demandas sean excesivas.

El desarrollar las estrategias apropiadas para atender estas necesidades requiere sensibilidad para aceptar las variaciones en los estilos individuales de afrontar el estrés, el estado emocional del paciente y las necesidades cambiantes del curso de la enfermedad. Si bien muchas personas son capaces de sobrellevarla aceptablemente, las crisis emocionales de la enfermedad pueden, en algunas ocasiones, comprometer seriamente su resiliencia habitual.

2.1.4 La formación de los cuidadores

Los cuidadores no sólo demandan seguridad, destreza o habilidad técnica del equipo, sino también una formación que les permita ejercer bien sus tareas y proporcionar adecuadamente medicamentos, alimentación y otros cuidados físicos, además de la atención al sufrimiento cuando se presente. Agradecen que se promuevan reuniones periódicas del equipo para informarlos y para capacitarlos en las tareas asistenciales y el autocuidado [35, 36]. Es interesante fomentar su participación en la valoración y control de los síntomas, por lo que es útil instruirlos en cómo hacerlo con una escala graduada de cero (ausencia del síntoma) a diez (la mayor intensidad).

Las necesidades del paciente cambian con el progreso de la enfermedad; por tanto, se requiere ayuda para mantener su higiene personal, alimentación, el moverse o caminar. Si no se cubren bien estos aspectos, las personas encuentran difícil funcionar o interactuar en otros niveles más altos. Las estrategias educativas son básicas para reducir el estrés del cuidador y deben incluir las que mejoren su participación en la toma de decisiones.

2.1.4.1 Abordaje del cuidador o familiar del paciente con atención domiciliaria

Aumentar su acceso a recursos educativos, entrenamiento en el cuidado de los enfermos y contar con el equipo médico en la resolución de las crisis [36].

2.1.4.2 Apoyo emocional al cuidador

Cuidar sin descuidarse significa aprender a dosificar el esfuerzo, saber expresar sanamente lo que se siente, poder desahogar la tensión emocional, preservar una parte de tiempo para sí mismos y saber pedir y recibir ayuda [36, 37]. Por ello es de mucho interés trabajar con el cuidador principal y valorar cómo le está afectando la situación, si está sobrecargado, de qué ayuda dispone, si hay signos de conflictos internos y si éstos le llegan al enfermo. Suele resultarle difícil asumir la idea de la muerte por no saber con precisión cuando será el final, lo que le genera ansiedad, sobre si está haciendo bien las cosas. La percepción del paso del tiempo de los cuidadores no siempre coincide con la del enfermo, que suele ser larga o lenta [37]. Los cuidadores primarios tienden a manifestar que el tiempo se les hace largo a medida que avanza la enfermedad y se aproxima la muerte del enfermo.

Sólo los cuidadores auxiliados por algún tipo de servicios sociales pueden mantener el afecto y el calor humano por largo tiempo. Si se integran en nuestro sistema de atención los recursos ambientales y técnicas terapéuticas destinados a mejorar la relación enfermo-cuidador, podríamos facilitar en un futuro un mayor bienestar para ambos en esta etapa.

Otros miembros de la familia, amigos cercanos y personas significativas pueden tener un gran impacto en la experiencia de los pacientes, su salud y su felicidad, mucho más que cualquier sanitario, por lo que el equipo deberá ofrecer oportunidades para que se produzcan encuentros entre ellos. Cuanto mejor funcione su red social de apoyo, más protegidos estarán los enfermos y sus cuidadores, que pueden intervenir en la atención de sus hijos, hacer

la compra, pagar recibos o cualquier otra de las muchas tareas que una persona ocupada de un enfermo debe realizar pero que ahora no puede.

Este apoyo permite que la familia y los cuidadores se sientan entendidos y acompañados para poder abordar, con acogida y respeto, sus temores, deseos y necesidades [37, 38]. Algunas veces el personal de salud realiza una tarea óptima con el paciente controlando adecuadamente sus síntomas y comunicándose correctamente con él. Pero se olvida de la familia. El familiar cuidador principal necesita que le informen que todo lo que él hace por su ser querido es adecuado, pero también desea que le pregunten “¿cómo está usted?”. Necesita que le expliquen que algunas veces es conveniente contratar a una persona para que ayude en el cuidado de su familiar y que es preciso que descanse más. Solicita que el profesional se sienta y escuche sus miedos, sus dudas. Tal vez esta es la primera vez en su vida que enfrenta una situación de tal naturaleza. Necesita saber cómo tiene que hablar con los chicos. Dedicar un tiempo más a la familia redituará en mayor beneficio para una adecuada atención domiciliaria [10].

2.1.5 Características del cuidador en atención domiciliaria

El desarrollo teórico de la habilidad de cuidado tiene su origen e influencia conceptual a partir de los cuidados holísticos de Milton Mayeroff, quien los describe como “una manera de entrar en relación con otra persona que favorece su desarrollo” y propone factores de cuidados que forman un marco conceptual para estudiar, comprender y dar cuidados. Esta teoría expresa que la

ciencia de los cuidados holísticos está centrada en la salud, en la cual la dimensión del ser social, la cultura y el entorno de la persona es tomada en cuenta en sus interacciones [38]. Este autor plantea que “cuidar es un proceso de ayudar a otros a crecer, propio de la condición humana”, identifica ocho características principales del cuidado: conocimiento, ritmos alternados, paciencia, sinceridad, confianza, humildad, esperanza y coraje.

A partir de estos principios Ngozi Nkongho desarrolla el concepto habilidad de cuidado como “la capacidad de ayudar a otros a crecer dentro de un proceso de relación que implica desarrollo”, y asume que “las habilidades esenciales del cuidado son el conocimiento, el valor y la paciencia” [39].

Las personas se sienten y se comportan de forma diferente en relaciones variadas con otros, lo cual implica entender quién es la persona que se cuida, sus necesidades, fortalezas, debilidades y lo que refuerza su bienestar; incluye conocer las propias fortalezas y limitaciones para conocernos a nosotros mismos y al otro.

El conocernos a nosotros mismos también implica el conocimiento de nuestras creencias y valores, porque estas apoyarán las determinaciones que tomemos durante el proceso de cuidado para lograr un verdadero cuidado recíproco y trascendental, cuyo resultado final será un crecimiento mutuo. De esta manera, la habilidad de cuidado es considerada como el desarrollo de destrezas y capacidades de las que dispone un individuo para realizar acciones que ayuden a otros a crecer o a valorar su propio ser [40]. La paciencia es otro componente prioritario en la adquisición de habilidad de cuidado. Se considera que “la paciencia es dar tiempo y espacio para la autoexpresión y exploración e incluye el grado

de tolerancia ante la desorganización y problemas que limitan el crecimiento de sí mismo y de otros” [41].

2.1.6 El apoyo emocional al cuidador

Cuidar sin descuidarse significa aprender a dosificar el esfuerzo, saber expresar sanamente lo que se siente, poder desahogar la tensión emocional, preservar una parte de tiempo para sí mismos y saber pedir y recibir ayuda [41]. Por ello, es de mucho interés trabajar con el cuidador principal y valorar cómo le está afectando la situación, si está sobrecargado, de qué ayuda dispone, si hay signos de conflictos internos y si éstos le llegan al enfermo. Le suele resultar difícil asumir la idea de la muerte por no saber con precisión cuando será el final, lo que le genera ansiedad sobre si está haciendo bien las cosas. La percepción del paso del tiempo de los cuidadores no siempre coincide con la del enfermo, que suele ser “larga o lenta” [41].

Los cuidadores primarios tienden a manifestar que el tiempo se les hace largo a medida que avanza la enfermedad y se aproxima la muerte del enfermo. Sólo los cuidadores que estén auxiliados por algún tipo de servicios sociales pueden mantener el afecto y calor humano por largo tiempo. Si se integran en nuestro sistema de atención los recursos ambientales y técnicas terapéuticas destinados a mejorar la relación enfermo-cuidador, podríamos facilitar en un futuro un mayor bienestar para ambos en esta etapa.

Los otros miembros de la familia, los amigos cercanos y personas significativas pueden tener un gran impacto sobre la experiencia de los pacientes, su salud y felicidad mucho más que cualquier sanitario, por lo que el equipo deberá ofrecer oportunidades para que se produzcan esos encuentros.

Cuanto mejor funcione su red social de apoyo, más protegidos estarán los enfermos y sus cuidadores que pueden intervenir en el cuidado de sus hijos, hacer la compra, pagar recibos, o cualquier otra de las muchas tareas que una persona ocupada de un enfermo debe realizar pero que ahora no lo puede hacer. Su presencia permite que la familia y los cuidadores se sientan entendidos y acompañados para poder abordar desde la acogida y el respeto, sus temores, deseos y necesidades [40, 41].

Algunas veces, el personal de salud, realiza una tarea óptima con el paciente controlando adecuadamente sus síntomas y comunicándose correctamente con él. Pero se olvida de la familia. El familiar cuidador principal necesita que le informen que todo lo que él hace por su ser querido es adecuado, pero también desea que le pregunten ¿"cómo está usted?". Necesita que le expliquen que algunas veces es conveniente contratar a una persona para que ayude en el cuidado de su familiar y que es preciso que descanse más. Solicita que el profesional se sienta y escuche sus miedos, sus dudas. Tal vez esta sea la primera vez en su vida que enfrenta una situación de tal naturaleza. Necesita saber cómo tiene que hablar con los chicos.

Dedicar un tiempo más a la familia reeditará en mayor beneficio para una adecuada atención domiciliaria [41].

2.1.7 Educación para la salud

Conviene señalar la complejidad que supone definir conceptualmente esta expresión en todas sus implicaciones y funciones, ya que acoge al hombre en su totalidad, de forma holística, y también a su contexto en una doble dimensión, ecológica y social. No

podría entenderse con nitidez esta expresión si no se aclarase con anterioridad el significado de ambos términos; si fundamentamos bien los conceptos de educación y salud, podremos considerar de forma más sólida cuál es el sentido actual de dicha expresión [42].

La definición del sentido de la educación requiere una tarea previa: establecer sus características diferenciales. Nos encontramos ante la definición de un concepto que delimita el objeto central de la Educación para la Salud. Una primera diferencia debe establecerse. Se debe hablar de educación como una acción y como reflexión teórica o conceptualización de un hecho. Se abre así la panorámica que considera la educación como objeto, y, por otra parte, la ciencia que sistematiza los conocimientos del hecho educativo [43].

Las definiciones de educación, cuando se analiza su contenido, consideran, entre otras, las siguientes notas o características diferenciales de la educación: referencia al hombre, intencionalidad, optimización (mejora o perfeccionamiento), procesual (comunicación, relación), de las facultades o aptitudes humanas (realización personal, individualización), socialización (transformación social, apertura, compromiso), ayuda, servicio o auxilio, búsqueda de la felicidad [44].

El interés por la Educación para la Salud tiene una larga tradición. La historia de la especie humana ha mostrado desde tiempos inmemoriales una gran preocupación por la salud y su transmisión; no obstante, la evaluación sistemática y científica es relativamente reciente. Esta disciplina se constituye como materia autónoma en 1921 con el primer programa de Educación para la Salud que impartió el Instituto de Massachusetts; aunque había sido empleada esta terminología, por primera vez, en 1919 en una conferencia sobre

ayuda a la salud infantil. La primera organización profesional surge en 1922 The public health education, sección de la American Public Health Association. Hasta 1937 no se establece una cualificación profesional, y en 1977 es cuando se edita un documento que regula las funciones de los educadores de la salud pública. La formación de estos educadores se imparte en muy diversas instituciones y niveles, desde el bachillerato hasta el doctorado [44]. El número de programas ha ido en aumento, considerándose a los educadores para la salud el primer ámbito profesional en la promoción de la salud por su contribución a la reducción de problemas de salud y, en consecuencia, a elevar el nivel de bienestar en la sociedad.

En 1978 la Organización Mundial para la Salud, en la Conferencia de Alma Ata, establece las estrategias que en materia de salud se desarrollarán en todas las naciones. El motivo era una necesidad urgente, por parte de todos los gobiernos, para proteger y promover la salud de todos los pueblos, con una meta tal vez demasiado optimista, alcanzar la “SALUD PARA TODOS EN EL AÑO 2000”. La 36. Asamblea Mundial de la Salud define la Educación para la Salud como “cualquier combinación de actividades de información y de educación que lleve a una situación en que la gente sepa cómo alcanzar la salud y busque ayuda cuando lo necesite”. La Educación para la Salud puede entenderse como cualquier combinación de oportunidades de aprendizaje encaminadas a facilitar la adopción voluntaria de comportamientos que mejoren o sirvan al sostenimiento de la salud.

Una definición muy utilizada en Estados Unidos de América es “proceso de asistencia a la persona, individual o colectivamente, de manera que pueda tomar decisiones, una vez que ha sido informado en materias que afectan a su salud personal y a la de la comunidad” [43].

Aunque la Educación para la Salud tiene una función preventiva y correctiva que exige por parte de la persona, la familia y otros grupos sociales los conocimientos necesarios para la prevención de ciertas enfermedades, su principal finalidad no está en evitar la enfermedad, sino en promover estilos de vida saludables; tiene un sentido positivo de ayuda y potencializan la persona para la participación y gestión de su propia salud y poder desarrollarse en un proceso de salud integral.

Algunos autores insisten sobre la vinculación de los comportamientos y su influencia en la salud y en la enfermedad; no obstante, también es cierto que la estrategia preventiva tradicional ha sido ampliamente criticada por centrarse en objetivos excesivamente analíticos, sobre conductas aisladas, como, por ejemplo: reducir el consumo de grasas saturadas para prevenir la enfermedad cardiovascular o el consumo de sal para prevenir la hipertensión. Pues investigaciones epidemiológicas muestran que los grandes cambios en los hábitos y prácticas de salud no han devenido como consecuencia de los esfuerzos educativos dirigidos a conductas más o menos aisladas, sino más bien como efecto de cambios más globales [43].

Los hábitos saludables no son consecuencia de una serie de conductas independientes, sino que están insertos en un contexto o entramado social formando unos determinados estilos de vida, por lo que las estrategias educativas y los objetivos de cambio en la Educación para la Salud deberán dirigirse al conjunto de comportamientos y a los contextos donde se desarrollan, ya que resulta difícil que se produzca una modificación de la conducta si al mismo tiempo no se promueven los cambios ambientales adecuados.

Así, por ejemplo, “si el consumo de alcohol en el conjunto de comportamientos y que configuran un estilo de vida característico: tipo de indumentaria, jerga utilizada, tipo de actividades de tiempo libre o la manera de aproximarse al otro sexo, las metas orientadas a sugerir cambios en el consumo de alcohol, no pueden pasar por alto las relaciones recíprocas que esos comportamientos tienen entre sí y las funciones que cumplen en ese estilo de vida” [43].

Parece claro que la Educación para la Salud tiene como principal finalidad la mejora cualitativa de la salud humana, centrándose no en conductas aisladas, ya que éstas suponen realidades segmentadas del comportamiento y por tanto complejas para su modificación, sino en un entramado de comportamientos que forman los estilos de vida; por otra parte, el hombre en el uso de su libertad no es un ser determinado, aunque sí condicionado por una serie de factores ambientales y también por sus propios hábitos de conducta, por lo que el esfuerzo y la lucha personal deben orientarse no sólo hacia el cambio de aquellos factores nocivos del contexto, sino también a sus propios hábitos y tendencias [43].

Toda acción educativa está estrechamente ligada al fenómeno del aprendizaje (que a su vez está relacionado con el proceso de enseñanza-aprendizaje). En este sentido si el aprendizaje se logra mediante una serie de eventos y experiencias, organizados o no, formales o no, planeados o espontáneos, que ocurren en forma constante a lo largo de la vida de un individuo, las acciones educativas que tienden a promoverlo y facilitarlo deben estar sistematizadas y desarrollarse también en forma permanente. En este contexto la educación del personal de salud, concebida como proceso permanente, promueve el desarrollo integral de los trabajadores del sector, utilizando el acontecer habitual del trabajo, el ambiente

normal del quehacer en salud y el estudio de los problemas reales y cotidianos, como los instrumentos y situaciones más apropiados para producir tal aprendizaje [45].

En el informe final de la reunión celebrada al efecto en 1975 en la sede de la Organización Panamericana de la Salud este organismo indicó que la educación continua es “el proceso de enseñanza-aprendizaje activo y permanente, destinado a actualizar y mejorar la capacitación de personas o grupos frente a la evolución científico-tecnológica y las necesidades sociales”.

2.1.8 La educación y la salud

La educación y la salud se desarrollaron durante mucho tiempo como dos disciplinas paralelas pero aisladas, adoptando distintas formas y prácticas como producto de los requerimientos del desarrollo histórico de una sociedad. Durante el siglo XVIII la medicina comenzó a transformar su concepción acerca de la causalidad de las enfermedades, sobrepasando las barreras de los espíritus malignos (paradigma mítico mágico de las culturas primitivas) [46]

La Educación para la Salud como término genérico se ha usado para describir casi cualquier esfuerzo de proporcionar información y conocimientos relativos al mantenimiento y promoción de la salud, por tanto, esto implica que tiene aspectos formales e informales. Sin embargo, aunque reconocemos la importancia de la transmisión informal del conocimiento empírico en torno a la salud realizada de generación en generación, a través de la familia y sociedad, en este trabajo estamos más interesados en su sentido formal, que implica actividades planificadas y programadas. Históricamente

la Educación para la Salud ha pasado por diferentes etapas o enfoques, dependiendo del contexto en el que se ha desarrollado, desde principios del siglo hasta la actualidad [46].

La Educación para la Salud puede ser entendida como la transmisión y recepción pasiva de conocimientos para atenuar problemas concretos del ámbito de la enfermedad o como elemento central y prioritario para el desarrollo nacional en salud. En lo particular, se considera que la información en salud puede contribuir a dar solución a algunos problemas, pero la principal razón de la Educación para la Salud no es informativa. Su importancia debe radicar en generar elementos positivos que potencialicen la lucha social por el bienestar y la salud individual y colectiva [46].

La conceptualización de la Educación para la Salud que se asuma tiene implicaciones directas en dos instancias importantes: la práctica educativa en salud y la formación de recursos humanos. En la práctica educativa en salud, conocer los modelos que se utilizan en ella, analizando las concepciones subyacentes o el discurso teórico epistemológico que les da forma, no sólo es deseable sino imprescindible para entender cómo se lleva a cabo el acto educativo, cuáles son sus objetivos y sus finalidades y en qué sentido se desenvuelve este acto, en la libertad o en la restricción, en la pasividad o en el empoderamiento. En consecuencia, determina hacia dónde se dirigen los esfuerzos del educador, lo que a su vez determina el papel que asume el educando [46, 47].

Es muy importante tener en cuenta que cuando las distintas concepciones educativas en salud y sus aplicaciones prácticas se adoptan a ciegas y cuando se pretende integrarlas (hay muchas manifestaciones explícitas o implícitas de mezclas de los modelos

educativos), con buena intención, pero sin argumentos sólidos, se corre el riesgo de seguir criterios puramente pragmáticos y de caer en eclecticismos simples que muchas veces, en vez de constituir propuestas de amplio alcance, sólo tienen un valor limitado [46].

La educación para la salud busca cambios de comportamiento para mejorar las condiciones de vida. Los contenidos se orientan al autocuidado y al bienestar. A nivel tecnológico se emplean los medios masivos de comunicación con el propósito de incrementar las coberturas. La educación para la salud abarca al personal en formación, a los trabajadores de salud vinculados a los servicios y a la comunidad [48].

2.1.9 Fundamentos de la educación para la salud

La educación para la salud debe considerar:

- Las experiencias, criterios e intereses de los distintos grupos en cuestiones sanitarias e higiénicas.
- Las leyes de las ciencias pedagógicas y psicológicas que servirán de orientación para conocer el sujeto, el método y los contenidos.
- La necesidad de una selección y aplicación científica de contenidos, métodos y medios que permitan elevar su efectividad.
- Para esto es necesario saber que la educación para la salud es un trabajo en equipo multidisciplinario, en el que confluyan las diferentes ciencias en que basa su fundamentación [48].

2.1.9.1 Fundamentos médicos

Los conocimientos médicos constituyen la base del contenido de la educación para la salud. Teniendo presente que la educación para la salud es una actividad condicionada socialmente, su concepción y su abordaje debe ser amplio y multidisciplinario. Es importante reconocer que la educación es un medio para promover y fortalecer las organizaciones sociales y propiciar el desarrollo de procesos de participación comunitaria. La relación docente estudiante debe estar basada en la interacción sujeto-sujeto que permita emprender conjuntamente acciones para transformar la realidad [48].

PARA RECORDAR...

- La educación para la salud es la combinación de actividades informativas, formativas y de propaganda orientada al fomento, construcción, conservación y restablecimiento de la salud y de la capacidad de rendimiento del hombre y a alargar una vida con calidad humana.
- La educación para la salud parte de la formación ideológica y cultural de los grupos para crear una conciencia científica que se preocupe tanto por la salud individual como social.
- No es un asunto personal sino un deber social y se orienta a estimular la acción de amplias capas de la población hacia la protección de la salud como un bien social.
- Sus objetivos son: formación de una personalidad armónica e integral, formar hombres conscientes, activos y capaces, saludables y cultos para transformar la sociedad y a sí mismos

2.1.10 Métodos en la educación para la salud

La educación para la salud admite dos tipos de categorías, formal y no formal. Sin embargo, es preciso tener en cuenta [48]:

- Las enseñanzas en salud para ser efectivas deben ser simples: “Si lo oigo lo olvido, si lo miro lo recuerdo, si lo hago, lo sé”.
- Aprender haciendo.
- Aprendizaje por descubrimiento.
- Aprendizaje mutuo.
- Aprendizaje por confrontación.
- Autodirección del proceso.

2.1.11 Método de educación participante

Los principios que guían esta educación son los siguientes [62]:

- Comunicación dialogística.
- Interacción educando-educador.
- Rescate y valoración de costumbres y expresiones populares.
- Conocimiento a partir de las experiencias de vida, de trabajo y el transmitido a través de generaciones.
- Creatividad.
- Integración de la medicina popular e institucional.
- El conocimiento surge de la práctica y regresa a la práctica.
- Debe basarse en la pregunta, la reflexión y la crítica.
- No se centra en contenidos sino en el proceso.
- El alumno es el centro de la labor educativa.
- El educando es un producto de un medio social, económico y cultural.
- Es un proceso democrático y liberador.

2.1.12 Estrategias didácticas en la educación para la salud

El Ministerio de Salud (2016), concibe a la educación para la salud como “un proceso de construcción de conocimiento y aprendizaje mediante el diálogo de saberes orientado al desarrollo y fortalecimiento del potencial y las capacidades de las personas, las familias, las comunidades, las organizaciones y redes para la promoción de la salud individual y colectiva, la gestión del riesgo y la transformación positiva de los diferentes entornos para mejorar los estilos de vida y garantizar el derecho a la salud” [49].

En esta dirección, la educación para la salud se constituye como una oportunidad de aprendizaje para mejorar la alfabetización sanitaria y el conocimiento de la población en relación con la salud para favorecer el perfeccionamiento de habilidades personales orientadas a la salud individual y colectiva [49].

Es así, como a partir del proceso educativo se construyen capacidades individuales y colectivas, para el desarrollo de competencias que permiten mejorar las condiciones de salud, desarrollar autonomía de los individuos y colectivos, orientados a reconfigurar sus estilos de vida, afectar los determinantes de la salud y los problemas que ocasionan patologías. Es decir, el proceso educativo ubica a la acción pedagógica como esa interacción que a través de estrategias didácticas conllevan a la transformación de la realidad para alcanzar el mayor nivel de desarrollo de las personas.

La didáctica es la disciplina que sienta los principios de la educación y sirve a los educadores a la hora de seleccionar y desarrollar contenidos persigue el propósito de ordenar y respaldar tanto los modelos de enseñanza como el plan de aprendizaje. Se le llama acto

didáctico a la circunstancia de la enseñanza para la cual se necesitan ciertos elementos: el educador (quien enseña), el discente (quien aprende) y el contexto de aprendizaje [50].

En este sentido los principales objetivos de la didáctica son:

- Llevar a cabo los propósitos de la educación.
- Hacer el proceso de enseñanza- aprendizaje más eficaz.
- Aplicar los nuevos conocimientos provenientes de otras áreas del conocimiento que puedan hacer la enseñanza más consecuente y coherente.
- Orientar la enseñanza de acuerdo con la edad evolutiva del alumno y alumna para ayudarles a desarrollarse y realizarse plenamente, en función de sus esfuerzos de aprendizaje.
- Adecuar la enseñanza y el aprendizaje, a las posibilidades y necesidades del alumnado.
- Inspirar las actividades educativas en la realidad y ayudar al discente a percibir el fenómeno del aprendizaje como un todo, y no como algo artificialmente dividido en fragmentos.
- Orientar el planeamiento de actividades de aprendizaje de manera que haya progreso, continuidad y unidad, para que los objetivos de la educación sean suficientemente logrados.
- Hacer que la enseñanza se adecue a la realidad y a las posibilidades del discente y de la sociedad.
- Llevar a cabo un apropiado acompañamiento y un control consciente del aprendizaje, con el fin de que pueda haber oportunas rectificaciones o recuperaciones del aprendizaje [51].

La didáctica es una ciencia práctica, de intervención y transformadora de la realidad, se considera como una ciencia o

una técnica y se materializa mediante la aplicación de estrategias didácticas.

En la educación para la salud de acuerdo a algunos autores [52], se recomienda utilizar estrategias didácticas participativas y no orientadas únicamente a transmitir información mediante la magistralidad. Sin embargo, las técnicas usadas pueden ser unidireccionales o bidireccionales:

2.1.12.1 Técnicas unidireccionales

En estas técnicas la información o el mensaje se orienta en una sola dirección, la participación del grupo a quien va dirigido el mensaje es nula. Aquí están incluidos los medios de comunicación masivos, medios escritos (folletos, revistas), hablados (radio) o audiovisuales (televisión).

Estas técnicas tienen la ventaja de poder llegar a un grupo muy amplio de la población y la repetición del mensaje puede permitir captar el interés o sensibilizar en un tema determinado. La limitación de utilizar este tipo de técnicas es que no permite la interrelación entre el emisor y el receptor, y ello puede crear polarización frente al mensaje.

2.1.12.2 Técnicas bidireccionales

Estas técnicas permiten la interacción y retroalimentación entre el educador y el discente. En la educación para la salud, las técnicas bidireccionales son las más apropiadas porque implican emocionalmente a las personas y ello las hace más efectivas.

Algunas de las técnicas didácticas que se pueden llevar a cabo en esta categoría en un programa de educación para la salud son las que se explican a continuación.

2.1.12.2.1 Sesión magistral o expositiva

Se realiza mediante presentación oral de la información que ha sido previamente estructurada. Con esta técnica, el grupo emplea fundamentalmente la memoria auditiva. Es útil para ofrecer información a un número elevado de participantes y simplificar información, permitiendo centrar los diferentes puntos de interés, así como motivar a las personas hacia una idea o conducta. Esencialmente, esta técnica se utiliza para trabajar objetivos relacionados con la adquisición de conocimientos. Es económica y fácil de organizar. Dentro de los programas se incluyen temas en los cuales es necesario efectuar previamente una sesión expositiva antes de iniciar un trabajo grupal.

Esta técnica es poco participativa y el grupo tiene poca implicación. Por este motivo se recomienda que se combine con otras técnicas más dinámicas, como el método del caso o un juego de roles, y se recomienda acabar con un debate o un intercambio de ideas.

2.1.12.2.2 Método de caso

Se fundamenta en presentar al grupo una problemática o caso que parte de una situación lo más real posible. El caso ha de ser descrito de tal manera que posibilite el análisis y el intercambio de ideas, ya que es una técnica de discusión y de implicación personal. Para utilizar esta técnica no es aconsejable que el grupo sea muy

numeroso, en lo posible no mayor a seis personas. La exposición del caso la realiza el líder del proceso educativo y se expone de manera oral o escrita.

El análisis del caso tiene como propósito que todo el grupo identifique los hechos significativos de este para lograr los objetivos de la sesión. Sin embargo, la finalidad de esta técnica no es extraer una única solución, sino por el contrario plantear diversas. Esta utilización del método es más ágil y no requiere excesivo tiempo

2.1.12.2.3 Juego de roles

Es una técnica interpretativa que consiste en representar una situación concreta para que ésta pueda ser vivida por las personas que la simbolizan. Conlleva una fuerte implicación personal, ya que no se pide una colaboración lógica y racional sino de tipo emotivo. Para utilizar esta técnica es importante que el grupo este cohesionado y cuente con un cierto grado de confianza entre los participantes, de lo contrario, la técnica es de poca utilidad porque no existe espontaneidad en la interpretación y, en ocasiones, el grupo puede negarse a realizarla.

El juego de roles es una técnica que nos puede ayudar a:

- Promover cambios de actitudes.
- Entrenar una conducta que se tendrá que llevar a cabo en la vida real.
- Comprender el porqué de los comportamientos ajenos.
- Ampliar puntos de vista.
- Vivir las propias emociones ante un hecho concreto [4].

Esta técnica permite recoger los datos y observaciones que serán útiles para el análisis y la discusión, que conllevará al planteamiento de soluciones específicas de acuerdo a la situación presentada con antelación.

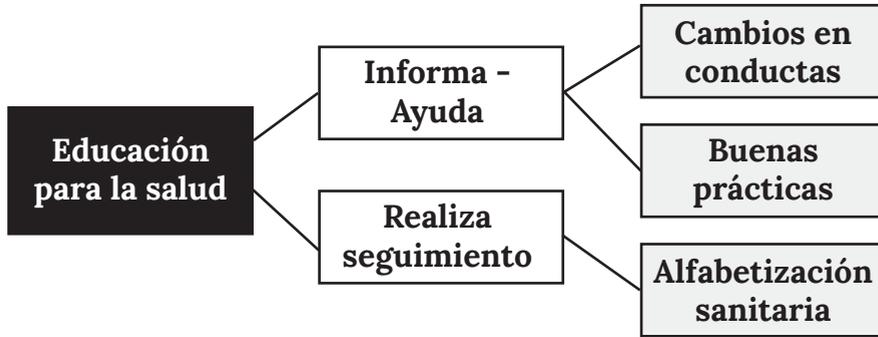
2.1.12.2.4 Debate

Es una técnica de discusión grupal, generalmente no se realiza exposición, no se usa ningún medio audiovisual ni ningún otro método. El objetivo de esta técnica es el intercambio de información, ideas o experiencias. El tema del debate debe tener diferentes posibilidades de opinión y puntos de vista, por cuanto si no existen opiniones no se podrá generar debate. El número de participantes no puede ser muy elevado; se recomienda no más de ocho a diez personas, porque así se posibilita la interacción entre todos los miembros del grupo. El tema a debatir debe ser conocido con antelación por todos los participantes y se recomienda que corresponda a experiencias vividas.

2.1.12.2.5 Seminario

Para esta técnica se recomienda un número reducido de participantes, por cuanto el seminario consiste en un grupo dedicado a estudiar en profundidad un tema concreto. La intencionalidad de esta técnica es constituir un grupo de aprendizaje activo, ya que los miembros del mismo no reciben la información elaborada, sino que la buscan y elaboran con sus propios recursos en un clima de colaboración recíproca [4]. La utilización de esta técnica es más limitada en los grupos de educación para la salud, ya que es más compleja y se requiere cierto grado de capacitación de los participantes.

Figura 2. Esquema de la educación en salud



Fuente: Elaboración propia, 2019.

2.2 Marco conceptual

Las siguientes definiciones fueron tomadas de los descriptores de ciencias de la salud:

CUIDADOR PRIMARIO: aquella persona que asume la total responsabilidad del cuidado. Suele ser un familiar de la persona cuidada. No dispone de una formación específica para las tareas del cuidar, no recibe remuneración económica por la labor realizada, tiene un grado elevado de compromiso hacia la tarea, con un alto grado de afecto y responsabilidad

CUIDADOR SECUNDARIO: toda persona que ofrece un apoyo es sobre todo instrumental y emocional, al paciente domiciliario.

ATENCIÓN DOMICILIARIA: Prestación de servicios específicos en el domicilio, casi siempre a demanda del usuario y sin que ello represente una atención continuada. Por lo general, además del carácter individual, es episódica y con escasa participación de la familia y otros integrantes del equipo de salud. A diferencia de la atención domiciliaria, cuyo carácter es integral y continuo, la asistencia domiciliaria es programada, estimula la participación, fomenta el autocuidado y brinda una perspectiva de trabajo en equipo.

HOSPITALIZACIÓN A DOMICILIO: Modalidad asistencial alternativa a la hospitalización tradicional. El paciente recibe los mismos cuidados que en el centro asistencial tanto en calidad como en cantidad y sin los cuales habría sido necesaria su permanencia en el hospital.

VISITA DOMICILIARIA: Se entiende como el encuentro de la enfermera con el usuario y la familia en su lugar de residencia; es una de las acciones primarias para llevar a cabo la atención integral a la salud. La visita domiciliaria es la base instrumental a través de la cual se presta la atención domiciliaria. La atención domiciliaria es el fin, y la visita es el medio para alcanzarlo. De hecho, un solo caso de atención domiciliaria puede requerir numerosas visitas.

SERVICIOS DE ATENCIÓN DOMICILIARIA: El domicilio del paciente puede ser una residencia unifamiliar, una vivienda multifamiliar, un hogar de paso, una comunidad de retiro o un centro de enfermería especializada. Se pueden tener varios tipos de servicios de atención a domicilio: servicios de equipos médicos para el hogar, cuidado asistencial, cuidados paliativos de atención médica en el hogar y servicios de atención a domicilio crónicos.