



**UNIVERSIDAD NACIONAL
TORIBIO RODRÍGUEZ DE MENDOZA DE AMAZONAS**



FACULTAD DE ENFERMERÍA

INFORME FINAL DE EXAMEN DE SUFICIENCIA PROFESIONAL

**CUIDADOS DE ENFERMERÍA A MADRES QUE
INTEGRAN EL VASO DE LECHE DE UNA
DETERMINADA COMUNIDAD.**

PARA OPTAR EL TÍTULO DE: LICENCIADO EN ENFERMERÍA

BACHILLER : Enf. HÉBER YÓPLAC VALQUI

JURADO:

Presidente : Mg. Enf. GLADYS BERNARDITA LEÓN MONTOYA

Secretaria (o) : MsC. SONIA TEJADA MUÑOZ

Vocal : Lic. Enf. SONIA CELEDONIA HUYHUA GUTIERREZ

CHACHAPOYAS – AMAZONAS – PERÚ

2012

DEDICATORIA

A mis padres y hermanos: por su apoyo desinteresado en cada momento, permitiéndome hacer realidad mi propósito.

Al pueblo: quienes día a día forjan un hombre nuevo para el cambio y desarrollo de la sociedad.

AGRADECIMIENTO

- A mis familiares, por su apoyo de manera integral hacia mi persona contribuyendo de esa manera para concluir con mi profesión.
- A mis amigos y compañeros de siempre, quienes en todo momento me brindaron su apoyo y respaldo para superar cualquier dificultad.
- A los docentes de la Universidad Nacional Toribio Rodríguez de Mendoza de Amazonas, quienes de una u otra manera contribuyeron en mi formación como persona y profesional.
- Al personal de salud que labora en el Hospital de Tarapoto II-2 Tarapoto y en el Centro de Salud Imaza; quienes permitieron complementar mi formación como profesional poniendo en práctica la teoría.

A todos ellos y a muchos que no puedo mencionar, vaya mi sincero agradecimiento.

Y, por qué no agradecer también a la vida, la que nos presenta muchas dificultades y oportunidades para aprovecharla

**AUTORIDADES DE LA UNIVERSIDAD NACIONAL
“TORIBIO ROGRIGUEZ DE MENDOZA” DE AMAZONAS**

Ph. D; Dr. Hab. CASTAÑEDA CHÁVEZ, Vicente Marino.

Rector

Ms.C. NERVI CHACON, Roberto José.

Vicerrector Académico

Dra. GUEVARA MUÑOZ, Zoila

Vicerrector Administrativo.

Mg. Enf. LEÓN MONTOYA, Gladys Bernardita.

Decana (e) de la Facultad de Enfermería.

MIEMBROS DEL JURADO



Mg. Enf. Gladys Bernardita León Montoya.

PRESIDENTE



MsC. Sonia Tejada Muñoz.

SECRETARIA



Lic. Enf. Sonia Celedonia Huyhua Gutierrez

VOCAL

PRESENTACIÓN

La universidad es una institución encargada de generar el cambio y el desarrollo en la sociedad mediante la formación de profesionales, pero, principalmente de hombres. En ese sentido la Facultad de Enfermería de la Universidad Nacional Toribio Rodríguez de Mendoza de Amazonas brinda una sólida formación al futuro profesional de enfermería, dotándole de conocimientos y cultivando valores. Y, para concluir con ese afán presenta a los egresados las diversas modalidades de titulación.

En la actualidad, el profesional de enfermería es aquella persona que ha adquirido competencia científica y técnica para dar cuidado y ayuda a la persona, familia y comunidad mediante una actitud ética, humanística y de responsabilidad legal con conocimientos en las áreas biológicas, psicológicas y sociales, entrenado en técnicas específicas en el marco del desarrollo científico y tecnológico.

En esta oportunidad, me es grato presentar éste informe, editado con la finalidad de obtener el *Título Profesional de Licenciado en Enfermería*, cuyo contenido responde al Cuidado de Enfermería a madres que integran el vaso de leche en una determinada comunidad. El presente informe está estructurado principalmente en dos partes: la primera, en la cual se plasma de manera sistemática conocimientos lógicos sobre el cuidado de Enfermería en la comunidad, cuidados de Enfermería a la familia, promoción y prevención de la salud, Modelo de Atención Integral basado en la familia y comunidad, programa social vaso de leche. En la segunda parte se encuentra el Proceso de Atención de Enfermería desarrollado en las madres que integran el vaso de leche de la comunidad Higos Urco-Barrio Tuctilla. Dicho Proceso de Atención de Enfermería está desarrollado de manera sistemática y contiene todas las etapas: Valoración, Diagnóstico, Planificación, Ejecución y Evaluación.

El presente trabajo está a disposición de toda persona que tenga el hábito de la lectura, y, principalmente de los estudiantes, egresados y profesionales de enfermería; pues contribuirá a enriquecer sus conocimientos.

Br. Enf. Héber Yóplac Valqui.

ÍNDICE GENERAL

	Pág.
DEDICATORIA	ii
AGRADECIMIENTO	iii
AUTORIDADES	iv
PRESENTACIÓN	vi
ÍNDICE	vii
CONTENIDO	
I. INTRODUCCIÓN	9
II. MARCO TEÓRICO	11
2.1. CUIDADO DE ENFERMERÍA EN LA COMUNIDAD	11
2.2. CUIDADOS DE ENFERMERÍA A LA FAMILIA	14
2.2.1. FAMILIA	14
2.2.2. TIPOS DE FAMILIA	15
2.2.3. FUNCIONES DE LA FAMILIA	17
2.2.4. CUIDADO FAMILIAR	18
2.2.5. SALUD FAMILIAR	20
2.2.6. CICLO FAMILIAR	21
2.3. PROMOCIÓN DE LA SALUD	23
2.3.1. CONCEPTO DE PROMOCIÓN DE DALUD	23
2.3.2. PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LAS ENFERMEDADES	24
2.3.3. LINEAS DE ACCIÓN DE PROMOCIÓN DE SALUD	26
2.3.4. HERRAMIENTAS FUNDAMENTALES	30
2.3.5. PROMOCIÓN DE LA SALUD Y EL TRABAJP SOCIAL	32
2.4. MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD BASADO EN FAMILIA Y COMUNIDAD	34
2.4.1. ARTICULACIÓN ENTRE LA APS, PROMOCIÓN DE LA SALUD Y SALUD PÚBLICA	34

2.4.2. MARCO CONCEPTUAL DEL MAIS BASADO EN LA FAMILIA Y COMUNIDAD	34
2.4.3. DETERMINANTES SOCIALES DE LA SAUD	36
2.4.4. ROL Y ORGANIZACIONES QUE SON PARTE DE LAS DIMENSIONES POLITICA Y OPERATIVA DE MAIS-BFC.	37
2.4.5. CONFIGURACIÓN DEL MAIS-BFC	38
2.5. PROGRAMA SOCIAL DE VASO DE LECHE	40
2.5.1. OBJETIVOS DEL PROGRAMA DEL VASO DE LECHE	40
2.5.2. RACIÓN ALIMENTARIA Y POBLACIÓN OBJETIVO	40
2.5.3. PROBLEMÁTICA ACTUAL DEL VASO DE LECHE	41
III. PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA	43
3.1. VALORACIÓN	43
3.2. PROCESO DIAGNÓSTICO	49
3.3. PLANEAMIENTO	55
3.4. EJECUCIÓN	60
3.5. EVALUACIÓN	61
IV. DISCUSIÓN	62
V. CONCLUSIÓN	63
VI. RECOMENDACIÓN	64
VII. REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS	65
VIII. ANEXOS.	66

I. INTRODUCCIÓN.

El proceso de cuidados de enfermería aplicado a la comunidad consiste en brindar atención primaria, preventiva y promocional a la persona, familia y comunidad en este caso a madres que integran un vaso de leche; el cuidado va enfocado a mejorar su calidad ayudando a evitar los riesgos que están expuestas las familias, de esta manera el profesional de Enfermería contribuye al desarrollo social y desempeño de las personas en su entorno.

La promoción de la salud y la epidemiología son disciplinas básicas de la Salud Pública. La primera se aboca a reconocer los determinantes de la salud y la segunda a intervenir en las condiciones e instrumentar las acciones necesarias para incidir sobre ellos.

La epidemiología que caracteriza a las poblaciones según las variables tiempo, lugar y persona identifica los factores que aumentan o reducen las probabilidades de sufrir un daño en la salud. La promoción de la salud parte de esta caracterización y trabaja tomando en cuenta el origen de los determinantes, analizando la forma en que las personas se exponen a los riesgos, poniendo énfasis en averiguar cómo pueden éstas ya sea protegerse o volverse más resilientes, y utilizar los determinantes favorables para impulsar su bienestar.

La Dirección General de la Promoción de la Salud, define la Promoción de la Salud, como el proceso de construcción colectiva de una cultura de la salud orientada al desarrollo de prácticas de autocuidado que se organicen en estilos de vida saludables y al logro de una población empoderada capaz de ejercer control sobre los determinantes de la salud. Ello tiene que ver con el fomento de cambios de comportamiento y el desarrollo de políticas públicas de promoción de la salud (trabajo, vivienda, educación, recreación, protección del medio ambiente, etc.), con el fin de actuar sobre los distintos escenarios en que la persona vive.

La salud es un derecho y un bien público que se construye, se vive y se disfruta en el marco de la vida cotidiana. El proceso salud-enfermedad de las personas, familias y comunidades es objeto-sujeto del trabajo de los equipos de salud, cuyo cometido principal es el de mejorar la calidad de vida de las poblaciones a cargo.

Los paradigmas del proceso de salud-enfermedad se implementan a través de prácticas sociales de atención; constituyen así los modelos de atención a la salud. Un modelo de atención integral de salud es un sistema organizado de prácticas basado en un enfoque biopsicosocial, el cual está dirigido a la población sana y enferma, en el que se incorpora -con especial énfasis- la dimensión preventivo-promocional en la atención a la salud y la participación de la comunidad.

El Programa del Vaso de Leche es un programa social creado para proveer apoyo en la alimentación a través de la entrega de una ración diaria de alimentos a una población considerada vulnerable, con el objetivo de ayudarla a superar la inseguridad alimentaria en la que se encuentra.

Este Programa es sumamente importante, ya que desde su creación ha servido para combatir el problema de la desnutrición crónica infantil a nivel nacional. No obstante, y a pesar de la gran cantidad de recursos que se manejan para llevarlo a cabo, se ha detectado que el Programa del Vaso de Leche no llega a sus beneficiarios (niños de 0 a 6 años, madres gestantes y en período de lactancia en extrema pobreza), debido principalmente a una deficiente identificación y monitoreo de los beneficiarios, y malos manejos al interior del mismo.

En esa perspectiva este trabajo se ha realizado con el fin de ejecutar todos los pasos del Proceso de Atención de Enfermería para identificar las necesidades y brindar los cuidados necesarios a las madres que integran el vaso de leche de la comunidad Higos Urco-Barrio de Tuctilla.

Br. Enf. Héber Yóplac Valqui.

II. MARCO TEÓRICO

2.1. CUIDADO DE ENFERMERÍA EN LA COMUNIDAD.

Es la esencia y el núcleo de la enfermería. Asimismo dice que el cuidado son acciones de asistencia de apoyo y de facilitación a la persona, tiene el objetivo de recuperar su salud o mejorarla, basada en la efectividad, porque “no puede haber curación sin efectividad”

- **Flórense Nightingale**, el cuidado es el servicio a la humanidad, basada en la observación y experiencia, que consiste en poner a la persona enferma o sana en las mejores condiciones posibles a fin de que la naturaleza pueda restablecer o perseverar su salud.
- **Kerouac y Marriner**, cuidado es proceso interpersonal y servicio dirigido a asistir a la persona, familia a fin de prevenir la enfermedad o acomodarse con el sufrimiento, asistir a la persona con objetivo de encontrar un significado a su experiencia y darle esperanza.
- **Trábele**, pensaba que los cuidados proporcionados a los pacientes en estas instituciones carecerían de compasión. Por otro lado al igual que también dice que los cuidado es el proceso de interpersonal y servicios dirigidos a asistir a la persona, familia a fin de prevenir la enfermedad o acomodarse con el sufrimiento, asistir a la persona con objeto de encontrar un significado a su experiencia y darle esperanza.
- **Nola Pender**, desarrolló la idea de que promover una salud óptima sustituye a la prevención de la enfermedad. La teoría de Pender identifica factores cognitivo-perceptivos en el individuo, tales como la importancia de la salud, los beneficios percibidos de los comportamientos que promueven la salud. Estos factores se modifican por características demográficas y biológicas y por interpersonales; así como también por factores de situaciones y comportamientos. Estos ayudan a predecir la participación en la conducta promotora de la salud. La definición individual de salud para lo mismo tiene más importancia que una afirmación general sobre la salud. Una de las principales premisas de la teoría de Pender es que la salud, como estado

positivo de alto nivel, se asume como objetivo hacia el cual se esfuerza un individuo.

- **Madeleine Leininger**, el cuidado son fenómenos abstractos y concretos relacionados con las actividades de asistencia, acciones y actividades dirigidas a la asistencia, el apoyo o capacitación de otras personas o grupos. Los cuidados culturales se basan en valores y creencias y modos de vida aprendidos y transmitidos.
- **Cuidado Humano**, según Boff sin cuidado los seres humanos no podrían ser tal; es algo innato al ser humano desde sus orígenes y están inmersos en su cultura. Según Leininger, cada persona, grupo o subgrupo tiene sus propias prácticas, creencias, valores y tradiciones. No es posible pretender homogenizar el cuidado y pensar que los de una cultura sean válidos para las demás. Leininger, insta a buscar, descubrir, comprender e interpretar las circunstancias del comportamiento de las personas en torno al cuidado.
- **Dorotea Orem**, define su modelo como una teoría general de enfermería que se compone de otras tres relacionadas entre si:

Teoría del Autocuidado: En la que explica el concepto de autocuidado como una contribución constante del individuo a su propia existencia: “el autocuidado es una actividad aprendida por los individuos, orientada hacia un objetivo. Es una conducta que existe en situaciones concretas de la vida, dirigida por las personas sobre sí mismas, hacia los demás o hacia el entorno, para regular los factores que afectan a su propio desarrollo y funcionamiento en beneficio de su vida, salud o bienestar”.

Teoría del déficit del autocuidado: En la que describe y explica las causas que pueden provocar dicho déficit. Las personas sometidas a limitaciones a causa de su salud o relaciones con ella, no pueden asumir el autocuidado o el cuidado dependiente.

Teoría de los sistemas de Enfermería: La manera en que el profesional de Enfermería puede y debe atender a los individuos, identificando tres tipos de sistemas. El profesional de Enfermería proporciona autocuidado, actúa

ayudando a las personas para que sean capaces de realizar las actividades de autocuidado; pero que no podrían hacer sin esta ayuda.

Orem define el objetivo de Enfermería como: ayudar al individuo a llevar a cabo y mantener por si mismo acciones de autocuidado para conservar la salud y la vida, recuperarse de la enfermedad y/o afrontar las consecuencias de dicha enfermedad.

El concepto de autocuidado refuerza la participación activa de las personas en el cuidado de su salud, como responsables de decisiones que condicionan su situación, coincidiendo de lleno con la finalidad de la promoción de la salud. Hace necesaria la individualización de los cuidados y la implicación de los usuarios en el propio plan de cuidados y otorga protagonismo al sistema de preferencias del sujeto. **Tafur, L. 2010,**

2.2. CUIDADOS DE ENFERMERÍA A LA FAMILIA.

2.2.1 FAMILIA:

La familia es un grupo social básico creado por vínculos de parentesco o matrimonio presente en todas las sociedades. Idealmente, proporciona a sus miembros protección, compañía, seguridad y socialización. Ya que la familia puede definirse biológicamente, legalmente o como una red social o lazos e ideologías personales. La familia puede incluir solo a personas relacionadas con el matrimonio, el nacimiento de un niño o una adopción. Para otros puede incluirse hijos, tías, amigos íntimos, personas en cohabitación e incluso pueden considerarse a los animales de compañía como familia. Así mismo también la familia tiene estructuras y funciones diversas que difieren en los distintos países y culturas. Esta rica variedad de las estructuras familiares es consecuencia de opciones individuales y de valores sociales. Para ser eficaces, las enfermeras deben entender los conceptos y las funciones de la familia.

Las estructuras y funciones familiares cambian y se adaptan constantemente a las tendencias sociales y del ambiente exterior. Sin embargo, cualesquiera que sean los cambios, el concepto de familia sobrevive como unidad social importante en casi todas las sociedades. La enfermería de familia tiene por objetivo trabajar con todo tipo de familias y con los miembros individuales de éstas, para promover la salud, prevenir enfermedad y dispensar servicios de curación, atención y rehabilitación. Las enfermeras trabajan con las familias. Asimismo también los esposos, contribuyen, y se ayudan mutuamente a la propia perfección. La autoeducación en las relaciones de los padres entre sí y con los hijos (mediante el autodomínio y sacrificio de los unos a los otros y de todos por la familia en conjunto); educación que se dan los hijos mutuamente, especialmente en las familias numerosas (los niños aprenden a contar con los demás, sacrificándose en horas de la convivencia); y la tarea educativa de los padres respecto a sus hijos como deber primario e indelegable. Se ha dicho que la formación humana integral de los miembros de la familia es la contribución más importante que la

familia hace a la vida social. Por otra parte, la familia sirve de inspiración, modelos y estímulo para cualquier otro grupo que quiere cumplir la idea societaria. Aun allí donde surjan otras formas de comunidad ideada para suplir las insuficiencias de la familia frente a las características del mundo actual, serán valores familiares de todos los tiempos los que dan aliento a las nuevas estructuras asociativas, y únicamente tendrán verdadero éxito los intentos en cuanto mantengan la felicidad de dicho espíritu. **Ramos, E. 2002**

2.2.2 TIPOS DE FAMILIA

Hoy la sociedad acepta diversos tipos de familia. El término familia puede referirse a personas vinculadas por matrimonio o parentesco.

❖ FAMILIA NUCLEAR O TRADICIONAL.

Esta familia se considera como una unidad autónoma 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. En la sociedad actual, tanto los hombres como las mujeres están menos ligados a los patrones de rol tradicional. Por ejemplo. Los padres podrían estar más comprendidos con las tareas domésticas. **Ramos, E. 2002**

❖ FAMILIAS AMPLIADA O DE ADULTOS SOLTEROS QUE VIVEN SOLOS.

Los individuos que viven por sí mismos representan una parte importante de la sociedad actual. Los solteros comprenden a los adultos jóvenes independizados que recientemente han dejado la familia nuclear, y los adultos mayores que viven solos. Los adultos mayores se encuentran solos por un divorcio, una separación o la muerte de un cónyuge. Los adultos solteros frecuentemente mantienen contacto con otros miembros de la familia por ejemplo. Padres, hermanos, hijos adultos y nietos. **Ramos, E. 2002**

❖ **FAMILIA CON UN SOLO PROGENITOR O MONOPARENTAL.**

Actualmente se calcula que más de 50% de los niños norteamericanos viven en un hogar monoparental. Hay muchas razones entre ellas, la muerte de un conyugue la separación, el divorcio, o por la adaptación de un niño por un hombre o por una mujer soltera. Cerca del 90% de las familias monoparentales esta encabezada por una mujer. **Ramos, E. 2002**

❖ **FAMILIA MIXTA O MEZCLADA.**

Se conoce como familia mezclada (o reconstituidas) a aquellas unidades familiares que se unen para formar nuevas familias. Las familias con hijos que viven con un padre natural y no natural se denominan común mente familias de madrastra o padrastro. La integración familiar requiere tiempo y esfuerzo. Surgen tensiones cuando las familias mezclada van conociéndose entre si, respetando sus diferencias y estableciendo los patrones de conducta. Así mismo encontramos otros tipos de familia como: **Ramos, E. 2002**

❖ **FAMILIA DE DOS CARRERAS.**

En la familia de dos carreras, (o carrera dual), trabajan tanto el esposo como la esposa, pueden o no tener hijos. Esta familia ha aumentado de forma constante desde los años sesenta debido a las mayores pasividades de carrera profesional para las mujeres, a un deseo de elevar el nivel de vida y a necesidades económicas. **Ramos, E. 2002**

❖ **FAMILIA ADOLESCENTE.**

Cada año nace una mayor proporción de niños de padres adolescentes. Estos jóvenes padres están mal preparados evolutiva, física, emocional y económicamente, para asumir la responsabilidad dela paternidad. En embarazo en la adolescencia interrumpe o detiene, con frecuencia, la educación formal. Los niños nacidos de un adolescente a menudo tienen

un mayor riesgo de problemas sanitarios y sociales, y tiene pocos modelos de rol que les ayuden a salir del círculo de la pobreza. **Ramos, E. 2002**

❖ FAMILIAS COHABITANTES.

Están formadas por individuos o familias no relacionadas que viven bajo el mismo techo. Las razones para la cohabitación pueden ser una necesidad de compañía, un deseo de lograr un sentido de familia, analizar una relación o compromiso, o compartir los gastos y el manejo del hogar. Las familias cohabitantes ilustran la flexibilidad y creatividad de la unidad familiar en cuanto a su adaptación o retos individuales. **Ramos, E. 2002**

2.2.3 FUNCIONES DE LA FAMILIA.

La familia existe para satisfacer las necesidades de sus miembros. Cualquiera que sea su composición, la familia desempeña funciones esenciales, como la transmisión de creencias, tradiciones y valores culturales a la generación siguiente. **Ramos, E. 2002**

❖ FUNCIÓN REPRODUCTORA.

Los seres humanos no pueden vivir aislados, porque el hombre por naturaleza es social y además necesita la unión de otra persona para poder procrear otros seres. **Ramos, E. 2002**

❖ FUNCIÓN PROTECTORA.

La misión de la familia es protegerse, amparándose, defendiéndose, favoreciéndose y respetándose recíprocamente en su identidad física y moral. Es seguridad de los miembros de la familia, protegiéndoles contra las amenazas a su supervivencia, especialmente en lo que respecta a los pequeños, los ancianos y los discapacitados. También se da la prestación de cuidados y apoyo a los miembros de la familia, en la salud y en la enfermedad con mucho amor, y ayuda en las relaciones íntimas. **Ramos, E. 2002**

❖ **FUNCIÓN ECONÓMICA.**

Es la que realizan los padres y aun los hijos, trabajando para ganar el sustento que necesita la familia para satisfacer sus necesidades como; alimentación vivienda, vestido, educación y las necesidades secundarias.

Ramos, E. 2002

❖ **FUNCIÓN EDUCATIVA.**

La educación de los miembros de la familia debe de empezar por el hogar, inculcándose mutuamente los valores morales para que de esta manera estén preparados para integrar a la sociedad y tengan bien definida su personalidad. Y así brindarles una buena educación a los niños. **Ramos, E. 2002**

2.2.4 CUIDADO FAMILIAR.

Las personas habitan sus mundos de formas comprendidas. Cada individuo experimenta la vida a través de las relaciones con los demás tener cuidado de un individuo, por tanto, no puede acontecer aislando a esta persona de su familia. Como enfermera es importante conocer a la familia casi tan bien como se conoce a la propia persona. La familia es un recurso importante. A menudo el éxito de la intervención enfermera depende de la voluntad de la familia de compartir información sobre el cliente, su aceptación y comprensión de los tratamientos, de si las intervenciones encajan bien con las practicas diarias de la familia, y si la familia puede ayudar a ofrecer los tratamientos recomendados. Para los miembros de la familia es crítico asegurar el bienestar del cliente y ayudar a la familia a transformarse en participantes activos. Aunque sean específicos para la familia de clientes con cáncer, a menudo las conductas ofrecen directrices útiles para desarrollar una relación de cuidados con todas las familias. La enfermera empieza una relación aprendiendo quien contribuye la familia del cliente y cual es su papel dentro de la vida del cliente. Demostrando interés por la familia y preocupación por el cliente se crea una sinceridad que permite que se establezca una relación con la familia. **Sánchez, A. 2000.**

❖ CUIDADOS CENTRADOS EN LA FAMILIA.

En los cuidados centrados a la familia el objetivo, de la enfermera debe ser ayudar a la familia a alcanzar un punto de función óptima según los recursos, capacidades y deseo de salud de la familia. Por otro lado la práctica enfermera mejora con un planteamiento centrado en la familia. Una vez que la enfermera ha establecido una relación con la familia es importante identificar que las posibilidades y los recursos externos para que puedan llevarse a cabo los planteamientos efectivos de los cuidados enfermeros. Cualquier plan de cuidados debe ser comprendido claramente por la familia y deben estar de acuerdo todos sus miembros. Cualquiera que sean los objetivos que la enfermera establezca en el cuidado debe ser concreto y realista, coincidir con la etapa de desarrollo de la familia y ser aceptables con todos sus miembros. La enfermera debe colaborar estrechamente con todos los miembros apropiados de la familia para determinar lo que esperan conseguir respecto a la salud familiar. La colaboración con los miembros de la familia es esencial tanto si el cliente es la familia como si el contexto son los cuidados. Una relación colaboradora positiva se basa en el respeto y confianza mutua. La familia debe sentirse “en situación controlada” tanto como sea posible. Al ofrecer acciones alternativas ya al preguntar a los miembros sus propias ideas y sugerencias, la primera puede contribuir a reducir los sentimientos de impotencia de la familia.

Asimismo cuando la familia se considera como cliente, la enfermera contribuirá a mantener la comunicación entre todos los miembros. Esto asegura que la familia permanezca informada sobre las indicaciones y los progresos de la enfermera para proporcionar atención sanitaria. La enfermera también contribuye que los miembros de la familia utilicen los recursos externos e internos que sean necesarios. Ya que cuando la familia es un contexto, requiere y sus defectos que la enfermera ayude a los miembros a comprender mejor la enfermedad siempre que un miembro que un miembro de la familia enferma, se verán afectados los

hábitos, los rituales y las prácticas diarias de la familia. Por ejemplo. Cuando un cliente regresa al domicilio después de recuperarse de un accidente cerebrovascular, puede existir cambios importantes con respecto al trabajo que realizan los diversos miembros de la familia. **Sánchez, A. 2000.**

❖ **IMPLEMENTACIÓN DE LOS CUIDADOS CENTRADOS EN LA FAMILIA.**

Tanto si el cuidado de un cliente se centra en la familia como contexto o se centra en los cuidados de la familia como cliente, las intervenciones enfermeras deben aumentar las capacidades de los miembros de la familia en ciertas áreas, eliminar obstáculos a la atención sanitaria y realizar intervenciones que la familia que la familia no puede hacer por si misma. La enfermera guía a la familia para resolver los problemas, proporciona servicios prácticos y transmite un sentido de aceptación y atención, escuchando amablemente las preocupaciones y las sugerencias de los miembros de la familia.

Uno de los roles que la enfermera necesitara es proporcionar la información sanitaria precisa sobre el diagnostico, las actividades de los cuidados personales necesarios. Los cuidadores familiares no poseen como conocimiento innato sobre como ser cuidadores. **Sánchez, A. 2000.**

2.2.5 SALUD FAMILIAR.

La salud familiar incluye el funcionamiento de las familias. Cuando la familia alcanza de manera satisfactoria sus objetivos a través de sus funcionamientos adecuados, sus miembros tienden a tener una sensación positiva de ellos mismos y de su familia. Cuando no alcanzan sus objetivos las familias se consideran ineficaces. La salud familiar son los servicios dados por un equipo que cuide la promoción, prevención, tratamiento y rehabilitación de todos los individuos que componen la familia a lo largo de sus respectivos actos vitales. La salud de la familia esta influida por su posesión relativa en la sociedad. La función y la salud de cualquier familia

son el reflejo y el resultado de muchas variables .estas variables incluyen la clase social los recursos económicos y el contexto racial y étnico. Una buena salud puede no valorarse favorablemente. De hecho pueden aceptarse practicas perjudiciales en algunos casos .un miembro de la familia puede proporcionar mensajes contradictorios sobre la salud. Por ejemplo. Un padre puede continuar fumando mientras dice en forma contundente a sus hijos que fumar es malo para ellos. El entorno familiar crucial que una conducta sanitaria estimulada precozmente tiene una gran influencia en las prácticas sanitarias tardías. **Sánchez, A. 2000.**

2.2.6 CICLO FAMILIAR.

El ciclo de vida familiar es un proceso natural. Que fue descubierto en forma circunstancial. Sobre esta base se descubrió las etapas de vida de una familia, considerando que esta atraviesa por cuatro etapas de desarrollo, estas son: Génesis. Iniciación. Desarrollo, extinción; entre las que ocurre el noviazgo, formación de la pareja, nacimiento de los hijos, escolaridad de los hijos adolescencia luego viene la separación de los hijos. La vejez y finalmente la muerte. Por otro lado Dubai, utilizo cuatro criterios para determinar esquemáticamente las fases por las que atraviesa una familia.

- ✓ Presencia o ausencia de hijos.
- ✓ Edad del hijo mayor.
- ✓ Nivel educacional del hijo mayor.
- ✓ Combinación de edad y estado de la pareja. Asimismo Dubai, también considera que un ciclo familiar ocurre ocho fase o etapas que son las siguientes: **Sánchez, A. 2000.**

❖ FORMACIÓN DE LA PAREJA:

Dura aproximadamente dos años, en ella la pareja se relaciona cuando aun no han llegado los hijos, se inicia desde el enamoramiento, el noviazgo, el matrimonio, la luna de miel, etapas muy importantes para considerar a la pareja y consecuentemente a la familia. **Sánchez, A. 2000.**

❖ **CRIANZA INICIAL DE LOS HIJOS:**

Abarca desde el nacimiento de los hijos hasta los 2 ½ años del primer hijo. **Sánchez, A. 2000.**

❖ **FAMILIA CON HIJOS PREESCOLARES:**

Llega hasta que el hijo mayor tiene 6 años. **Sánchez, A. 2000.**

❖ **FAMILIA CON HIJOS ESCOLARES:**

Hasta los 13 años del hijo mayor, se pone a prueba el proceso de crianza y socialización de los hijos. **Sánchez, A. 2000.**

❖ **FAMILIA CON HIJOS ADOLESCENTES:**

Hasta los 20 años del hijo mayor, en esta etapa se da el choque generacional. **Sánchez, A. 2000.**

❖ **FAMILIA PORTA – AVIONES O PLATAFORMA DE LANZAMIENTO:**

Llega hasta que el último hijo abandona la casa, aquí se produce el síndrome de nido vacío, cuando los padres se van quedando solos, determinando cambios significativos en la familia. **Sánchez, A. 2000.**

❖ **FAMILIA DE EDAD MEDIA:**

Tiene hijos con sus propias familias y llega hasta el fin del período laboral activo de uno o ambos miembros de la pareja. **Sánchez, A. 2000.**

❖ **FAMILIA ANCIANA:**

Dura hasta la muerte de ambos miembros de la pareja. Como se puede deducir el proceso de desarrollo de una familia influye en las experiencias de salud y enfermedad de sus miembros, por lo cual es muy importante realizar este análisis, cuando se orientan los cuidados a las personas, ya sea en forma individual o como integrantes de una familia. El estudio de la familia nos muestra que la salud física y mental de las personas protegida por las redes de apoyo, formadas por los sujetos que los rodean; y la familia es el sistema de apoyo social por excelencia; su cercanía y afinidad biopsicológica lo hace especialmente apto para protegerla en

situaciones difíciles, por el contrario la disfunción familiar hace a sus miembros mucho más vulnerables al enfrentar crisis relacionadas con la enfermedad, conflictos interpersonales y de otra índole. **Sánchez, A. 2000.**

2.3. PROMOCIÓN DE LA SALUD.

2.3.1. CONCEPTO DE PROMOCIÓN DE LA SALUD

Para entender la promoción de la salud es necesario partir de algunas consideraciones generales sobre los alcances del concepto de salud. Cuando se alude al concepto de salud vigente, se asigna importancia a los diferentes determinantes de tipo biológico, social, ecológico y de servicios, por considerar que la dinámica que generan, en su estrecha interrelación, es la que finalmente determina la situación de salud en nuestra sociedad. **Solano, A. 2010**

De esa manera se asume que, si bien es cierto la atención de la enfermedad tiene relevancia, especialmente en términos de productividad y de significado para quien recupera la salud, conlleva una serie de limitantes significativas que hacen cuestionar su capacidad de respuesta a la situación actual de la salud de la población y a su valor por encima de la prevención de la enfermedad y la promoción de la salud. Algunas de esas limitantes se expresan en: altos costos económicos y humanos de problemas cada vez más complejos, dificultades para adquirir medicamentos y equipos sofisticados, inexistencia de medicamentos para curar enfermedades que afectan a grandes grupos y que podrían evitarse pero que están asociadas a actitudes y prácticas de la población, grandes desigualdades de salud especialmente en los grupos sociales más desfavorecidos y el agotamiento de la efectividad del modelo de atención directa, en relación con la magnitud y calidad de los problemas de salud. **Solano, A. 2010**

Por otra parte, se asume también, que el peso de las acciones en salud debe orientarse por la concepción que privilegia la salud como fuente de riqueza de la vida cotidiana y por lo tanto hacia la creación y producción de salud, es

decir, a un concepto de "ganancia en salud". Se visualiza a la salud pública ampliando su campo de acción hacia la promoción y creación de condiciones propicias para la salud, o sea, vinculada a las condiciones de bienestar y desarrollo humanos. **Solano, A. 2010**

Esta situación ha ido adquiriendo fuerza y con el convencimiento paulatino de los principios discutidos en la Carta de Ottawa, emitida en 1986, dirigida a la consecución del objetivo " Salud para todos en el año 2 000", de que las condiciones y requisitos para la salud son: la paz, la educación, la vivienda, la alimentación., la renta, un ecosistema estable, la justicia social y la equidad. **Solano, A. 2010**

Esta carta define que la Promoción de la Salud consiste en proporcionar a los pueblos los medios necesarios para mejorar su salud y ejercer un mayor control sobre la misma, entendiendo a la salud como fuente de riqueza de la vida cotidiana, como un concepto positivo que acentúa los recursos sociales y personales así como las aptitudes físicas. Su acción se dirige a reducir las diferencias en el estado actual de la salud y a asegurar la igualdad de oportunidades, **Carta de Ottawa, 1986.**

2.3.2. PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LA ENFERMEDAD.

Por la estrecha relación que tiene con el concepto de prevención, es muy frecuente que la promoción de la salud se confunda con este concepto o se le asemeje. Existe inconsistencia en estas apreciaciones; la prevención también empieza con personas que están sanas. Además la promoción de la salud se interesa más allá de los estilos de vida; ella incluye como dijo Sigerist, "un nivel adecuado de vida, buenas condiciones de trabajo, educación, actividad física, descanso y recreación". **Solano, A. 2010**

A pesar de que la frontera entre estos conceptos es difícil de determinar en la práctica diaria, cuando se realizan acciones para evitar que se produzca determinada enfermedad, se está haciendo prevención. El desarrollo de acciones orientadas a causar impacto en las condiciones sociales de la

población o en su bienestar general, sin actuar en función de enfermedades concretas sino más bien por la salud positiva, es en esencia la promoción de la salud. Sencillamente es promover salud, teniendo claro que también, de ésta manera, se previene la enfermedad. **Solano, A. 2010**

En el cuadro siguiente se esquematiza la diferencias entre promoción de la salud y prevención de las enfermedades.

CUADRO N° 01, DIFERENCIAS ENTRE PROMOCIÓN DE LA SALUD Y PREVENCIÓN DE LA SALUD.

CATEGORIA	PROMOCIÓN DE LA SALUD	PREVENCIÓN DE ENFERMEDADES
Concepto de salud.	Positivo y multidimensional.	Ausencia de la enfermedad.
Modelo de intervención.	Participativo.	Médico.
Objetivo.	Toda la población en su ambiente total	Principalmente los grupos de alto riesgo.
Incumbencia.	Red de asuntos de salud	Patología específica.
Estrategias.	Diversas y complementarias.	Generalmente única.
Abordajes.	Facilitación y capacitación.	Direccional y persuasivas.
Direccionamiento de las medidas.	Ofrecidas a la población.	Impuesta a grupos objetivo.
Objetivos de los programas.	Cambios en la situación de los individuos y de su ambiente.	Se enfocan principalmente en individuos y grupos de personas.
Ejecutores de los programas.	Organizaciones no profesionales, movimientos sociales, municipales, regionales y nacionales, etc.	Profesionales de la salud.

Fuente: adaptado de Stachtchenko & Jenicek, 1990.

2.3.3. LÍNEAS DE ACCIÓN DE LA PROMOCIÓN DE LA SALUD.

En la Carta de Ottawa se definen las siguientes cinco grandes líneas de acción de la promoción de la Salud: la elaboración de una política pública sana, la creación de ambientes favorables, el reforzamiento de la acción comunitaria, el desarrollo de las aptitudes personales y la reorientación de los servicios sanitarios.

Estas líneas de acción guardan una estrecha relación entre ellas, de ahí que para lograr resultados efectivos en la Promoción de la Salud se debe considerar esa interrelación. Desarrollar acciones con énfasis en conductas individuales, sin buscar transformaciones de las condiciones de vida, lleva a resultados poco efectivos y no sostenibles. Revisemos a continuación en qué consiste cada una de éstas líneas de acción. **Ramos, E. 2002**

❖ La elaboración de políticas públicas y legislación saludables.

La Promoción de la Salud no es una función de la salud pública que concierne exclusivamente al sector salud. Una de las formas claves para lograr que se actúe sobre los determinantes de la salud, es propiciando que los diferentes sectores responsables de definir políticas relacionadas con esos determinantes, la mantengan en su agenda y valoren las consecuencias que pueden tener para la salud de la población. Esto implica que el sector salud esté en contacto permanente y de calidad, con los diferentes sectores. Así, se puede visualizar al ente rector del Sector Salud en constante coordinación con los sectores de Agricultura y Ganadería o el de Vivienda, tratando de darle forma a políticas y legislación en campos como el uso de métodos favorables para la salud en la producción de alimentos, o en el desarrollo de condiciones habitacionales y residenciales que faciliten el desarrollo de las potencialidades de las personas.

Los medios a utilizar para hacer efectiva esta línea de acción son muy variados: legislación, medidas fiscales, cambios organizativos,

definición de políticas con un claro sentido saludable, generación de políticas desde los niveles locales que recuperen la especificidad de las comunidades, entre otros. **Ramos, E. 2002**

❖ **Creación y protección de ambientes saludables**

La estrecha unión y dinámica entre la persona y el ambiente en que ésta se desenvuelve hace que salud y ambiente constituyan dimensiones necesariamente vinculadas y cercanas. Las modificaciones en el medio en que se desenvuelven las personas habitualmente, en el trabajo, en su recreación, afectan de forma significativa su situación de salud. De ahí que las acciones positivas deben estar dirigidas a generar ambientes que produzcan gratificación, estímulo, seguridad y sensaciones agradables. La tendencia actual es la de considerar que el ambiente debe visualizarse desde un punto de vista más amplio, que incorpore el físico, el natural y el producto de las relaciones sociales - interpersonales, afectivas. **Ramos, E. 2002**

❖ **Fortalecimiento de la acción comunitaria.**

La Carta de Ottawa (1986) señala que la Promoción de la Salud radica en la participación efectiva y concreta de la comunidad en la fijación de prioridades, la toma de decisiones y la elaboración y la puesta en marcha de estrategias de planificación para alcanzar un mejor nivel de salud. La fuerza motriz de este proceso proviene del poder real de las comunidades, de la posesión y del control que tengan sobre sus propios empeños y destinos. **Ramos, E. 2002** De acuerdo con la experiencia desarrollada en el país y a las posibilidades que se vislumbran en el contexto actual, son múltiples los medios que se puede utilizar para desarrollar ésta línea de acción:

- El fortalecimiento de procesos participativos en los que se involucren instituciones públicas, organizaciones no gubernamentales, empresa privada, organizaciones comunitarias y líderes comunales. Este tipo de procesos requieren de la definición y

ejecución de espacios de capacitación de los diferentes actores sociales participantes, de manera que se conozcan los mecanismos de integración, el manejo del poder y el valor de una participación que permita desarrollar los diferentes puntos de vista y las agendas de cada uno.

- El fortalecimiento de organizaciones representativas de la comunidad o de la población que nacen en forma independiente o que se han desligado de las instituciones.
- El fortalecimiento de las redes de organizaciones, que van surgiendo como una necesidad de apoyarse en el desarrollo de sus acciones y de intercambiar experiencias.
- El impulso y apoyo a organizaciones comunales contraloras de la gestión pública y de las iniciativas privada que tienen ingerencia en la salud.
- El apoyo e impulso de iniciativas variadas tendientes a que no sólo se reconozcan los derechos sino que se ejerzan.

Ramos, E. 2002

❖ **Fortalecimiento de las potencialidades individuales y colectivas.**

Esta línea de acción privilegia la información, la educación sanitaria y la modificación positiva de actitudes indispensables para vivir en forma saludable, de tal manera que se favorezca el desarrollo personal y social.

Personas informadas, con educación sanitaria y en procesos de perfeccionamiento de actitudes para la vida, tienen mayores posibilidades de optar por aquello que propicie la salud. Constituye un

insumo básico para apoyar la generación de relaciones primarias, relaciones sociales y valores, según las aspiraciones antes señaladas en la línea de acción de ambientes saludables.

La información disponible en los diferentes medios o espacios de acción de los seres humanos, les proporciona herramientas para ejercer algún control sobre su propia salud y sobre el ambiente en que se desenvuelve.

Ramos, E. 2002

❖ **Reorientación de los servicios de salud.**

No es posible tener resultados positivos en salud a no ser que exista un compromiso de invertir en la salud total del individuo y de la comunidad. Este compromiso debe reflejarse a través de una gama balanceada y comprensible de prestaciones de servicios, que incluya una intervención rápida, mantención de la salud, educación en salud, prevención de enfermedades y protección de la salud. **Ramos, E. 2002**

Hacer efectiva la reorientación de los servicios de salud implica, entre otros elementos, que:

- a. Se asignen recursos hacia aquellas actividades generadas en la comunidad que privilegien la promoción y la protección de la salud;
- b. Se dé la máxima apertura a la participación de la organización comunal existente, especialmente de aquella surgida a partir de sus propias necesidades;
- c. Se fortalezcan los procesos de descentralización favorecedores de la toma de decisiones a nivel local;
- d. Los trabajadores de la salud cuenten con una base de conocimientos y actitudes que favorezcan el desarrollo de la promoción de la salud.

2.3.4. HERRAMIENTAS FUNDAMENTALES.

Las líneas de acción revisadas anteriormente pueden ser desarrolladas mediante la puesta en práctica de herramientas básicas como: participación social, educación para la salud, mercadotecnia, intersectorialidad y construcción de alianzas. Especialmente si se utilizan en forma interrelacionada. Revisaremos a continuación en qué consisten estas herramientas: **Ramos, E. 2002**

❖ Participación Social.

Tanto individualmente como en forma colectiva, mediante participación directa o por representación, la población está llamada a actuar sobre los determinantes de la salud, a producir salud en sus propios términos, derivados de sus condiciones de existencia y su relación con el entorno.

Idealmente, esta herramienta implica acciones que van desde el intentar arraigar una cultura participativa, centrada en el ejercicio de derechos y deberes ciudadanos hasta enriquecer la participación desde espacios institucionales.

❖ Educación para la Salud.

La educación para la salud es un proceso permanente y reflexivo de cambios favorables en los conocimientos, actitudes y prácticas de individuos, que tiene como finalidad el desarrollo de un nivel óptimo en el estilo de vida y el mantenimiento autogestionario de la salud personal, familiar y comunitaria.

Es una herramienta que aporta insumos para el desarrollo de las diferentes líneas de acción de la promoción de la salud. Encuentra su desarrollo en espacios como la educación no formal y la educación formal. Ello implica la utilización de métodos y técnicas novedosas que promuevan al máximo el desarrollo de las potencialidades de las personas y les proporcione herramientas para ejercer derechos y su papel protagónico en la construcción de una sociedad saludable.

Como herramienta, aporta métodos e instrumentos novedosos y efectivos, especialmente en procesos donde se requiere no sólo personas informadas sino con importantes avances en cambios de actitudes y prácticas. Es decir, donde no solamente dispongan de información sino que vivan realmente un proceso de enseñanza-aprendizaje.

❖ **Mercadotecnia social.**

La mercadotecnia social persigue la modificación de conductas utilizando la promoción de ideas y de prácticas sociales. Contribuye a la promoción de la salud mediante la utilización de algunas de sus técnicas, para concienciar, educar o capacitar y motivar tanto al mercado poblacional, como al intra organizacional, sea público o privado. Su papel es "muy relevante ya que sus técnicas de investigación de mercado y administración de recursos permiten, por una parte, conocer la percepción de necesidades y la actitud poblacional hacia ellas, y por otra, instrumentar adecuadamente aquellas acciones y programas promocionales, que optimicen la integración del individuo, su comunidad y, finalmente, todos los sectores de la sociedad, en una búsqueda ordenada y conjunta de mejores condiciones de vida.

❖ **Intersectorialidad:**

A pesar de los efectos positivos innegables que tiene el trabajo intersectorial coordinado y concertado, en la práctica son muchas las debilidades que muestra.

Esto no quiere decir que el esfuerzo esté agotado, más bien, cada vez se prestan más las condiciones del contexto y las demandas de la sociedad para hacer efectiva esta potente herramienta. Un trabajo coordinado, basado en negociación y concertación constante, teniendo como norte el bienestar de la población y aminorando el centralismo en el interés por la propiedad de las parcelas institucionales, es un insumo fundamental para el éxito de la Promoción de la Salud.

❖ **Construcción de alianzas.**

Aliada a la intersectorialidad, como pasos previos a lograrla o como producto de ésta, pero a la vez trascendiéndola hacia otros ámbitos, está la herramienta de la construcción de alianzas. La cantidad y la calidad de alianzas que se pueden generar para hacer promoción de la salud son innumerables. Los diferentes actores sociales (población organizada, líderes comunales, ciudadanos, instituciones públicas y privadas, organizaciones no gubernamentales y empresa privada), tienen un espacio ilimitado de acción, en el que se pueden recrear múltiples formas de aliarse en pro de la salud.

❖ **Abogacía**

Abogar por la salud consiste en la acción de defender, respaldar públicamente, argumentar a favor de, procurar el logro de, para generar la voluntad política y el apoyo material hacia la causa pública de la salud. (Organización Panamericana de la Salud, 1998). Definitivamente la promoción de la salud requiere de la abogacía para posicionarse en un medio que favorece y privilegia el desarrollo de la medicina asistencial. Esta es una tarea a la que están llamados quienes están convencidos de la necesidad de fortalecerla.

2.3.5. LA PROMOCIÓN DE LA SALUD Y EL TRABAJO SOCIAL.

Cuando se ha tenido la experiencia profesional de trabajar en el campo de la salud, vinculado con la curación y la rehabilitación, se vuelve un imperativo volcar los esfuerzos hacia la prevención de la enfermedad y la protección de la salud, bajo el argumento básico de que no se debe esperar a que las personas desarrollen la enfermedad y que es posible, en muchos casos, tomar medidas concretas para evitar su padecimiento y dolor.

Cuando se trabaja como profesional en funciones específicas de esos campos, es posible visualizar con claridad que la acción efectiva debe orientarse hacia dos vertientes básicas, estrechamente relacionadas: la

actuación sobre los determinantes de la salud y el desarrollo de una cultura de la salud que privilegie estilos de vida y comportamientos saludables o constructores de salud.

Para los Trabajadores Sociales que nos hemos desempeñado en este campo, la vivencia nos refuerza con vitalidad la necesidad de actuar en todas las funciones de la Salud Pública, porque todas son necesarias, pero es imprescindible dar más énfasis a las funciones de prevención de la enfermedad, protección de la salud y la promoción de la salud. De ésta manera estamos brindando un aporte a la vida saludable, a mejores oportunidades de desarrollo integral del ser humano y a manejar una mayor calidad de vida, lo que finalmente redundará en un desarrollo de la sociedad más equitativo.

Analizando las cinco líneas de acción y las herramientas básicas de la Promoción de la Salud, encontramos el campo fértil para desarrollar los postulados de la profesión, los métodos y técnicas de intervención del Trabajo Social, desde los individuales hasta los colectivos, los conocimientos y herramientas de gerencia social, los conocimientos, habilidades y destrezas desarrollados en procesos de negociación, concertación, movilización social, los conocimientos y habilidades en investigación social, su formación basada en la interdisciplinariedad, y muy importante, la formación ética que privilegia al ser humano como ser integral y colectivo. El profesional de Enfermería en el Trabajo Social, encuentra en este espacio, las condiciones ideales para recrear su profesión, en un medio interdisciplinario, intersectorial e inter organizacional, con las consabidas dificultades propias de este tipo de experiencias y espacios. Pero, además, en un medio que privilegia lo positivo, la salud física- emocional y social.

Ramos, E. 2002

2.4. MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD BASADO EN FAMILIA Y COMUNIDAD.

Mejorar el nivel de salud de la población del país y lograr la equidad en el acceso a la atención integral de salud.

2.4.1. ARTICULACIÓN ENTRE LA APS, LA PROMOCIÓN DE LA SALUD Y LA SALUD PÚBLICA.

Para terminar esta primera parte, se concluye que los cambios en la política de salud, expresados a través de las estrategias Aseguramiento Universal en Salud, Descentralización en Salud y el Fortalecimiento del Primer Nivel de Atención, así como el cambio en la concepción de la salud como resultado de sus determinantes sociales, obligan a revisar el MAIS, a fin que se permita ofrecer intervenciones en promoción, prevención, recuperación y rehabilitación en salud; y se integre y articule en los tres niveles de atención. A ello debe incluirse el aporte del concepto de APS-R como el marco de principios y valores a los cuales debe responder el MAIS actualizado y como referente para establecer los contenidos del modelo propuesto por el Ministerio de Salud. **Ministerio de Salud, 2011**

2.4.2. MARCO CONCEPTUAL DEL MODELO DE ATENCIÓN INTEGRAL DE SALUD BASADO EN FAMILIA Y COMUNIDAD

La *salud* y la *enfermedad* son conceptos relativos que a lo largo de la historia han sido percibidos por la sociedad de formas distintas y que siempre han sido influidas por variables sociales, culturales, económicas y políticas en un determinado momento histórico. Por consiguiente, los Gobiernos han definido sus políticas para atender la salud en respuesta a la forma en que ha sido entendida. En 1946, la carta de constitución de la Organización Mundial de la Salud (OMS) definió salud como “(...) *el estado de completo bienestar físico, mental, espiritual, emocional y social, y no solamente la ausencia de afecciones o enfermedades*”. Esta definición de carácter holístico consideraba que había buena salud sólo si todas las necesidades

fundamentales de las personas estuviesen cubiertas: afectivas, sanitarias, nutricionales, sociales y culturales. Ello se complementaba con el modelo conceptual de la salud-enfermedad, denominado “triada ecológica de la salud”, el cual dominó durante gran parte del siglo XX, y definía la salud como el resultado del equilibrio entre el agente, el huésped y el medioambiente⁸. Este modelo explicaba por qué se enfermaba una persona; en términos de la combinación de diversas condiciones, muchas de ellas evitables.

En 1974, con el Informe Lalonde, el papel del individuo en la adopción de prácticas de vida saludable y del autocuidado de su propia salud, al igual que la participación de la sociedad en sus diversas formas, comenzó a recibir otra importancia respecto de la formulación de políticas de salud.

Es así que el entorno y los factores sociales como determinantes de la salud fueron ganando cada vez más importancia, y las actividades de promoción de la salud que no dependían de los establecimientos adquirieron mayor relevancia. La mejoría de la salud de la población, en general, y la promoción de su salud, en particular, comenzaron a incluir en sus contenidos el reforzamiento de la acción comunitaria para abordar los determinantes sociales de la salud. Ello implicaba diseñar e implementar programas para fortalecer las familias; hacer de las comunidades espacios para una adecuada interacción social sobre la base de la tolerancia social; promover la participación activa y organizada de la población en asociaciones orientadas a la superación y no sólo a la sobrevivencia; y crear una cultura sanitaria, política y social basada en reciprocidad y confianza.

Entre los años ochenta a los noventa, la salud -como categoría individual y social- pasó a entenderse como el producto de las estrategias y las acciones de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación que realizan los individuos, las familias, los grupos sociales y el conjunto de la sociedad, para desarrollar y mantener la integridad y las capacidades de las personas y las poblaciones. Este cambio en la concepción de la salud influyó en la búsqueda de formas participativas de ofrecer servicios de salud, en los que la

población local colabora en actividades de planificación, ejecución y evaluación; ejecutadas por el personal de los establecimientos de salud.

A partir del nuevo siglo, como parte de los nuevos enfoques en salud, se apunta a que todos los actores sociales, incluso las autoridades, el sector privado, la población y los servicios de salud, contribuyan a construir colectivamente una cultura de salud orientada al desarrollo de prácticas de autocuidado, la organización de estilos de vida saludables y al logro de una población empoderada, capaz de ejercer control sobre los determinantes de salud. Estos avances, aunque incipientes, son parte de un movimiento que ha logrado un importante consenso mundial en la aprobada Carta de Bangkok⁹ (OMS, 2005). Actualmente, la salud es considerada parte integrante del desarrollo social, por su impacto en la capacidad del trabajo humano, y tiene como objeto mejorar la calidad de vida del ser humano. **Ministerio de Salud, 2011**

2.4.3. LOS DETERMINANTES SOCIALES DE LA SALUD

Sin embargo, en el análisis de la situación de salud de la población hay que tener claro que los determinantes sociales de la salud, a su vez, dependen de *la realidad socioeconómica de la población, y del rol del Estado respecto de la salud en el país.*

La realidad socioeconómica de la población tiene directa relación con los determinantes estructurales (vinculadas con la posición social, educación, ocupación, ingreso económico, género y la etnia o raza) que, a su vez, influyen en los determinantes intermediarios. Es de ello que dependen las condiciones y los estilos de vida, el acceso a servicios públicos, la capacidad adquisitiva de la población, las oportunidades y condiciones laborales, la contaminación del ambiente, entre otras. Los estilos de vida son reflejo de la educación y cultura, y estos son directamente influidos por la accesibilidad (o inaccesibilidad) a la educación (y a la calidad de la misma), y por la incorporación de estilos de vida que modifican los patrones culturales que no contribuyen a la salud. Incluso los aspectos biológicos como la etnia o la

raza terminan comportándose como determinantes sociales, ya que ello se vincula con las posibilidades de acceder o no a mejores condiciones nutricionales, a tener un mejor sistema inmunológico, o mejor capacidad de aprendizaje, entre otras.

El Rol del Estado respecto a la salud en el país, ya que es el Estado el que directamente determina el contexto socioeconómico y político, la gobernanza, las políticas macroeconómicas, sociales, laborales y, por supuesto, las sanitarias. Ese rol refleja la posición política del Estado y del gobierno en sus tres niveles: nacional, regional y local, para dar prioridad al objetivo de asegurar la equidad social y de promover el desarrollo humano, la redistribución de recursos y riqueza; y de generar el desarrollo social. Ese rol del Estado influye además en los determinantes estructurales y los determinantes intermediarios (en particular, en el sistema de atención de salud; y, en especial, en el subsistema público). **Ministerio de Salud, 2011**

2.4.4. Rol y organizaciones que son parte de las dimensiones política y operativa en el Modelo de Atención Integral de Salud basado en Familia y Comunidad

Tanto el marco técnico nacional como los contenidos de la APS-R proporcionan una lista de principios y valores que rigen la actualización del Modelo de Atención Integral de Salud basado en Familia y Comunidad (MAIS-BFC):

La integralidad es un principio fundamental del Modelo es asumida en diferentes formas:

La integralidad de la atención a la persona: Las personas son reconocidas en su carácter multidimensional como seres biopsicosociales, inmersos en un complejo sistema de relaciones políticas, sociales, culturales y eco biológicas. La atención de salud no se reduce a la atención de enfermedades motivo de consulta en los establecimientos de salud, sino que aborda las diversas necesidades de salud de las personas en cada etapa de su vida (niñez, adolescencia, juventud, adultez, senectud), sean hombres o mujeres, desde la fecundación hasta la muerte.

La integralidad de los espacios de atención: la inclusión de la familia y la comunidad como objetos de la atención.

La *familia* es el *ámbito privilegiado* donde la persona nace, crece, se forma y se desarrolla. Es la institución fundamental para la vida de toda sociedad. Por eso, en el campo de la salud, la familia se constituye en la unidad básica de salud, en la cual sus miembros “tienen el compromiso de nutrirse emocional y físicamente compartiendo recursos como tiempo, espacio y dinero”, por lo tanto, a ella se debe dirigir la atención para mejorar la salud de la población del país. La comunidad y el ambiente forman parte intrínseca de la realidad de las personas y la familia. Por ello, el abordaje de la atención debe integrar todos estos aspectos. Además, constituye un escenario privilegiado para la interacción y la integración de las personas y la familia. La integralidad supone también que las intervenciones incluyan la *promoción de la salud, prevención, recuperación y rehabilitación de los daños*; por eso, la integralidad de la atención requiere el trabajo de equipos multidisciplinarios (equipos de salud que cuentan con varios tipos de profesionales) y polifuncionales (profesionales que son capaces de desarrollar capacidades nuevas y asumir tareas y retos distintos). **Ministerio de Salud, 2011**

2.4.5. Configuración del Modelo de Atención Integral Basado en Familia y Comunidad

Los paquetes de atención integral de salud que cubren un conjunto de necesidades específicas para cada espacio-objetivo son:

- a. **Paquete de atención integral a la persona:** Constituye la oferta de actividades de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación para la atención de las necesidades por etapas de vida de la persona. Ofrecen cuidados esenciales para el niño, adolescente, joven, adulto y adulto mayor.

- b. Paquete de atención integral a la familia:** Constituye la oferta de actividades de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación para la atención de las necesidades de la familia por etapas del ciclo vital familiar. Ofrecen cuidados esenciales para la familia en formación, en expansión, en dispersión y en contracción.
- c. Intervenciones en la comunidad:** Constituye la oferta de actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, que están orientadas a atender las necesidades de salud de la comunidad en sus diferentes escenarios: instituciones educativas, centros laborales, redes sociales y otros. Ofrecen intervenciones sanitarias para el desarrollo de comunidades con entornos saludables.

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. El abordaje de los determinantes sociales de la salud es a través de la intersectorialidad y la participación ciudadana, individual y colectiva. En este eje, la intervención sobre los determinantes sociales de la salud está a cargo del gobierno nacional, los gobiernos regionales y locales 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 en los niveles de gobierno regional y local.

Ministerio de Salud, 2011

2.5. PROGRAMA SOCIAL VASO DE LECHE EN EL PERÚ.

El Programa del Vaso de Leche es un programa social creado para proveer apoyo en la alimentación a través de la entrega de una ración diaria de alimentos a una población considerada vulnerable, con el objetivo de ayudarla a superar la inseguridad alimentaria en la que se encuentra.

2.5.1. OBJETIVOS DEL PROGRAMA DEL VASO DE LECHE

Son objetivos del Programa de Vaso de Leche desde su creación:

- ✓ Contribuir a mejorar el nivel nutricional y la calidad de vida de la población beneficiaria.
- ✓ Reducir la mortalidad y la mortandad infantiles.
- ✓ Suministrar diariamente una ración complementaria a los niños entre 0 y 6 años, madres gestantes y lactantes.
- ✓ Estimular el desarrollo de formas de organización comunal en especial de la población femenina que permitan acciones conducentes a elevar el nivel de vida y conciencia.
- ✓ Promoción educativa en salud y nutrición con énfasis en la preservación de la diarrea.
- ✓ Fomento de la demanda de servicios de salud que se prestan a la comunidad.
- ✓ Búsqueda de alternativas de solución al problema alimentario

En la actualidad, se ha reafirmado el objetivo principal del Vaso de leche: la Seguridad Alimentaria, entendida como “el acceso de todos, todo el tiempo, a suficiente alimentos para tener una vida activa y saludable”.

2.5.2. RACIÓN ALIMENTICIA Y POBLACIÓN OBJETIVO

En el artículo 1° de la Ley 24059 se dispone como grupo beneficiario a la población materno-infantil en sus niveles de niños de 0 a 6 años de edad madres gestantes y en período de lactancia, priorizando entre ellos la atención a quienes presenten un estado de desnutrición o se encuentren afectados por tuberculosis.

El programa tiene como meta elevar el nivel nutricional de los beneficiarios y mejorar la calidad de vida de los segmentos más pobres de la población. De acuerdo al marco legal del programa, los principales beneficiarios son los niños menores de 6 años, las mujeres embarazadas y las madres lactantes; aunque de existir recursos disponibles después de haber atendido la totalidad de beneficiarios principales, el programa puede atender a niños entre 7 y 13 años, adultos mayores y enfermos de tuberculosis.

De acuerdo a la variable socioeconómica se debe dar prioridad a las poblaciones que viven en Pueblo Joven, Asentamiento Humano Marginal, barriadas o áreas similares de reciente formación (predominio de esteras, carencia de servicios urbanos básicos).

Asimismo, la ración alimenticia debe estar compuesta por productos de origen nacional al 100%, en aquellas, lo que se requiere, se puede comprar en nuestro país. La ración prioritaria debe ser leche en cualquiera de sus formas u otro producto como: harina de quinua, quiwicha, haba, maca, cebada, avena, arroz, soya y otros productos que contengan un mínimo de 90% de insumos nacionales.

2.5.3. PROBLEMÁTICA ACTUAL DEL VASO DE LECHE

La organización del Programa Vaso de Leche ha fortalecido la participación de las mujeres organizadas, sin embargo, en los últimos años, se han presentado con frecuencia movilizaciones y actos de protesta, para mantener un presupuesto que iba a ser recortado debido principalmente a la corrupción dentro del programa del vaso de leche y a los fines proselitistas para los que en algunas oportunidades se utiliza o ha utilizado el programa. Un estudio realizado en el año 2007, revela que el Programa Vaso de Leche presenta gran desorden en el manejo de padrones de beneficiarios en los municipios. Más aún, de acuerdo a la información registrada en los propios padrones se encontró que (sin considerar el departamento de Lima) el 69% de los beneficiarios del programa eran efectivamente población

considerada como prioritaria por el programa (niños entre 0 y 6 años y madres lactantes y gestantes), mientras que el 17% de los beneficiarios eran población considerada como de segunda prioridad y el 14% restante la constituían personas no contempladas como beneficiarios en el diseño del programa.

El 10% de municipalidades visitadas no disponía de información de beneficiarios por tipo. En el caso del departamento de Lima, 9 de las 20 municipalidades encuestadas no contaban con información acerca de los beneficiarios. Se encontró además que el programa no sólo distribuye leche, ya que en aproximadamente el 20% de los casos se halló distribución de otros productos, principalmente algún tipo de cereal (incluso en algunos casos se distribuye azúcar y chocolate en diciembre).

Desde hace varios años, el presupuesto que el Gobierno destina al Vaso de Leche es de 363 millones de soles por año. Con él se beneficia a tres millones de personas. Sin embargo, un último estudio sobre el programa, culminado este año por el Consorcio de Investigación Económica y Social (CIES), reveló que, del total de beneficiarios, un millón no deberían pertenecer a él, pues no forman parte de su población objetivo: no son niños entre 0 y 13 años, madres gestantes y lactantes, adultos mayores o enfermos de tuberculosis. **GAJATE, G. e ITURREGUI, M. 2003**

III. PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA

3.1. VALORACIÓN:

3.1.1. DATOS DE IDENTIFICACIÓN:

A. **NOMBRE DE LA COMUNIDAD:** Higos Urco – Barrio Tucilla.

B. **TIPO DE COMUNIDAD:** Urbano Marginal

C. **CREACIÓN DEL VASO DE LECHE:** Esta reconocida también por la Municipalidad de Chachapoyas mediante Resolución del Alcaldía N° 067-2003-MPCH de la fecha 19 de marzo del 2003, registrado con el número 019-2003-OSB en el libro de registro de las organizaciones sociales de base de la Municipalidad de Chachapoyas pero esto esta en la actualidad desorganizada.

D. **UBICACIÓN GEOGRÁFICA:**

La comunidad de Higos Urco, pertenece al distrito de Chachapoyas, provincia Chachapoyas, Región Amazonas. El vaso de leche se ubica en el barrio de Tucilla de la comunidad ya mencionada. Las madres y adultos mayores que integran pertenecen a toda la comunidad de Higos Urco.

E. **LÍMITES GEOGRÁFICOS:**

➤ **NORTE:** Comunidad de Taquia.

➤ **SUR:** Distrito de Chachapoyas.

➤ **ESTE:** Comunidad de Levanto y Taquia.

➤ **OESTE:** Carretera que conduce a Rodríguez de Mendoza,

F. **TRANSPORTE:** Terrestre-principalmente automóvil.

G. **ACTIVIDAD LABORAL BÁSICA:** La mayor parte de la población de Higos Urco, se dedica a la agricultura y un porcentaje significativo al comercio.

H. NIVEL SOCIOECONÓMICO: La población presenta un nivel socioeconómico predominante bajo (< de S/.500.00).

I. SANEAMIENTO BÁSICO: Una parte de la población consume agua potable otra parte no; tiene luz eléctrica, desagüe presenta un porcentaje de la población.

Para realizar la valoración en las madres que integran el vaso de leche del barrio de Tuctilla, se elaboró un cuestionario y fue aplicado de la misma manera en la población que integra el vaso de leche. Producto de ello se realizan los cuadros estadísticos.

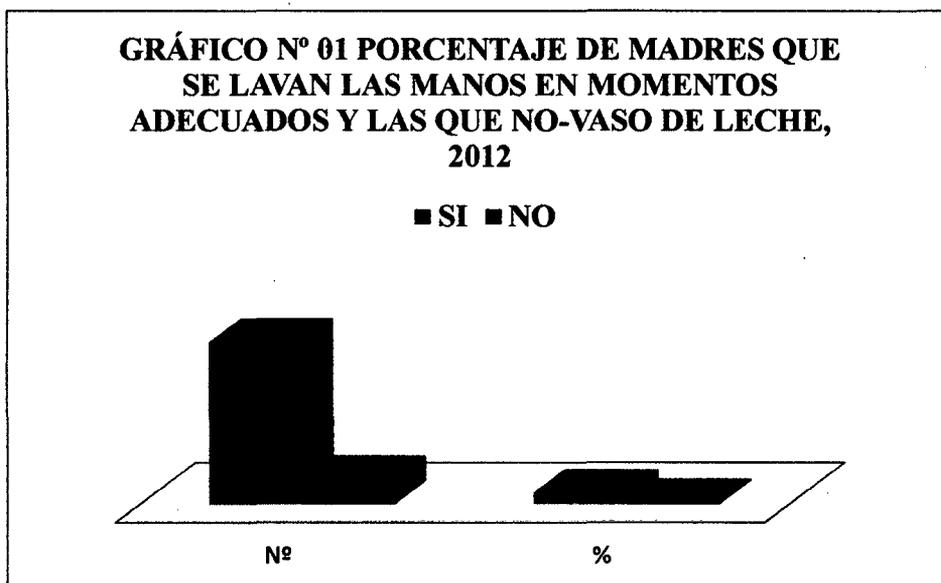
3.1.2. CUADROS ESTADÍSTICOS:

CUADRO N° 01: DISTRIBUCIÓN DE LAS MADRES QUE SE LAVAN LAS MANOS CON RELACIÓN AL MOMENTO INDICADO QUE SE DEBE LAVAR -VASO DE LECHE-TUCTILLA, 2012

SE LAVAN LAS MANOS EN EL MOMENTO ADECUADO	N°	%
SI	13	86.6
NO	02	13.4
TOTAL	15	100

Fuente: Encuesta aplicado a las madres que integran al vaso de leche.

DESCRIPCIÓN: En el cuadro se observa que del total de madres encuestadas, el 86.6% se lavan las manos en los momentos adecuados como: después de salir del baño, antes de comer, antes de preparar los alimentos, etc. Mientras que el 13.4% indica que se lava las manos más no especifica el momento en lo que lo realiza



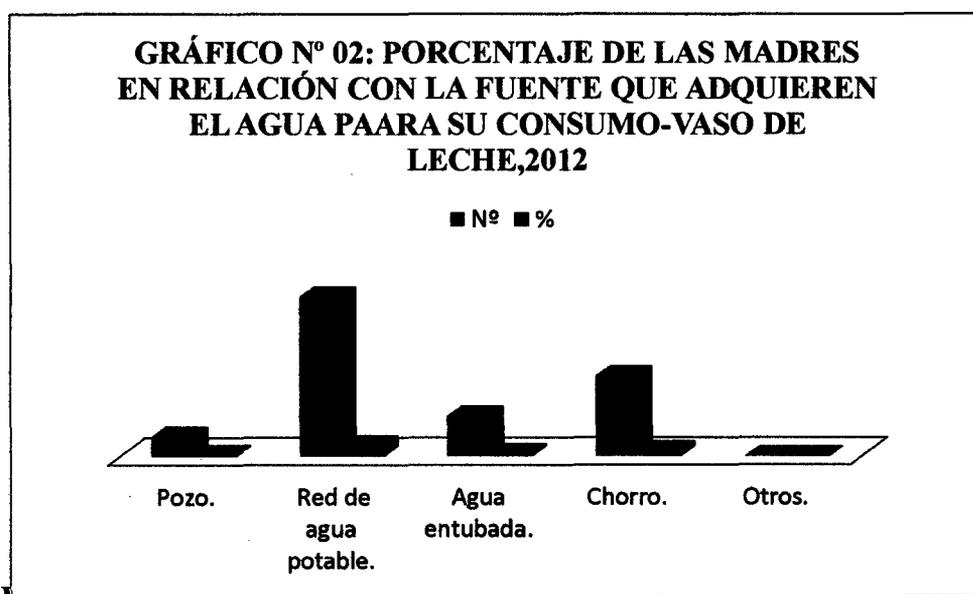
Fuente: Encuesta aplicada a las madres que integran el vaso de leche.

CUADRO N° 02: DISTRIBUCIÓN DE LAS MADRES SEGÚN LA FUENTE QUE ADQUIEREN EL AGUA PARA SU CONSUMO- BARRIO TUCTILLA, 2012.

ADQUISICIÓN DEL AGUA PARA SU CONSUMO	Nº	%
Pozo.	1	6.60
Red de agua potable.	8	53.30
Agua entubada.	2	13.30
Chorro.	4	26.60
Otros.	0	0.00
TOTAL	15	100.00

Fuente: Encuesta aplicada a las madres que integran el vaso de leche.

DESCRIPCIÓN: Se aprecia que el 53.3% del total de encuestados tienen agua potable para su consumo, el 26.6% adquiere agua para su consumo de chorro, el 13.3% consume agua entubada y mientras que 6.6% consume agua de pozo. Esto refleja que alrededor del 46.7% consume agua no potable, constituyéndose un riesgo para la salud de la población.



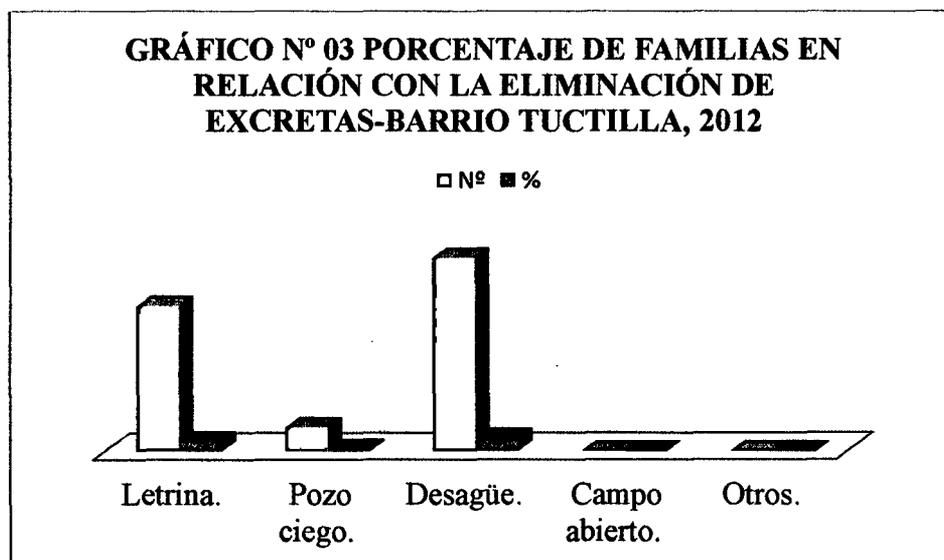
Fuente: Encuesta aplicada a las madres que integran el vaso de leche.

CUADRO N° 03: DISTRIBUCIÓN DE FAMILIAS EN RELACIÓN CON LA ELIMINACIÓN DE SUS EXCRETAS-BARRIO DE TUCTILLA, 2012

LUGAR DONDE ELIMINA SUS EXCRETAS	N°	%
Letrina.	6	40.00
Pozo ciego.	1	6.60
Desagüe.	8	53.30
Campo abierto.	0	0.00
Otros.	0	0.00
TOTAL	15	100.00

Fuente: Encuesta aplicada a las madres que integran el vaso de leche.

DESCRIPCION: En porcentaje de 53.3% de la población encuestada tiene sistema de desagüe, el 40% elimina sus excretas en letrinas y tan solo 6.6% elimina en pozo ciego. Realizando un análisis, se muestra que aún no hay presencia de la autoridad local para mejorar su calidad de vida de las personas.



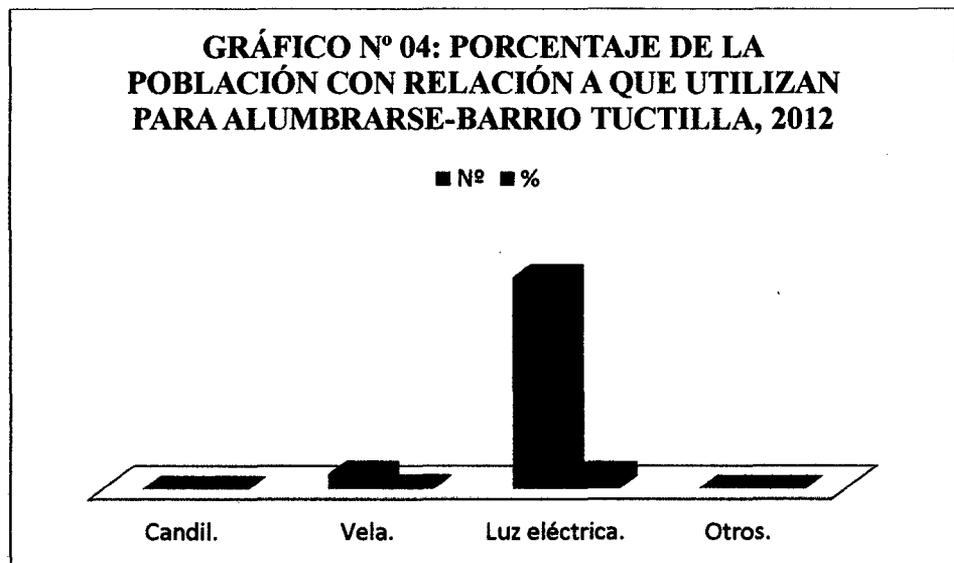
Fuente: Encuesta aplicada a las madres que integran el vaso de leche.

CUADRO N° 04: DISTRIBUCIÓN DE LA POBLACIÓN SEGÚN LA FUENTE QUE UTILIZAN PARA ALUMBRARSE-BARRIO TUCTILLA, 2012

QUE UTILIZA PARA ALUMBRARSE.	N°	%
Candil.	0	0.00
Vela.	1	6.60
Luz eléctrica.	14	93.40
Otros.	0	0.00
TOTAL	15	100.00

Fuente: Encuesta aplicada a las madres que integran el vaso de leche.

DESCRIPCION: La población del barrio de Tuctilla utiliza como fuente para alumbrarse luz eléctrica en un 93.4%, mientras que tan solo el 6.6% utiliza vela para poder alumbrarse. Datos que reflejan el grado de pobreza.



Fuente: Encuesta aplicada a las madres que integran el vaso de leche.

3.2. PROCESO DIAGNÓSTICO:

3.2.1. RECOLECCIÓN DE DATOS:

A. DATOS OBJETIVOS PRIORITARIOS:

- Saneamiento básico inadecuado.
- Estilos de vida inadecuados.

B. DATOS SUBJETIVOS PRIORITARIOS:

- Carencia de cultura preventiva. Refieren las madres “no vienen a capacitarnos”
- Refieren “necesitamos conocer su utilidad de las plantas medicinales”
- Refieren: “tener poca organización dentro del comité de vaso de leche”

3.2.2. CONFRONTACIÓN CON LA LITERATURA:

DATOS RELEVANTES	CONFRONTACIÓN CON LA LITERATURA	FORMULACIÓN DIGNÓSTICA
Saneamiento básico inadecuado.	<p style="text-align: center;"><u>SANEAMIENTO BÁSICO</u></p> <p>Saneamiento básico permite conocer las alternativas más comunes para la identificación y solución de los problemas de saneamiento en las comunidades rurales de difícil acceso, ya que esto condiciona un manejo inadecuado de agua y alimento y una disposición incorrecta de los residuos sólidos y excretas.</p> <p>Atención en el saneamiento Básico significa trabajar en la conservación de la salud de la población y juega</p>	Saneamiento básico inadecuado R/C ausencia de políticas de salud M/P consumo de agua no potable, eliminación inadecuada de residuos sólidos.

	<p>un papel importante en la prevención de las enfermedades diarreicas cuyo origen esta vinculado con deficiencias en la limpieza de las comunidades.</p> <p>Saneamiento Básico es el mejoramiento y la preservación de las condiciones sanitarias óptimas de:</p> <ul style="list-style-type: none">• Fuentes y sistemas de abastecimiento de agua para uso y consumo humano.• Disposición sanitaria de excrementos y orina, ya sean en letrinas o baños.• Manejo sanitario de los residuos sólidos, conocidos como basura.• Control de la fauna nociva, como ratas, cucarachas, pulgas, etc.• Mejoramiento de las condiciones sanitarias y limpieza de la vivienda. <p>En los lugares donde el agua se obtiene de fuentes de abastecimiento desprotegidas, tales como pozos, manantiales, ríos y arroyos, existe la posibilidad de que en ella se deposite</p>	
--	--	--

	<p>polvo, basura, o excremento humano y de animales lo que contamina y por lo que es necesario usar algún método de desinfección. (Silvia Martínez, 2010).</p>	
Estilos saludables deficientes.	<p style="text-align: center;"><u>ESTILOS DE VIDA</u></p> <p>Definidos como los procesos sociales, las tradiciones, los hábitos, conductas y comportamientos de los individuos y grupos de población que conllevan a la satisfacción de las necesidades humanas para alcanzar el bienestar y la vida.</p> <p>Los estilos de vida son determinados de la presencia de factores de riesgo y/o de factores protectores para el bienestar, por lo cual deben ser vistos como un proceso dinámico que no solo se compone de acciones o comportamientos individuales, sino también de acciones de naturaleza social.</p> <p>En esta forma podemos elaborar un listado de estilos de vida saludables o comportamientos saludables o factores protectores de la calidad de vida como prefiero llamarlos, que al asumirlos responsablemente ayudan a prevenir desajustes</p>	Estilos saludables deficientes R/C hábitos, conductas y comportamientos inadecuados de la población M/P imagen corporal inadecuado, medidas de higiene personal ausentes.

	<p>biopsicosociales - espirituales y mantener el bienestar para generar calidad de vida, satisfacción de necesidades y desarrollo humano.</p> <p>Algunos de estos factores protectores o estilos de vida saludables podrían ser:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Tener sentido de vida, objetivos de vida y plan de acción. - Mantener la autoestima, el sentido de pertenencia y la identidad. - Mantener la autodecisión, la autogestión y el deseo de aprender. - Brindar afecto y mantener la integración social y familiar. - Tener satisfacción con la vida. - Promover la convivencia, solidaridad, tolerancia y negociación. - Capacidad de autocuidado. - Seguridad social en salud y control de factores de riesgo como obesidad, vida sedentaria, 	
--	---	--

	<p>tabaquismo, alcoholismo, abuso de medicamentos, estrés, y algunas patologías como hipertensión y diabetes. (DUNCAN, P, 1999)</p>	
<p>Ausencia de la educación para la salud.</p>	<p><u>CULTURA DE PREVENCIÓN</u></p> <p>Educación para la salud son las acciones destinadas a prevenir la enfermedad y a recuperar la salud. Tres tipos de acciones de salud: acciones de promoción, acciones de protección, acciones de recuperación o de rehabilitación. Están destinadas a suprimir o evitar los riesgos que puedan dañar al individuo o que afecten al medio ambiente. Tienen a prevenir las enfermedades y a impedir su desarrollo. Al individuo y al ambiente que lo rodea. (Elizabeth Aguilar, 2010)</p>	<p>Ausencia de la educación para la salud. R/C desconocimiento en temas generales para el cuidado de la salud M/P refieren “nadie viene a capacitarnos”, “necesitamos que vengan a dar charlas”</p>

3.2.3. DIAGNÓSTICOS DE ENFERMERÍA PRIORIZADOS

- ✓ Estilos de vida deficientes R/C hábitos, comportamientos inadecuados de la población M/P en su imagen corporal.
- ✓ Saneamiento básico inadecuado de las viviendas R/C falta de importancia en los integrantes de la familia M/P consumo de agua no potable, eliminación inadecuada de residuos sólidos, etc.
- ✓ Carencia de una cultura de prevención en salud R/C desconocimiento en temas generales para el cuidado de la salud M/P refieren “nadie viene a capacitarnos”, “necesitamos que vengan a dar charlas”

3.3. PLANEAMIENTO:

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	RESULTADO ESPERADO	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTO TEÓRICO
<p>Estilos de vida deficientes R/C hábitos, comportamientos inadecuados de la población M/P en su imagen corporal.</p>	<p>➤ Madres mostrarán mejoría en sus estilos de vida saludable.</p>	<p>➤ Importancia de mantener adecuados estilos saludables.</p> <p>➤ Sesión educativa de Lavados de Manos e Higiene Alimentaria.</p>	<p>➤ Los estilos de vida saludable se refleja en el cuidado que la salud integral de las personas. Es importante porque mantiene una salud adecuada en la población, se puede prevenir muchas enfermedades.</p> <p>➤ Es una técnica que se realiza para eliminar los microorganismos de las manos por arrastre y así poder evitar enfermedades infectocontagiosas como las EDAS.</p> <p>Lavarse las manos, con agua y jabón antes de preparar alimentos y varias veces durante la</p>

		<p>➤ Realizar . re demostración de lavado de manos con participación de las madres.</p>	<p>preparación de los mismos. Siempre lavarse las manos después de ir al baño.</p> <p>Lavar y desinfectar, todas las superficies, utensilios y equipos usados en la preparación de alimentos.</p> <p>Proteger, los alimentos y las áreas de la cocina de insectos, mascotas y de otros animales.</p> <p>➤ La participación de las madres en el proceso de enseñanza permite evaluar si está tiene efecto positivo o negativo en las mismas.</p>
--	--	---	---

DIAGNÓSTICO DE ENFERMERÍA	RESULTADO ESPERADO	INTERVENCIÓN DE ENFERMERÍA	FUNDAMENTO TEÓRICO
<p>Saneamiento básico inadecuado de las viviendas R/C falta de importancia en los integrantes de la familia M/P consumo de agua no potable, eliminación inadecuada de residuos sólidos, etc.</p>	<p>➤ Madres obtendrán medidas alternas para superar el inadecuado saneamiento básico.</p>	<p>➤ Realizar visitas domiciliarias con enfoque integral.</p> <p>➤ Incentivar a consumir agua hervida.</p>	<p>➤ Las visitas domiciliarias nos permiten hacer una valoración real de cada familia e integrante de la misma, por otro lado es fundamental para conocer su cultura, tradición, costumbres y estilos propios. Sumado todos estos beneficios es un acto fundamental para el profesional de Enfermería en su trabajo comunitario.</p> <p>➤ El consumo de agua hervida, suple al consumo de agua potable. Científicamente esta comprobado que el agua al hervir a mayor de 90°C casi en su totalidad los microorganismos pierden su estructura y mueren por ende. Sirve de seguridad para la población y se puede evitar múltiples infecciones.</p>

		<p>➤ Enseñar a seleccionar los residuos solidos (basura).</p>	<p>➤ Los residuos sólidos son materia que queda inservible para las personas; ahora en la actualidad podemos reutilizar estas materias de diversas formas. Los residuos degradables se pueden utilizar en materia de abono para la actividad agrícola. Mientras que los residuos no degradables se puede almacenar en lugar aislado para su venta posteriormente y sea transformado.</p>
--	--	---	--

ANEXO N° 01

COMUNIDAD HIGOS URCO-BARRIO DE TUCTILLA/VASO DE LECHE.

ENCUESTA

Edad:

Estimadas y apreciadas madres de familia a continuación se les presenta una serie de preguntas para lo cual solicitamos leer atentamente y responder con mucha sinceridad y responsabilidad, estaré agradecido de su colaboración.

I.- HIGIENE:

1.- ¿Te bañas diario?

SI () NO ()

2.- ¿Te lavas las manos?

SI () NO ()

3.- ¿En qué momentos se lavas las manos?

.....

5.- ¿Con qué te lavas las manos?

.....

6.- ¿Te cepillas los dientes?

SI () NO ()

7.- ¿Cuántas veces al día te cepillas los dientes?

.....

II.- TIPO DE FAMILIAS.

1.- ¿Vives con tu esposo e hijos?

SI () NO ()

2.- ¿En tu casa viven personas que no es tu familiar?

SI () NO ()

III.- SANEAMIENTO BÁSICO.

1.- ¿De dónde adquiere el agua para su consumo?

- a) Pozo.
- b) Red de agua potable.
- c) Agua entubada.
- d) Chorro.
- e) Otros.

2.- ¿Dónde elimina sus excretas?

- a) Letrina.
- b) Pozo ciego.
- c) Desagüe.
- d) Campo abierto.
- e) Otros.

3.- ¿Con qué se ilumina?

- a) Candil.
- b) Vela.
- c) Luz eléctrica.
- d) Otros.

LO AGREDECEMOS POR SU COLABORACIÓN, MUCHAS GRACIAS.

ANEXO N° 02

PLAN DE SESION EDUCATIVA N° 01

I. DATOS INFORMATIVOS:

- A. **TEMA** : Higiene Alimentaria.
- B. **DIRIGIDO** : “Madres que integran-vaso de leche-Barrio de Tuctilla”
- C. **LUGAR** : Casa de la presidenta del comité de vaso de leche.
- D. **DURACIÓN** : 20min.
- E. **FECHA** : 05 – 07 – 2012.
- F. **HORA** : 4:30pm
- G. **PONENTE** : Bach. Enf. Héber Yóplac Valqui.

II. OBJETIVOS:

GENERAL:

- Mejorar los conocimientos de las madres que integran el vaso de leche sobre higiene y manipulación alimentaria.

ESPECÍFICOS:

- Madres conocerán la importancia de la higiene de los alimentos.
- Culminado el desarrollo del tema madres conocerán las medidas generales de higiene que se debe tener en cuenta para un manejo adecuado de los alimentos.

III. METODOLOGÍA:

- Exposición.
- Diálogo.
- Demostración.

IV. MEDIOS Y MATERIALES:

- Rotafolio.
- Trípticos.

V. RECURSOS:

HUMANOS : Bach. Enf. HÉBER YÓPLAC VALQUI
: Madres que integran el vaso de leche.

VI. MOTIVACIÓN:

La motivación se desarrollará con los participantes de una manera de diálogo referente al tema, experiencias vividas hecho realidad.

VII. CONTENIDO DEL TEMA:

HIGIENE ALIMENTARIA

MANTENER LA HIGIENE

Lavarse las manos, con agua y jabón antes de preparar alimentos y varias veces durante la preparación de los mismos. Siempre lavarse las manos después de ir al baño.

Lavar y desinfectar, todas las superficies, utensilios y equipos usados en la preparación de alimentos.

Proteger, los alimentos y las áreas de la cocina de insectos, mascotas y de otros animales.

Cocinar completamente los alimentos, especialmente carnes, pollos, huevos y pescados.

Hervir los alimentos como sopas y guisos, para asegurarse que ellos alcanzaron 70°C (se recomienda el uso de termómetros). Para carnes rojas y pollos, cuidé que no queden partes rojas en su interior.

Recalentar, completamente la comida cocinada.

MANTENER LOS ALIMENTOS A TEMPERATURAS SEGURAS

No dejar alimentos cocidos a temperatura ambiente por más de 2 horas.

Enfriar, lo más pronto posible los alimentos cocinados y los perecederos (preferentemente por debajo de 5° C).

Mantener, bien caliente la comida lista para servir (por encima de los 60° C).

No guardar, las comidas preparadas por mucho tiempo, ni siquiera en la heladera.

SEPARAR LOS ALIMENTOS CRUDOS DE LOS COCIDOS

Separar, siempre los alimentos crudos de los cocidos y de los listos para consumir.

Para manipular, carnes y otros alimentos crudos, usar equipos y utensilios diferentes, como cuchillas o tablas de cortar.

Conservar, los alimentos en recipientes separados, a fin de evitar el contacto entre los crudos y los cocidos.

USAR AGUA Y ALIMENTOS SEGUROS

Utilizar agua potable, o asegurarse de potabilizarla antes de su consumo.

Seleccionar, alimentos sanos y frescos.

Preferir alimentos ya procesados, tales como la leche pasteurizada, en lugar de la leche cruda.

Lavar, las frutas y las hortalizas en forma minuciosa, especialmente si se consumen crudas.

No consumir, o utilizar alimentos después de su fecha de vencimiento.

VÍAS DE CONTAMINACIÓN DE LOS ALIMENTOS

La higiene alimentaria es, sin lugar a dudas, el factor de calidad fundamental en la salubridad de los alimentos. Su carencia afecta, no solo a una cuestión de gusto o ambiente, sino a lo más importante que el hombre posee, que es su salud. Los alimentos pueden ser vehículo de muchas enfermedades, algunas debidas a sus propias características como las setas venenosas o ciertas bayas silvestres, pero en la mayoría de los casos son originadas por agentes externos.

PELIGROS FÍSICOS

Los peligros físicos llegan a los alimentos de forma accidental o por descuido durante el almacenamiento, elaboración y consumo, a través de: Los insectos y roedores: Son un peligro físico. Si se almacenan los alimentos sin protección, los insectos y roedores aprovechan para comérselos. Suelen dejar sus huellas en forma de pelos, alas, huevos, materias fecales y orina, que se detectan a simple vista o a través de pruebas de laboratorio. Son contaminantes muy desagradables y nocivos, porque generalmente van acompañados de gérmenes que producen enfermedades en el hombre.

PELIGROS QUÍMICOS

Los contaminantes químicos pueden llegar a los alimentos de distintas maneras: Agroquímicos: Son contaminantes químicos los herbicidas, pesticidas, insecticidas y fertilizantes, que se utilizan en el tratamiento de los cultivos vegetales. Se trata de sustancias tóxicas que pueden causar grandes daños a la salud del consumidor. Para reducir la cantidad de herbicidas, plaguicidas e insecticidas, cuando los vegetales se consumen frescos, se deben eliminar las

hojas externas (que son las más expuestas a estos contaminantes), pelar las frutas y lavarlas bien antes de prepararlas.

Utensilios y vajillas: Algunos utensilios y vajillas de cerámica o barro tienen un esmalte interno con gran cantidad de plomo. Es aconsejable asegurarse de que el esmalte utilizado en dichos utensilios es inofensivo y que es seguro para la salud. Los utensilios de cobre se oxidan por la acción del calor y desprende óxido de cobre a los alimentos, que es tóxico para el hombre.

El manipulador: Como ya se ha dicho, no se deben de llevar anillos, pulseras, relojes, ni lacas de uñas, porque además de molestos, contienen metales tóxicos como cobre, hierro y plomo, que pueden desprenderse por el calor o por el mismo desgaste del uso, y contaminan los alimentos que se manipulan. De esta forma, se puede ocasionar un daño a la salud del consumidor a largo plazo. Anillos, pulseras y relojes no son solo contaminantes químicos, sino también físicos.

PELIGROS BIOLÓGICOS

La contaminación biológica es la producida por bacterias, hongos, virus o parásitos. Puede ser directa o indirecta.

La contaminación directa es producida por el manipulador, ocurre durante la preparación, almacenamiento o servicio/venta de los alimentos a través de los gérmenes que lleva el manipulador normalmente en su piel, boca, manos, nariz y/o cabello.

ENFERMEDADES CAUSADAS POR LOS ALIMENTOS (I)

a. INTOXICACIÓN ALIMENTARIA

Una intoxicación alimentaria está producida por una toxina elaborada por los microorganismos que han invadido los alimentos.

Las toxinas alimentarias tomadas en la dieta contaminan al hombre y pueden producir un daño al consumidor.

b. INFECCIÓN ALIMENTARIA

Es la enfermedad del hombre causada por el consumo de un alimento contaminado por un microorganismo patógeno. La infección alimentaria no es producida por toxinas.

¿Qué es un agente patógeno? Es el que genera una enfermedad.

c. TOXIINFECCIÓN ALIMENTARIA

La toxiinfección alimentaria engloba las infecciones y las intoxicaciones alimentarias. Los elementos básicos para que se produzca una toxiinfección alimentaria son tres:

- La presencia de un agente causal normalmente bacteriano
- Que los ingieran personas susceptibles de presentar la enfermedad
- Que los alimentos permitan su reproducción

VIII. EVALUACIÓN:

La evaluación se hará a través de preguntas a los asistentes.

ANEXO N° 03

PLAN DE SESION EDUCATIVA N° 02

IX. DATOS INFORMATIVOS:

- H. **TEMA** : Lavado de Manos
I. **DIRIGIDO** : “Madres que integran-vaso de leche-Barrio de Tuctilla”
J. **LUGAR** : Casa de la presidenta del comité de vaso de leche.
K. **DURACIÓN** : 20min.
L. **FECHA** : 05 – 07 – 2012.
M. **HORA** : 4:30pm
N. **PONENTE** : Bach. Enf. Héber Yóplac Valqui.

X. OBJETIVOS:

GENERAL:

- Mejorar la práctica del lavado de manos.

ESPECÍFICOS:

- Madres aprenderán la técnica correcta del lavado de manos.
- madres conocerán la importancia del lavado de manos en la prevención de enfermedades.

XI. METODOLOGÍA:

- Exposición.
- Diálogo.
- Demostración.

XII. MEDIOS Y MATERIALES:

- Toalla.
- Jabón.
- Jarra.
- Agua.

XIII. RECURSOS:

HUMANOS : Bach. Enf. HÉBER YÓPLAC VALQUI
: Madres que integran el vaso de leche.

XIV. MOTIVACIÓN:

A través de la participación directa de las madres en el proceso de desarrollo del tema a tratar.

XV. CONTENIDO DEL TEMA:

LAVADO DE MANOS

DEFINICIÓN: Es una técnica que se realiza para eliminar los microorganismos de las manos por arrastre y así poder evitar enfermedades infectocontagiosas como las EDAS.

¿Por qué será importante lavarnos las manos?

(Para prevenir enfermedades: diarreas, infecciones intestinales, etc.). (Para estar sanos.)

¿Cuándo debemos lavarnos las manos?

- Después de ir al baño
- Antes de preparar los alimentos
- Antes de comer
- Después de cambiar el pañal a los niños

¿Qué necesitamos para lavarnos las manos?

- Agua, balde, tina, jabón, jabonera, jarra, toalla.

¿Cómo nos lavamos las manos?

- El agua tiene que ser a chorro

XVI. EVALUACIÓN:

- Se realizará durante la práctica del lavado de manos.

ANEXO N° 04

INFORME DE SESIÓN EDUCATIVA N° 01

I. DATOS INFORMATIVOS.

- a. **Título** : Higiene Alimentaria.
- b. **Fecha** : 05 – 07 – 2012
- c. **Lugar** : Casa de la presidenta del comité de vaso de leche.
- d. **Hora** : 4: 15pm
- e. **Dirigido a** : “Madres que integran-vaso de leche-Barrio de Tuctilla”
- f. **Responsable** : Bach. Enf. HÉBER YÓPLAC VALQUI.
- g. **Tiempo** : 15min.

II. PROPÓSITO.

Se presenta el siguiente informe con el fin de dar a conocer el desarrollo del tema, con la finalidad de evaluar si se cumplieron con los objetivos planteados en el plan de sesión educativa.

III. OBJETIVOS.

a. General:

- ✓ Presentar las actividades realizadas durante el desarrollo de la sesión educativa con las madres que integran el vaso de leche.

b. Específicos:

- ✓ Determinar si se cumplieron los objetivos planteados.
- ✓ Obtener conclusiones precisas del tema tratado.
- ✓ Evaluar las actividades realizadas.

IV. INFORME PROPIAMENTE DICHO.

La sesión educativa se desarrolló con participación activa de la población; en tal sentido no hubo obstáculos para el desarrollo. Se concluye que para el cambio o mejora en los estilos de vida es necesario respetar la cultura, costumbres de la población.

V. EVALUACIÓN.

En la evaluación se logró con los objetivos planteados.

ANEXO N° 05

INFORME DE SESIÓN EDUCATIVA N° 02

I. DATOS INFORMATIVOS.

- h. **Título** : Lavado de Manos.
i. **Fecha** : 05 – 07 – 2012
j. **Lugar** : Casa de la presidenta del comité de vaso de leche.
k. **Hora** : 4: 30pm
l. **Dirigido a** : “Madres que integran-vaso de leche-Barrio de Tuctilla”
m. **Responsable** : Bach. Enf. HÉBER YÓPLAC VALQUI.
n. **Tiempo** : 20min.

II. PROPÓSITO.

Se presenta el siguiente informe con el fin de dar a conocer el desarrollo del tema, con la finalidad de evaluar si se cumplieron con los objetivos planteados en el plan de sesión educativa.

III. OBJETIVOS.

c. General:

- ✓ Presentar las actividades realizadas durante el desarrollo de la sesión educativa con las madres que integran el vaso de leche.

d. Específicos:

- ✓ Determinar si se cumplieron los objetivos planteados.
- ✓ Obtener conclusiones precisas del tema tratado.
- ✓ Evaluar las actividades realizadas.

IV. INFORME PROPIAMENTE DICHO.

El lavado de manos, un tema muy conocido por las personas en la comunidad; en el preámbulo se identificó que las madres conocen mucho del tema en teoría solo que no se implementa en la práctica, dada así la circunstancia en algún momento de la práctica no se respetó los estilos de vida de las madres; acto que se debe reconsiderar para el buen desempeño del profesional de la salud en todos los ámbitos del ejercicio profesional.

V. EVALUACIÓN.

En la evaluación se logró con los objetivos planteados.

ANEXO N° 06

PLAN DE VISITA DOMICILIARIA N° 01

I. DATOS DE IDENTIFICACIÓN.

- a. **Nombre de la Familia** : Familias del Barrio Tuctilla-Higos Urco
- b. **Dirección** : Barrio Tuctilla
- c. **Fecha** : 07 – 07 – 2012
- d. **Hora** : 4:00pm
- e. **Responsable** : Br. Enf. HÉBER YÓPLAC VALQUI

II. RECURSOS.

a. R. Humanos

- ✓ Br. Enf. HÉBER YÓPLAC VALQUI.
- ✓ Familias del Barrio Tuctilla.

b. R. Materiales

- ✓ Lapiceros.
- ✓ Encuestas.
- ✓ Folder manila.
- ✓ Tablero.

III. OBJETIVOS.

a. General:

- ✓ Determinar la realidad de cada familia del Barrio de Tuctilla – Higos Urco, de manera objetiva y directa.

b. Específicos:

- ✓ Aplicar una encuesta a cada familia.
- ✓ Llegar a conocer su realidad de vivienda a través de la observación y el interrogatorio directo.
- ✓ Recolectar datos reales para la elaboración del proceso de Enfermería.

IV. ACTIVIDADES.

- ✓ Aplicar encuestas.
- ✓ Realizar preguntas directas a cada integrante de la familia

V. EVALUACIÓN.

Se realizara de acuerdo a los objetivos.

ANEXO N° 06

INFORME DE VISITA DOMICILIARIA N° 01

I. DATOS DE IDENTIFICACIÓN.

- a. **Nombre de la Familia** : Familias del Barrio Tuctilla-Higos Urco
- b. **Dirección** : Barrio Tuctilla
- c. **Fecha** : 07 – 07 – 2012
- d. **Hora** : 4:05pm
- e. **Responsable** : Br. Enf. HÉBER YÓPLAC VALQUI

II. INFORME PROPIAMENTE DICHO.

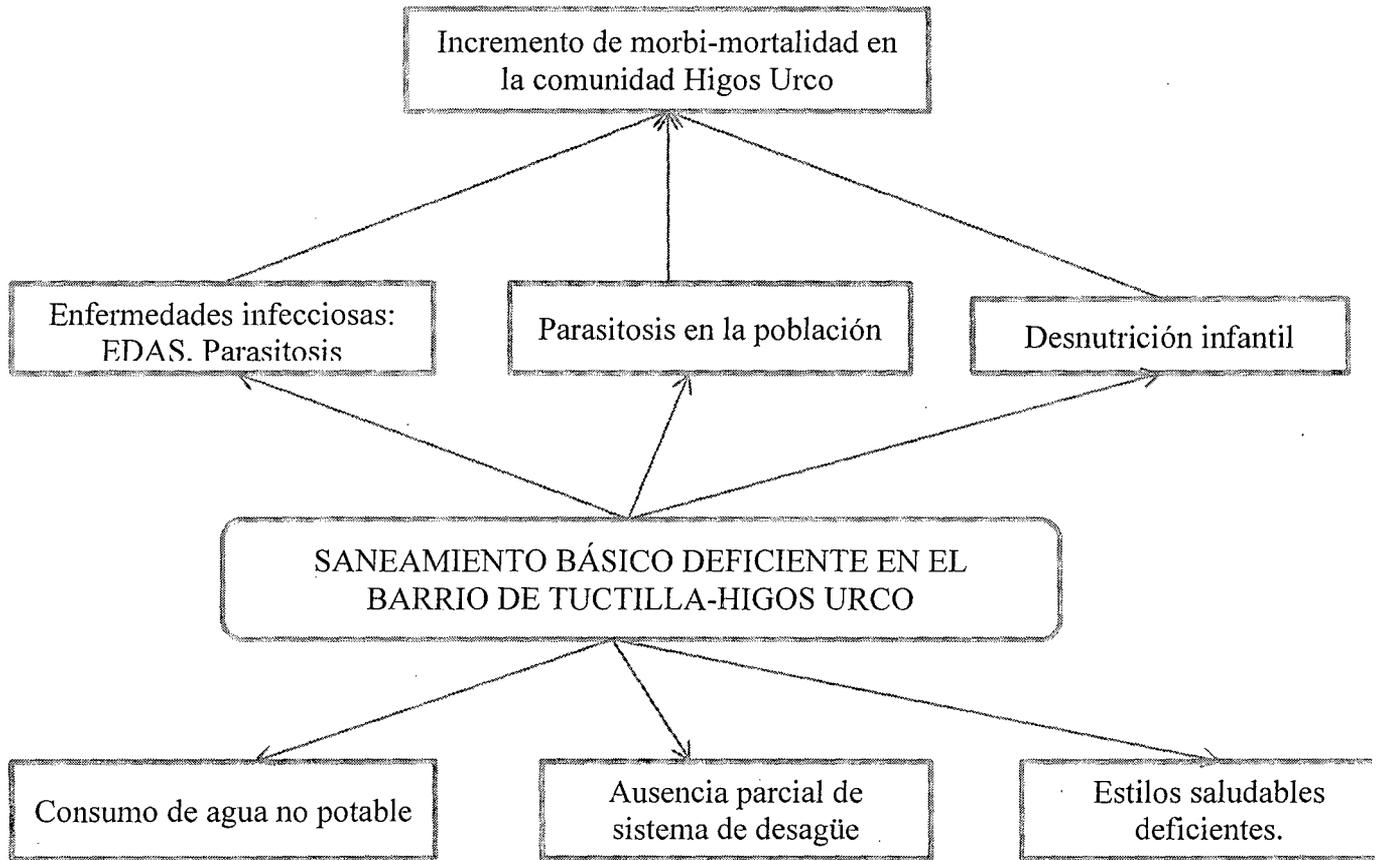
La aplicación de las encuestas en las familias se inició en el tiempo indicado, encontrando bastante colaboración por la población lo cual no dificultó el desarrollo de las actividades planteadas. Solo podemos concluir que cada familia tiene diferente cultura, costumbres, tradición, etc. Debiéndose a la migración de las familias de diferentes otras comunidades.

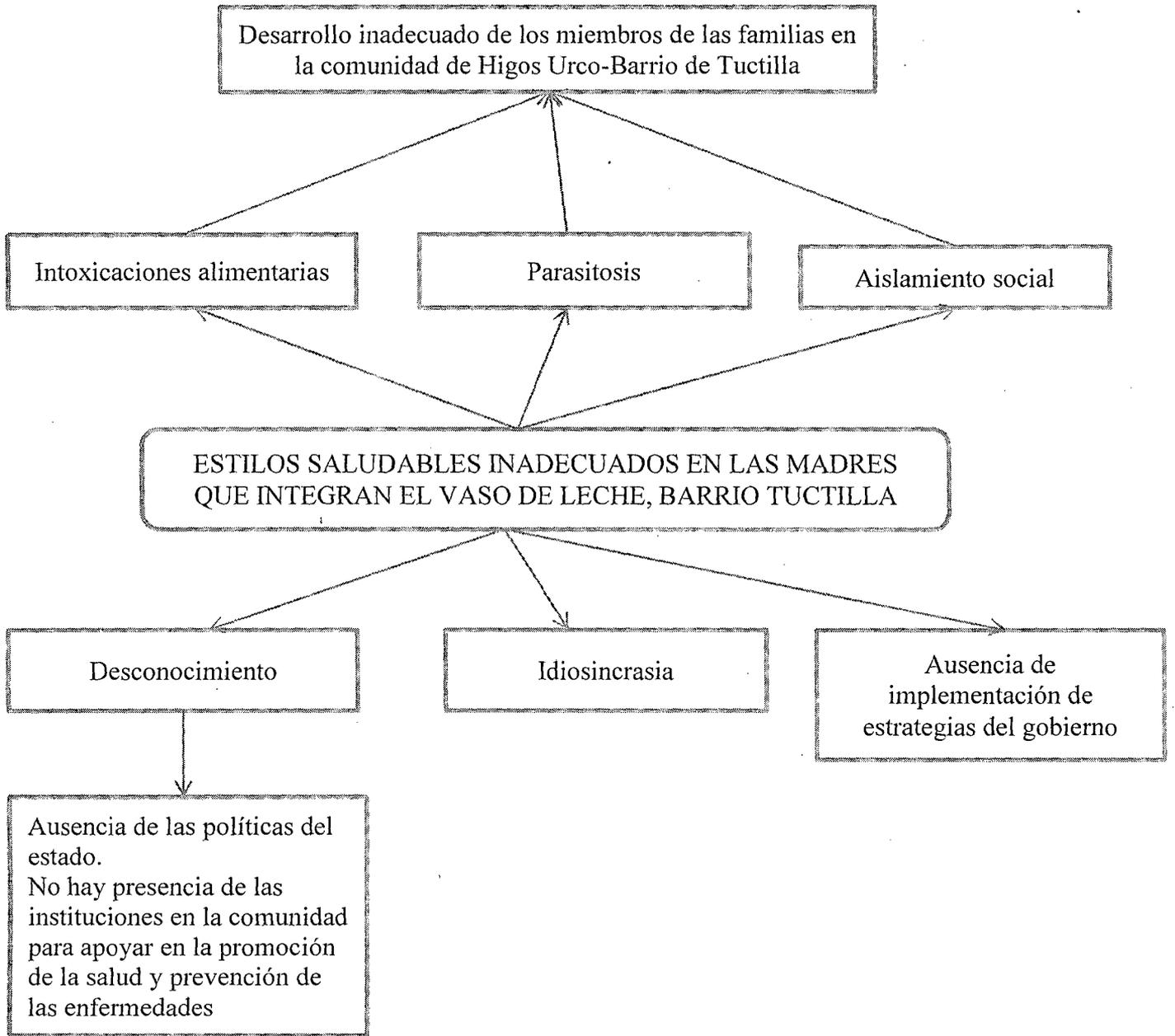
III. EVALUACIÓN.

Se logró alcanzar los objetivos planteados en 90% aproximadamente.

ANEXO N° 06

ARBOL DE PROBLEMAS:





INTEGRANTES DEL VASO DE LECHE-BARRIO TUCTILLA

NOMBRES Y APELLIDOS	DNI N°	TIPO DE BENEFICIARIO
ADELA TORRES SALAZAR	44143053	Niño de 0 – 6 años
CONSUELO RUIZ CHAVEZ	41868721	Niño de 0 – 6 años
NANCY SERVAN TRUJILLO	42664023	Niño de 0 – 6 años
OLGA M. ALVARADO CULQUI	33431743	Niño de 0 – 6 años
BEDERMIRA CRUZ TRUJILLO	71443268	Niño de 0 – 6 años
GLORIA C. ALVARADO SERVAN	40425842	Niño de 0 – 6 años
ERLITA SALAZAR CHOTON	45840263	Niño de 0 – 6 años
JOVANNI ALVARADO SERVAN	40035296	Niño de 0 – 6 años
ELISEA CULQUIMBOZ ROJAS	42884497	Niño de 0 – 6 años
TEOFILA SERVAN SANTILLAN	33408148	Niño de 0 – 6 años
TULA M. VILLACREZ SERVAN	48225740	Anciano
CARMELA SALAZAR VEGA	47475440	Anciano
ERCILA VARGAS MALQUE	42226264	Niño de 0 – 6 años
EIZABETH SERVAN TRUJILLO	47278264	Niño de 0 – 6 años
ROSIO LOPEZ SERVAN	46922906	Niño de 0 – 6 años
CLODOMIRA SANTILLAN SALAZAR	33400246	Niño de 0 – 6 años
EMILIANA LLAVE CULQUI	80302064	Anciano
MIGUELINA SANTILLAN VILLANUEVA	43630405	Anciano
MARIA SANTILLAN SANTILLAN	46216966	Anciano
ROSA SERVAN DE MELENDEZ	33405836	Anciano
TEOLITA MELENDEZ PUERTA	47266361	Anciano
ABELARDO SANTILLAN TORRES	334003311	Anciano
JOSE MELENDEZ CHAVEZ	33405415	Anciano
TOMAS SANTILLAN SERVAN	33406125	Anciano

Panel fotográfico

REALIZANDO SESIÓN EDUCATIVA



REDEMOSTRACIÓN DE LAVADO DE MANOS

