



www.chcapacita.cl

*APLICACIÓN DEL MODELO INTEGRAL DE SALUD
FAMILIAR Y COMUNITARIO EN LOS SERVICIOS
SALUD PÚBLICA.*

*Tu espacio, tu comodidad, tu **Chile Capacita***

CAMBIO DE PARADIGMA EN ATENCIÓN INTEGRAL DE USUARIOS BAJO EL ENFOQUE FAMILIAR COMUNITARIO

INTRODUCCIÓN

Avanzar en la implementación del modelo de salud integral con enfoque familiar y comunitario es un **cambio cultural** para todos los actores del sistema. Constituye una oportunidad para los líderes, de conducir, ubicando a los equipos de salud en el centro del proceso, respondiendo así a las necesidades de técnicos y profesionales de ser escuchados, motivados, conducidos, apoyados y retroalimentados en el desarrollo del modelo.

La implementación del modelo de atención implica una serie de desafíos para la organización y las personas que trabajan en ella. La adecuada gestión del proceso de cambio organizacional de conocimientos y habilidades específicas, permiten una mejor planificación, gestión operativa, gestión del personal y evaluación para el logro de los objetivos.

Los equipos de salud realizan el proceso de cambio. Se inicia a principios de los años 90 “De Consultorio a Centro de Salud”. Muchos de esos equipos hoy se han establecido como Centros de Salud Familiar.

El cambio cultural también pasa por los usuarios quienes deben asumir un rol más activo, tomar decisiones y compartir con su equipo de cabecera el desafío de mantenerse más saludable. Exige madurez, participación y compromiso de la familia.

DESARROLLO Y FORTALECIMIENTO DE HABILIDADES COMUNICACIONALES

Las habilidades comunicacionales permiten detectar señales sutiles, especialmente las no verbales, como una guía para evaluar la necesidad de un nivel de intervención de mayor complejidad. Ejemplo: creencias o patrones de funcionamiento que influyen en los tratamientos, pesquisa de problemas de salud mental o crisis, policonsulta, etc.

- ✓ Consultas frecuentes por problemas menores.
- ✓ Consultas frecuentes por múltiples dolencias.
- ✓ Consulta por un síntoma que existe desde hace mucho tiempo.
- ✓ Incongruencia entre el sufrimiento del paciente y la naturaleza menor del síntoma.
- ✓ Consulta de los padres por problemas menores en sus hijos.
- ✓ Consulta de un adulto acompañado de otro familiar consistentemente.
- ✓ Enuresis y/o Encopresis.
- ✓ Madre soltera.
- ✓ Ausencia de padres durante períodos prolongados.
- ✓ Primera consulta prenatal al final del embarazo.
- ✓ Embarazo no deseado.
- ✓ Violencia intrafamiliar.
- ✓ Bajo rendimiento y/o repitencia escolar.
- ✓ Enfermo crónico en la familia.

HABILIDADES DESEABLES EN LOS PROFESIONALES O TÉCNICOS

Las Micro-habilidades corresponden a destrezas comunicativas centradas en la persona que proveen una plataforma para transmitir el espíritu de la entrevista motivacional durante una conversación.

Las micro-habilidades pueden ejercitarse y se sugiere prestar mucha atención o “automonitorearse” al momento de utilizarlas, de manera de retroalimentarse activamente en estas destrezas.

LAS MICRO-HABILIDADES SON 5:

1. **Preguntas abiertas:** son aquellas preguntas que no pueden ser contestadas con una o dos palabras. Invitan a un amplio abanico de respuestas y animan al adolescente a que profundice y amplíe su respuesta. Estimulan la reflexión y estimulan al usuario a darle dirección a la respuesta. Por ejemplo: “me gustaría comprender más... cuéntame”. ¿Qué aspectos de tu salud te preocupa más?”, “¿Qué crees que te podría suceder si no cambias tus hábitos alimenticios?”.
2. **Afirmar o reforzar:** son frases de reconocimiento y valoración, apoyan al adolescente en el proceso de cambio, aumentan la percepción de autoeficacia y facilitan la creación de un clima cordial. Por ejemplo: “te felicito Juan por venir a verme, no todos los adolescentes son capaces de darse cuenta de la necesidad de cambiar y de solicitar ayuda...”, “pareces una persona muy optimista”. Las afirmaciones no son fáciles, pues pueden levantar en el/la adolescente suspicacia, ver al facilitador como juzgándolos o siendo condescendiente con ellos/as.

En caso de que el/la adolescente no consuma o haya utilizado buenas estrategias para enfrentar situaciones de riesgo es muy importante que el profesional valore y refuerce esta conducta. Así, afirma estilos de vida saludable o hábitos protectores.

- 3. Reflejos:** Hipótesis sobre lo que la persona ha querido decir y se expresa en forma de aseveración (no pregunta). Es un intento por verificar que lo que se entendió calza con lo que la persona quiso decir y rescata aquellos aspectos verbalizados por el adolescente, que orientan hacia la conducta de cambio. Pueden incluir aspectos cognitivos, afectivos y conductuales y hay distintos niveles de reflejo. Los más útiles en la entrevista motivacional son los reflejos complejos. Esta micro-habilidad se basa en escuchar reflexivamente. Por ejemplo: reflejo de emoción “esto te pone triste”, “parece que esto que hablamos te emociona” frente a lo cual el joven puede asentir o disentir generando más posibilidades de comunicación y de profundización en la problemática. Esta habilidad es muy importante pues permite evaluar cuan sensible o cercano está el profesional con las necesidades del joven; ayuda a que el otro vea reflejado lo que está diciendo o sintiendo, lo que le permite sentirse escuchado y comprendido, y lo estimula a seguir evocando. Si no acertó con el reflejo puede volver a retomar la conversación o la “escucha” desde el punto anterior, donde sintió que había comunicación con el joven.
- 4. Resúmenes:** son un conjunto de reflejos que facilitan la conducción de la entrevista, refuerzan lo que ha dicho el usuario, demuestran que le hemos escuchado y ayudan al usuario a iniciar cambios. En los resúmenes se rescatan los aspectos positivos y fortalezas del usuario. Por ejemplo: “de lo que hemos conversado, parece que para ti lo más importante es...”. También es fundamental que frente a cada nuevo encuentro con el/la joven se pueda hacer un resumen de lo ocurrido en la sesión anterior, especialmente de los aspectos afectivos que aparecieron.
- 5. Dar información con permiso:** corresponde a un intercambio de información a través de la estrategia de evocar – entregar– evocar. Comenzar con la evocación permite chequear lo que el usuario sabe respecto de la información que se le quiere entregar. Y a partir de esto, entregar un pedazo de información (una o dos ideas) y luego chequear lo que el usuario ha entendido e invitarlo a

reflexionar sobre cómo se aplica a su situación. Se puede utilizar para entregar información o dar retroalimentación respecto de los resultados de algún instrumento de tamizaje o evaluación utilizado. Por ejemplo preguntas evocadoras de: reconocimiento del problema: “¿de qué manera esto ha sido importante para ti?”; expresión de preocupación: “¿cómo te sientes con tu forma de actuar frente a tus pares?”; intención de cambio: “¿cuáles son las razones que tú ves para cambiar?”; optimismo por el cambio: “¿qué te hace pensar que podrías cambiar si lo desearas?”.

TRABAJO CON FAMILIAS.

- ✓ El trabajo con familias comienza a ser entendido como un proceso de participación, en el que los problemas, su priorización y el plan de manejo es cotejado con la opinión de los miembros de la familia. Se incorpora el concepto de “estudio de familia”.
- ✓ Comienza la mirada promocional y preventiva sobre la salud de las familias, mediante el desarrollo y aplicación de las guías anticipatorias con enfoque familiar.
- ✓ Se adquiere mayor conciencia de los límites de la utilidad de los instrumentos para estudiar a las familias, adecuando su uso.
- ✓ Se diagnostican problemas y estos son contextualizados. Se incorpora, en el trabajo habitual, el concepto de ciclo vital familiar, con sus tareas y crisis, intentando no dejar etapas descuidadas.
- ✓ La preocupación pasa desde el caso individual (por ejemplo, paciente terminal) a una preocupación por lo que el problema significa para el paciente y su familia.
- ✓ Hay una identificación de las familias con su equipo de cabecera.

Al comenzar a trabajar con familias el equipo tiende a focalizar las acciones en familias con mayor daño en salud, con dificultad de observar resultados de las acciones que se implementan y ponen los mayores esfuerzos en un número limitado de casos con el consecuente desgaste de los equipos. La experiencia les enseña la ventaja de introducir acciones anticipatorias en grupos de riesgo y descubren los ámbitos en que sus intervenciones producen mayor impacto.

Referencia: Ministerio de Salud; Subsecretaría de Salud Pública; División de Prevención y Control de Enfermedades, 2015, "Orientaciones técnicas para la detección, intervención motivacional y referencia a tratamiento para el consumo de alcohol y otras drogas en adolescentes".

TRABAJO EN EQUIPO

¿Qué es un equipo?

Un equipo es una unidad formada por dos o más personas con habilidades complementarias, que se comprometen en un propósito común y fijan objetivos y expectativas de desempeño comunes, de los cuales se responsabilizan. Esta definición posee tres aspectos fundamentales que deben recordarse. En primer lugar, los equipos se forman con dos o más personas. Los equipos pueden ser grandes, aunque casi todos suelen ser pequeños, con un máximo de 15 individuos. En segundo lugar, un equipo no es simplemente un grupo de individuos reunidos al azar. Un equipo está compuesto por personas con habilidades complementarias. En tercer lugar, la gente de un equipo comparte metas comunes, de las que todos son responsables. El objetivo podría ser construir una casa, diseñar un sistema de redes o lanzar un transbordador espacial. Dadas estas ideas, parece que los términos "equipo" y "grupo" no son intercambiables, aunque algunos estudios no han diferenciado entre ellos.

COMPARACIÓN DE GRUPOS Y EQUIPOS. ¿CUÁL ES LA DIFERENCIA?

Todos los equipos son grupos, pero no todos los grupos son equipos. Un Líder puede reunir a un grupo de personas y nunca formar un equipo. Un grupo es simplemente un conjunto de personas que trabajan juntas. Exhaustivas investigaciones realizadas en el lugar de trabajo confirman que en efecto hay ciertas diferencias entre los equipos y los grupos. El concepto de equipo engloba un sentido de misión compartida y responsabilidad colectiva.

En Milacron, el equipo tenía la misión compartida de desarrollar una máquina que fuera por ciento menos costosa que sus predecesoras, y 40 por ciento más rápida y efectiva, así como realizar el proyecto en la mitad del tiempo normal de desarrollo. Mientras los grupos se enfocan en el desempeño y metas individuales, y confían en las habilidades individuales, los equipos tienen una mentalidad colectiva que se enfoca en: 1) compartir información, elementos de juicio y perspectivas; 2) tomar decisiones que apoyan a cada individuo para que funcione mejor en su trabajo, y 3) reforzar mutuamente las normas de desempeño individual.

Los miembros de equipos tienden a compartir responsabilidades, mientras que los miembros de grupos en ocasiones laboran un poco más independientemente, motivados más que nada por alcanzar metas personales. El estilo de liderazgo en un grupo tiende a ser muy jerárquico, mientras que en un equipo es más probable que sea participativo u orientado a la facultación de autoridad. En un equipo las medidas de desempeño crean una responsabilidad directa y los incentivos se basan en él; en contraste, un grupo se caracteriza por el interés individual con una mentalidad de: "¿Yo, qué gano con esto?" Los equipos luchan por la igualdad entre los miembros, en los mejores equipos no hay "estrellas" individuales y todos los integrantes suprimen sus egos en pro del bien de todos. Es importante tener en cuenta que estas diferencias reflejan sólo cuestiones de grado.

VENTAJAS Y DESVENTAJAS DEL TRABAJO EN EQUIPO

El trabajo en equipo es la comprensión y compromiso con las metas del grupo por parte de todos los miembros del equipo. La mayor aceptación y uso de equipos sugiere que emplearlos ofrece muchas ventajas. Sin embargo, los equipos también plantean muchos desafíos a las organizaciones, los que incluyen la necesidad de una comunicación efectiva, de solucionar conflictos de personalidades y egos, de establecer objetivos, dirección y enfoque unificadores; de establecer sistemas de recompensas e incentivos apropiados, de aclarar la estructura del equipo, de contar con liderazgo efectivo y organizar el trabajo en equipo para asegurar decisiones oportunas. No saber manejar con eficacia estos aspectos a menudo da como resultado equipos disfuncionales, lo que significa que existen desventajas relacionadas con el uso de equipos en las organizaciones. En esta sección se analizan varias de las ventajas y desventajas del trabajo en equipo.

VENTAJAS DEL TRABAJO DEL EQUIPO.

En primer lugar, en una situación en la que participa un equipo se puede lograr la sinergia, gracias a la cual la aportación total del equipo rebasa la suma de las diversas contribuciones individuales. La sinergia comprende una cooperación creativa de gente que trabaja junta para alcanzar algo que está más allá de las capacidades de individuos que trabajan en forma aislada.

En segundo lugar, los miembros del equipo evalúan a menudo lo que piensan unos y otros, lo que aumenta la probabilidad de que el conjunto no cometa errores importantes. Esta tendencia al apoyo y evaluación recíprocos de ideas por parte de los compañeros ayuda a que los equipos tomen mejores decisiones y protege a las empresas de sorpresas desagradables. En tercer lugar, los equipos pueden contribuir, y de hecho lo hacen, al mejoramiento e innovación continuos. Por ejemplo, muchas empresas en el mundo han descubierto que los equipos que se administran a sí mismos crean un ambiente de trabajo propicio para que las

personas se sientan motivadas. Además de acelerar la toma de decisiones y la innovación, los integrantes de equipos expresan estar más satisfechos con su trabajo.

La satisfacción con el trabajo es importante porque se asocia con otros resultados positivos en las organizaciones. Por ejemplo, el que los empleados se sientan satisfechos con su trabajo disminuye la probabilidad de que renuncien y de que falten, y aumenta la probabilidad de que muestren una conducta de ciudadanía organizacional. Por último, pertenecer a un equipo permite satisfacer más necesidades de las que se satisfacen cuando se trabaja solo; entre ellas, la necesidad de afiliación, seguridad, autoestima y satisfacción con uno mismo. Sus integrantes desarrollan confianza mutua y llegan a ver al equipo como una unidad social que llena otras necesidades. La investigación sí apoya el punto de vista de que la gente tiene interdependencia con otros (como en un equipo) la cual influye tanto en sus creencias acerca de la confiabilidad de los miembros del grupo como en su actitud hacia ellos. Por consiguiente, se concibe a la confianza interpersonal como un importante recurso social que puede facilitar la cooperación y posibilitar interacciones sociales coordinadas. Esto aumenta el compromiso y motivación de los miembros del equipo. El planteamiento de que es menos probable que los empleados comprometidos renuncien o experimenten tensión, y más probable que se desempeñen bien y se comporten de manera sociable, es ampliamente respaldado por los resultados de los trabajos de investigación al respecto.

El equipo de Harold Faig mostraba todas estas ventajas. Los miembros del equipo ubicaron sus oficinas juntas para facilitar un contacto cercano y comunicaciones regulares, y se reunían una vez por semana para discutir los problemas y tomar decisiones en equipo. Había un clima de confianza y respeto mutuos dentro del equipo, lo que explicaría por qué colaboraban tan bien unos con otros.

DESVENTAJAS DEL TRABAJO EL EQUIPO.

La labor en equipo tiene ciertas desventajas tanto para las organizaciones como para los individuos. Un problema común es que los integrantes se enfrentan a la presión de ajustarse a las normas de desempeño y conducta del grupo. Un miembro de equipo podría verse aislado por ser mucho más productivo que sus compañeros de trabajo. El rechazo de la responsabilidad individual, conocida también como holgazaneo social, es otra dificultad que se advierte con frecuencia en los grupos. El holgazaneo social es la tendencia consciente o inconsciente de algunos miembros de equipo a compartir las responsabilidades al abstenerse de realizar el esfuerzo que les corresponde cuando no son responsables individualmente por el trabajo. Muchos estudiantes que han trabajado en equipo (por ejemplo, haciendo tareas de fin de curso) se han topado con algún holgazán social. La probabilidad de que haya holgazaneo social aumenta cuando no se reconoce y evalúa el esfuerzo individual. Evaluar el desempeño individual ayuda a desalentar el holgazaneo al retroalimentar a cada miembro del equipo sobre la calidad de su trabajo; sin embargo, esto contradice la creencia de que para que el conjunto trabaje en forma efectiva es necesario implantar medidas de desempeño basadas en el rendimiento del equipo. En otras palabras, la evaluación del desempeño a nivel individual ayuda a reducir el holgazaneo social, pero pone en riesgo la interacción y sinergia que caracterizan un excelente rendimiento del equipo.

Otra desventaja muy conocida que se asocia con los grupos o equipos muy cohesionados es el pensamiento grupal. El pensamiento grupal es aquel en que los integrantes de un grupo cohesionado suelen coincidir en una decisión no por su mérito, sino porque no están dispuestos a arriesgarse a que los rechace por cuestionar el punto de vista de la mayoría o por dar una opinión diferente a la de los demás. Los valores culturales del grupo consisten en llevarse bien, más que en hacer bien las cosas. A menudo los integrantes se esfuerzan más por lograr la unanimidad que por evaluar de manera objetiva distintos cursos de acción. Las opiniones discrepantes se suprimen en aras del consenso.

Si bien la cohesión es una cualidad deseable en los equipos, los que están muy cohesionados también pueden convertirse, en el peor de los casos, en una fuente de conflicto con otros equipos. Quizá estén tan unidos que hasta parezcan camarillas y en consecuencia, la interacción o influencia externas sean mínimas, lo que podría convertirse en un terreno potencial de conflicto entre grupos. Un equipo de producción, por ejemplo, podría dedicar mucha energía a generarle problemas al equipo de mercadotecnia, todo porque este último exige modificaciones constantes en los diseños de los productos para satisfacer las necesidades de los clientes.

CARACTERÍSTICAS DE LOS EQUIPOS EFECTIVOS

Los equipos efectivos son los que cumplen con sus metas de desempeño en cuanto a calidad, productividad, rentabilidad, satisfacción y compromiso de los empleados, dentro de fechas límite. De acuerdo con esto, un estudio ha definido la eficacia del equipo como el logro de cuatro resultados de desempeño innovación/ adaptación, eficiencia, calidad y satisfacción del empleado. Los equipos adaptables o innovadores son aquellos que pueden reaccionar con rapidez a las necesidades y cambios ambientales con soluciones creativas. Los equipos eficientes permiten que la organización alcance metas con menos recursos. La calidad consiste en la capacidad del equipo para alcanzar mejores resultados con menos recursos y rebasar las expectativas de los clientes. La satisfacción mide la habilidad del equipo para mantener el compromiso y entusiasmo del empleado a contribuir al esfuerzo del equipo no sólo cumpliendo las metas del equipo sino satisfaciendo las necesidades personales de sus miembros.

Los equipos varían en cuanto a su efectividad. Algunos son efectivos y otros no. Por lo tanto, la pregunta obvia es: ¿qué es lo que hace que un equipo tenga éxito y otro no? Gran parte de la literatura afirma que la eficacia de un equipo depende de factores como el diseño de tarea, el grupo y la organización; así como de factores

ambientales; procesos internos y externos, y características psicosociales del grupo. Se ha prestado mucha atención a la forma en que estas características hacen que los equipos sean más o menos efectivos. Los investigadores han tratado de explicar las variaciones de desempeño entre equipos examinando las diferencias en su estructura, liderazgo, interdependencia y cohesión esta última también conocida como potencial del grupo. Entender qué es lo que hace efectivos a los equipos es de obvia importancia para los líderes de organizaciones. Los equipos efectivos hacen por sí mismos que sus proyectos sean efectivos, lo que es el objetivo final de los líderes de equipo. En esta sección se describirán los seis factores que se consideran fundamentales para la eficacia de los equipos: normas del equipo, liderazgo de equipo, cohesión e interdependencia del equipo, composición del equipo, estructura del equipo y apoyo organizacional.

APOYO ORGANIZACIONAL

Los **equipos efectivos** son los que tienen un fuerte apoyo de parte de las autoridades de la organización, es decir, apoyo desde la cúspide de la organización. La evaluación de desempeño del equipo cuando se relaciona con el desempeño global de la organización es una parte importante de la responsabilidad de la dirección de la organización. Cuando los equipos no están alcanzando los resultados que espera la organización, los directivos deben formularse algunas preguntas básicas. Primero, ¿los equipos realmente entienden su misión? Segundo, ¿los equipos están recibiendo suficiente apoyo por parte de la dirección en forma de capacitación, recompensas, información y los recursos materiales que necesitan? Tercero, ¿se han establecido las estructuras apropiadas de liderazgo, comunicaciones y tareas para la operación del equipo? Y, por último, ¿la cultura/ambiente organizacional apoya el trabajo en equipo y tiene programas de recompensas que motivan y refuerzan la conducta del equipo? Estas preguntas se enfocan en el papel de la organización de proporcionar una infraestructura que apoye el trabajo eficiente de los equipos. En la **figura 1** se resumen las

responsabilidades fundamentales de una organización en la creación de un equipo efectivo.

- ✓ Apoyo incondicional de la dirección de la organización.
- ✓ Información y otros recursos adecuados.
- ✓ Accesibilidad en la estructuración de las tareas.
- ✓ Tamaño e Integrantes adecuados.
- ✓ Misión y objetivos claramente definidos.
- ✓ Adecuada estructura de poder compartido liderazgo compartido.
- ✓ Liderazgo de equipo competente.
- ✓ Evaluación y solicitud de retroalimentación sobre la efectividad del equipo.
- ✓ Socialización adecuada de los integrantes.

Figura 1

TIPOS DE EQUIPOS

La metamorfosis estructural parece ser una constante en la vida de las organizaciones actuales. Las estructuras organizacionales típicas, conocidas por la estabilidad de sus diseños, están cambiando en favor de diseños más fluidos que puedan responder a las tendencias ambientales externas. Estos diseños flexibles incluyen una estructura más plana y más horizontal, y se interesan por centrarse en nuevas formas de motivar a los empleados y a usar equipos en lugar de departamentos funcionales. Una empresa manufacturera, por ejemplo, podría utilizar una diversidad de equipos, lo que incluiría equipos para el mejoramiento de la calidad, equipos para la solución de problemas, equipos productivos autoadministrados, equipos transfuncionales, equipos para la integración de

tecnología, equipos virtuales transfuncionales y equipos de seguridad. Al paso de los años, la mayor competencia que se deriva de la naturaleza global y técnica de los mercados ha obligado a las organizaciones a adoptar diferentes tipos de equipos; desde equipos funcionales hasta equipos transfuncionales, y equipos autoadministrados.

La implementación del modelo de atención integral con enfoque familiar y comunitario, requiere de profesionales y técnicos con competencias específicas y complementarias, que permitan cubrir la cartera de servicios orientada a satisfacer las necesidades de salud integral de la población a cargo. Se pretende alinear las exigencias del modelo con el perfil del recurso humano.

Se define competencias “conjunto de los conocimientos, cualidades, capacidades y aptitudes del trabajador que permiten lograr los resultados esperados para el cargo”.

La tarea es un medio cambiante, que permite el logro de los resultados y la competencia permite la adaptación a situaciones de cambio que proyectan el logro de los resultados.

Las personas tienen diferencias en iniciativas, intereses y formas de actuar, que en el ambiente de trabajo, pueden causar falta de acuerdo en el equipo y dificultad de progreso, produciendo tensión, ansiedad, frustración y hostilidad. Aminorar las oportunidades para el conflicto, especialmente en períodos de cambios estratégicos.

Referencia: Lussier, R., 2005, “Liderazgo: teoría, aplicación y desarrollo de habilidades”.

ACCIONES DENTRO DEL EQUIPO DE TRABAJO:

- ✓ Buena comunicación, apertura, transparencia, información, diálogo y confianza.
- ✓ Adecuado tamaño del equipo, equidad en la distribución de tareas y beneficios.

- ✓ Estilos de liderazgo más participativos. Promover la libertad, auto-respeto.
- ✓ Administrar constantemente los conflictos, observando el impacto en el desempeño del grupo. Comunicaciones a tiempo, evitar el aislamiento de las personas.
- ✓ Estimular y favorecer la cooperación y participación.
- ✓ Generar influencia por parte de los miembros de un equipo de decisiones o funciones, habitualmente consideradas exclusivas de los líderes.
- ✓ Instituir un mayor equilibrio de poder a nivel de tareas, de pequeños grupos y de unidades del servicio.
- ✓ Ceder a los equipos el derecho equitativo de manifestarse y de influenciar en las decisiones y en las acciones.
- ✓ Impulsar el sentido de pertenencia, de compartir y unir a las personas según un propósito común.
- ✓ Contribuir en las decisiones de proceso y desarrollo.
- ✓ Crear autonomía en el lugar de trabajo.
- ✓ Ayudar en la cooperación y distribución de informaciones y en la solución de problemas del equipo.
- ✓ Aumentar el compromiso individual, motivando y estimulando el desempeño de la tarea.
- ✓ Disminuir la competencia individual.
- ✓ Favorecer que las personas alcancen de forma más eficiente y eficaz, los objetivos.
- ✓ Favorecer la contribución de cada persona aumentando la realización personal y profesional, crear espacios para actividades de grupo.

- ✓ Favorecer en los equipos la definición de objetivos.
- ✓ Favorecer la autocrítica y autoevaluación.
- ✓ Legitimar nuevos canales de comunicación, aceptándose como interlocutores válidos a funcionarios que anteriormente se encontraban sujetos exclusivamente a la subordinación.
- ✓ Otorgar reconocimiento a los esfuerzos y logros.
- ✓ Estimular la libertad, creatividad y voluntad de contribuir a logros globales y no solos individuales.
- ✓ Desarrollar el sentido de pertenencia, valorización a las personas.

Referencia: Aguayo E. Rojas V; subsecretaria de redes asistenciales; división atención primaria; departamento de diseño y gestión de atención primaria, 2005, “Modelo de atención integral con enfoque familiar y comunitario en establecimientos de la red de atención de salud”.

AFECTIVIDAD PERSONAL

La afectividad de las personas que componen el equipo de salud y como está influye en la calidad de la atención prestada a los usuarios del sistema es un área poco explorada por lo que se puede inferir que también es un sesgo en la implementación del modelo de salud familiar en grado variable.

La afectividad juega un papel fundamental en el desarrollo emocional, ya que de ésta depende la madurez física, intelectual y social de todo individuo. Una persona que goza de afectividad en forma plena podrá llegar a ser un individuo con una alta autoestima a sabiendas que la autoestima es determinante en la afectividad de las personas.

En el dominio afectivo son las emociones y sentimientos los que influyen en la formación y búsqueda de la identidad propia de todas las personas, que comienzan a desarrollarse desde la niñez, el desarrollo emocional lo relacionamos con la definición que dan estos autores sobre 'inteligencia emocional', la cual emplean para definir las cualidades emocionales que parecen tener importancia para el éxito. Estas pueden incluir: empatía, expresión y comprensión de los sentimientos, independencia, capacidad de adaptación, persistencia, cordialidad, amabilidad, respeto, etc. (Peter Salovey (U. Harvard) y John Mayer (U. New Hampshire)).

Poseer un dominio afectivo desarrollado, es un imperativo y un desafío para los seres humanos y en especial para el grupo de personas que trabajan el área de salud. Es claro que la formación profesional en salud entrega en forma variable y generalmente en forma muy escasa este dominio, incluso llegando a afirmar como obvio que quien trabaja en salud este dominio lo tiene desarrollado, lo cual nos lleva a tener un pobre desarrollo en esta área en lo que se refiere a la formación profesional, y queda supeditado a la historia personal y desarrollo afectivo del profesional de salud. Existen aún en muchos equipos de salud un desconocimiento, desinterés y hasta despreocupación en este tema en específico.

En la mayoría de los casos las herramientas necesarias para que el profesional de salud desarrolle estas competencias tan inherentes al ser persona, casi siempre y fruto de nuestra experiencia personal y laboral, son la familia, los amigos, las creencias y los valores, que han influido en el cómo los profesionales de la salud nos desarrollamos en esta área tan importante pero a la vez tan dejada de lado por algunos en nuestro quehacer diario.

Sin duda lograr volver a lo más sencillo, como lo es un saludo afectuoso, un saber comunicarse en forma expedita, expresar nuestros sentimientos desde lo más cotidiano a lo más complejos, es lo que nos pide urgentemente el cambio de paradigma en salud, ya que ¿cómo entregar salud, con todo lo que hoy en día el concepto implica?, las familias chilenas usuarias de nuestro sistema de salud, estas “familias cotidianas”, con las cuales trabajamos a diario y nuestros propios equipos

de salud, en importante número no han podido desarrollar durante su historia personal y laboral, una afectividad saludable que les ayude en su propio autocuidado y en la relación usuario prestador.

Referencia: Jara H, Turis V, 2007, “Competencias afectivas en los equipos de salud”.

MANEJO DE CONFLICTOS CON ÉNFASIS EN LA FAMILIA Y COMUNIDAD

El desarrollo de la bioética en los últimos años ha sido a través de conflictos sobre temas relacionados con el comienzo y final de la vida, o con los problemas morales planteados por los avances de la ciencia y de la técnica. Sin embargo, el ejercicio de la salud familiar y el marco de la atención primaria suscitan toda una serie de cuestiones éticas que han recibido escasa atención porque, a veces, no son percibidas como tales.

El conflicto forma parte inevitable de la convivencia, e imaginar una familia en la que no existan conflictos no es posible ni deseable, puesto que bien gestionado, el conflicto nos permite crecer y desarrollar nuevas y mejores maneras de relacionarnos.

De todos los conflictos sociales, los conflictos familiares son los más habituales y los que suelen provocar mayor dolor ya que sus integrantes sufren no sólo por ellos mismos, sino por las personas a las que quieren.

Un aspecto fundamental es que el equipo profesional tenga la flexibilidad y competencia para poder responder ante eventuales **situaciones de crisis familiares inesperadas**, en el momento de visitar el hogar. Duelos, conflictos, VIF, cesantía, son situaciones impredecibles que podrían implicar una reorganización en los objetivos preprogramados a favor de ofrecer una atención adecuada y contingente. Para esto es necesario conocer el modelo de intervención en crisis, que se puede aplicar en varias temáticas y tener el catastro actualizado de la oferta de servicios de su comunidad

EN LA VISITA DOMICILIARIA

Es importante saber que la **recepción** de cada familia a la visita es variable, dependiendo en gran medida de cuan preparados estén sus integrantes para participar en la intervención. Vale recordar que cada miembro de la familia traerá a la relación sus experiencias pasadas con otros proveedores de servicios, que pueden estar teñidos negativamente, así como también su temperamento, su personalidad, sus valores culturales y familiares; todos estos factores influirán en la calidad de la recepción y también en la manera de relacionarse con el equipo de salud.

Por otro lado, el resguardo de aspectos éticos fundamentales como: la confidencialidad, privacidad, fomento de la participación, consideración de los derechos y deberes del paciente, respeto por la autonomía y autodeterminación de las personas; podrán fomentar la relación de ayuda y la calidad de la recepción de la intervención en el hogar.

RESGUARDO DE LA SEGURIDAD

Es probable que en ocasiones se puedan presentar situaciones difíciles para el equipo, en las que el/los profesionales/técnicos tengan que tomar decisiones rápidamente. Para este tipo de situaciones es importante tener en cuenta que lo fundamental es resguardar su propia seguridad personal, no correr riesgos innecesarios, resguardar la seguridad del niño o niña si fuera necesario, discutir sus inquietudes con su equipo de salud antes de tomar alguna decisión importante y en los procesos de seguimiento frente a dilemas éticos se sugiere contar con el apoyo del comité de ética. Más adelante se entregan recomendaciones específicas sobre medidas de seguridad para el equipo de salud.

CONSIDERACIONES DE MEDIDAS DE SEGURIDAD PARA EL EQUIPO DE SALUD

El equipo de salud deberá considerar medidas de seguridad para proteger su integridad física y mental al momento de planificar las visitas domiciliarias, algunas de éstas son:

- ✓ Informar en el establecimiento la ruta de visitas a seguir y la hora estimada de regreso del personal.
- ✓ Uso de vehículo institucional como medio de transporte.
- ✓ Uso de delantal o uniforme de trabajo que distinga a las personas del equipo como profesionales de salud.
- ✓ Portar un teléfono celular, y conocer y llevar los números de teléfono de emergencia, como el número de teléfono del propio centro de salud, carabineros, ambulancia, etc.
- ✓ Usar identificación personal.
- ✓ No portar objetos de valor ni dinero.
- ✓ Contactar previamente a líderes comunitarios, monitores comunitarios o facilitadores culturales para que apoyen y validen la visita domiciliaria como una estrategia útil para la comunidad.

Referencia: Moraga C, Subsecretaría de Salud Pública; División de Prevención y Control de Enfermedades; Departamento de Salud Mental, 2009, "Orientaciones Técnicas Visita Domiciliaria Integral para el Desarrollo Biopsicosocial de la Infancia".

INTERVENCIÓN EN CRISIS

Un número importante de consultantes en Atención Primaria presenta algún tipo de trastorno mental. En el último estudio de la O.M.S. en centros de salud de 15 países del mundo, los trastornos de mayor prevalencia encontrados fueron: depresión (10.4%), trastorno de ansiedad generalizada (7,9%) y dependencia al alcohol (2.7%). En Chile los estudios muestran una prevalencia de alrededor de un 50% de algún tipo de trastorno mental en los consultantes de Atención Primaria. De estos, uno de cada dos pacientes sufre un trastorno clínicamente significativo pero solo una minoría (5 a 10%) plantea este tipo de problema como motivo principal de consulta. Los estudios realizados muestran además, una relación entre trastornos psicológicos y factores sociodemográficos, reflejada en tasas de prevalencia generalmente más altas en las mujeres y entre las personas de nivel socioeconómico bajo (menor escolaridad, bajos ingresos, cesantía o subempleo y /o ocupaciones de menor prestigio social). Además de los trastornos mentales más o menos severos (depresión, trastornos de ansiedad y dependencias a alcohol y otras drogas), muchos consultantes de Atención Primaria presentan crisis emocionales con síntomas de ansiedad y/o depresión acompañados con frecuencia de alteraciones de la conducta. Estas crisis son originadas por problemas de salud pero también por situaciones de vida incluyendo el hecho mismo de estar enfermo y de ser internado en un hospital. A esto se le considera una crisis situacional, y su característica esencial es que son generadas por acontecimientos estresantes repentinos o inesperados: enfermedad, hospitalización, intervención quirúrgica, accidente, pérdida de un ser querido, cambios, conflictos familiares, laborales o económicos.

CRISIS SITUACIONALES

Históricamente la teoría de crisis data del comienzo de la teoría psicoanalítica, cuando Freud señaló la relación existente entre situaciones vitales presentes y una

enfermedad de origen emocional. En sus estudios de casos clínicos Freud mostró cómo el origen de síntomas físicos podía ligarse a una situación conflictiva familiar o de otra índole en la vida del individuo. De este modo se abrió la posibilidad de comprender el sentido biográfico de la enfermedad. Después de Freud, Eric Erickson describió las crisis evolutivas por las que pasa todo individuo a lo largo del ciclo vital. Thomas Holmes al cuantificar los cambios vitales en una escala de ajuste social demostró que aquellos individuos que experimentan más cambios vitales en un período dado corren más riesgo de enfermar. Sin embargo, la formulación de la teoría de las crisis en forma más específica pertenece a Eric Lindemann (1944) (citado en Caplan, 1964). Lindemann estudió la reacción normal del duelo y sus etapas, distinguiéndolas de las respuestas mal adaptativas que se ven en los duelos patológicos. Observó que al cabo de seis semanas la pena inicial estaba siendo elaborada normalmente, o bien que aparecían síntomas psicológicos o psicosomáticos. Caplan definió crisis como el estado que aparece cuando una persona enfrenta un obstáculo a sus objetivos o expectativas vitales que parece ser insuperable con los métodos usuales de resolución de problemas que la persona ha utilizado en el pasado. Sobreviene entonces un periodo de desorganización y de alteración durante el cual se intentan diferentes soluciones.

Concepto de crisis situacional

Estado temporal de trastorno psicológico caracterizado por ansiedad, confusión y desorganización, causado por un suceso inesperado que es vivenciado como amenaza o pérdida y que resulta insuperable con los mecanismos psíquicos habituales de la persona para enfrentar problemas.

Figura 2

Las personas en crisis suelen presentar como síntomas: ansiedad, sentimientos de desamparo, confusión, cansancio, síntomas físicos y desorganización en el funcionamiento de sus actividades familiares, laborales y sociales. Las crisis se resuelven generalmente en forma positiva o negativa en un periodo de 4 a 6 semanas.

FACTORES QUE INCIDEN SOBRE EL ÉXITO O FRACASO DE LA RESOLUCIÓN DE UNA CRISIS

- ✓ Comprensión cognitivo emocional de la situación (percepción del problema).
- ✓ Fortaleza del Yo.
- ✓ Mecanismos de enfrentamiento consientes e inconscientes.
- ✓ Red de apoyo familiar y social.

Los equipos de APS ocupan un lugar privilegiado para comprender e intervenir a las familias dado que toman contacto con ellas en varios hitos de la vida familiar que pueden constituirse como crisis normativas (ejemplo, nacimiento de hijos) y no normativas (ejemplo, diagnóstico de una enfermedad crónica), en actividades consolidadas en los programas de salud y revisadas anualmente en las “Orientaciones para la Planificación y Programación en Red” (Matriz de cuidados de salud a lo largo de la vida).

CRISIS NORMATIVA

Asumir una actitud educativa y de entrega de información: muchas crisis normativas pueden ser evitadas mediante la información y educación, se debe indicar al paciente que las situaciones por las que atraviesan como familia son muy comunes y muchas familias las afrontan. Sobre los orígenes y las causas de la crisis. Ejemplo:

la crisis que frecuentemente se presenta en la pareja que espera su primer hijo, ante la disminución de la libido y los cambios emocionales de la señora embarazada, pueden resolverse en gran parte, con una orientación sencilla acerca del origen hormonal de estos cambios, subsecuentes además a los ajustes fisiológicos y psicológicos propios de la mujer durante la gestación. Al indicarle al paciente, a su pareja y a su familia en general (según el caso) que estas crisis normativas por las que están pasando, las enfrentan diariamente y con bastante frecuencia, no solamente ellos, sino muchas otras parejas y familias en su misma situación y que son consecuencia lógica del crecimiento y evolución de la familia a través del tiempo. Con todo lo anterior se logra disminuir el temor a lo desconocido, que con bastante frecuencia agrava la crisis. Preparar al paciente y a su familia para las crisis: es decir, utilizar las guías anticipatorias a estas crisis. Permitir la expresión emocional. Esta otra técnica, combinada con las anteriores consiste en permitir que la persona descargue sus emociones y conflictos y los acepte, sin ser juzgada ni criticada, sino simplemente escuchada por el profesional generalista de una manera abierta, receptiva y lo más objetiva posible (ya que usualmente en su hogar o frente a sus amigos, la persona con problemas, es blanco de todo tipo de actitudes y consejos en muchos casos parcializados y emocionales). Así como existen algunas personas con la capacidad de manifestar abiertamente sus ansiedades, con frecuencia se encuentran otras profundamente reservadas a quienes se les dificulta exteriorizar sus conflictos; estas personas (agresivas o pasivas), generalmente consultan con frecuencia por todo tipo de dolencias o simplemente (y algunas veces de una manera osca) llegan diciendo “vengo a que me quiten este dolor fuerte que tengo y nada más”. El crear un ambiente cálido y amable, en el que se muestra interés por sus dolencias y por conocer sus realidades y las de su familia (Familiograma), muchas veces les permite expresar sus temores y frustraciones, con lo cual obtienen un alivio importante de sus síntomas físicos, facilitándose además enormemente su tratamiento y recuperación integral (biopsico-social).

APOYAR EL PROCESO DE TOMA DE DECISIONES

La aplicación de esta técnica se fundamenta en ayudar al paciente y a su familia a ubicar y analizar las crisis en las que se encuentran, con sus pros, sus contras y problemas, utilizando sus recursos internos (aquellos inherentes al grupo familiar) y externos (los que se encuentran a nivel social), lo que les permite decidir qué camino tomar entre diferentes alternativas de acción. Ejemplo: la crisis que se genera en una familia con un hijo adolescente que presenta bajo rendimiento escolar y fugas frecuentes de las clases.

LA APLICACIÓN DE LA TÉCNICA EN ESTE CASO, PODRÍA SEGUIR ESTOS PASOS:

- a)** Analizar conjuntamente con los padres y el joven la situación, escuchando atentamente los planteamientos de ambas partes sobre sus causas y posibles soluciones.
- b)** Ubicar valiéndose del Genograma, la composición y las características del grupo familiar, así como sus recursos internos y externos.
- c)** Orientar la discusión hacia el encuentro de los pros del problema (en esencia aparentemente negativo), que en este caso bien podrían ser:
 - ✓ Haber contribuido a que los padres se percaten más conscientemente del ingreso de su hijo a la adolescencia, alertándolos hacia el conocimiento de las características y problemas propios de esta edad (uso de guía anticipatoria).
 - ✓ Haber sacado a flote la necesidad de mejorar la comunicación entre los padres y de éstos frente a sus hijos y con el colegio, lo cual seguramente los hace susceptible al aprendizaje de técnicas de comunicación con el adolescente.

- ✓ Haber puesto de relieve la orientación por parte de los padres hacia las obligaciones de sus hijos (no solamente las del adolescente problema).
- d) Analizar conjuntamente los contras: pérdida del año escolar, adquisición de malos hábitos de comportamiento etc.
- e) Guiar a la familia hacia el descubrimiento y/o utilización de sus propios recursos (diálogo, comunicación, estímulo, afecto etc.) y de los recursos externos, dentro de los que vale la pena destacar los programas de orientación frente al bajo rendimiento escolar, que deben ser creados e implementados en todos los programas de atención primaria a la comunidad, en coordinación con los planteles educativos, contando con la participación de médicos generalistas, psicólogos y/o trabajadores sociales, maestros y estudiantes.

DAR OPCIONES ALTERNATIVAS SIN DAR “INSTRUCCIONES”

Esta técnica consiste en la toma de decisiones propias después de las guías entregada por el equipo para resolver sus crisis, mediante lo cual se reforzará el sentido de autonomía y autoestima del paciente y su familia y se evitará crear una dependencia hacia el equipo de salud para la resolución de éstas.

La ayuda explicada en el punto anterior implica auxiliar al paciente (y a su familia) a entender y ubicar mejor los orígenes y las causas de sus crisis normativas, para que apoyándose en los recursos con los que cuenta, tome sus propias decisiones.

El objetivo de esta técnica (íntimamente relacionada con las anteriores), es reforzar el sentido de autonomía y de autoestima del paciente (y de su grupo familiar), permitiéndole saber que fue él mismo con sus propios recursos y capacidades, quien pudo elegir el camino a seguir, además de orientar los pasos requeridos para resolver el problema, descubriendo gracias a ello dentro de sí, nuevas capacidades que talvez no conocía. Cuando esto no se hace, se forma una actitud de dependencia hacia el profesional y no se consigue “crecimiento interno” (toma de

conciencia de las capacidades propias para resolver situaciones), elemento necesario para superar exitosamente las crisis.

CRISIS NO NORMATIVA O PARANORMATIVA

Las crisis no normativas son aquellas que se presentan de manera accidental en cualquier momento del ciclo vital. Esta característica determina que este tipo de crisis sean más difíciles de sortear, ya que muchas veces no son prevenibles, razón por la cual no puede existir una preparación para enfrentarlas. Así mismo, sus consecuencias son muchas veces más traumáticas y negativas, que las crisis normativas. A continuación se analizan algunas de las crisis no normativas más frecuentes (R. Florenzano).

La muerte de un hijo

- ✓ Esta crisis fue mencionada por Freud como “el único duelo que nunca se acepta totalmente”. Sobran más palabras al respecto y especialmente cuando esta muerte es por causas accidentales o por enfermedad aguda.

- ✓ Embarazo de una hija adolescente

Esta crisis tiene dos connotaciones importantes: la primera, el impacto sobre los padres dado no solamente por la aceptación del hecho en sí (ya bastante grave para ellos), sino además “por la imagen de la familia”, frente a la sociedad, ante la demostración de una conducta sexual activa por parte de su hija adolescente (situación de bastante importancia para muchos padres). La segunda, la distorsión del desarrollo de la niña (oportunidades educacionales, laborales y de formar una vida de pareja estable). Por otro lado es importante anotar que entre menor es la edad de la adolescente mayores son las complicaciones a todo nivel, tanto biológicas como psicológicas y sociales.

- ✓ Alcoholismo en la pareja

El consumo excesivo e inmoderado de alcohol (más frecuente en el hombre), genera crisis crónicas y muchas veces infranqueables en la vida familiar y más aún cuando el otro cónyuge ha tenido experiencias con estas conductas en su familia de origen. Esta es una de las disfunciones familiares más severas y difícil de superar, dadas sus tremendas consecuencias en cuanto a violencia familiar, crisis económicas, falta de presencia parental, daños en la salud del alcohólico, violencia sexual etc.

✓ Abandono de la pareja

Generalmente el miembro que se queda con los hijos (casi siempre la mujer) es el más afectado por esta crisis, ya que no solamente tiene que enfrentar situaciones y responsabilidades que antes eran compartidas (así fuera parcialmente) sino que además debe superar el hecho de haber sido abandonado. Este tipo de crisis en cierta forma puede ser prevenido fomentando la comunicación y el desarrollo de la vida de pareja durante todas las etapas del ciclo vital familiar.

✓ Pérdida abrupta del trabajo

El despido súbito, bastante frecuente en algunos sectores de la producción en nuestros países, obviamente produce crisis por el desequilibrio económico que éste genera (y más, con un bajo ingreso familiar per capita). La situación se agrava aún más cuando sólo es uno de los miembros de la familia quien trabaja y aun cuando ambos lo hagan, el que queda activo súbitamente se ve ante la carga de asumir toda la responsabilidad económica del hogar. En nuestro medio predominantemente “machista” si es el hombre el que queda desempleado y la mujer trabajando, este hecho por sí mismo complica aún más la situación, acrecentándose la ansiedad y los conflictos en la vida de pareja.

- ✓ Enfermedad terminal o muerte súbita de un miembro de la pareja

La muerte súbita de causas biológicas (infarto, ACV, etc.) o accidentes del padre o la madre o aquella ocasionada por enfermedades terminales (cáncer, sida, etc.) genera crisis en ocasiones casi tan profundas de superar, como la muerte de un hijo.

BASES TÉCNICAS PARA EL ABORDAJE DE LAS CRISIS NO NORMATIVAS

Se propone los siguientes elementos técnicos para el manejo de estas crisis (Florenzano y colaboradores):

a) Permitir la expresión emocional

Las respuestas emocionales frente a las crisis accidentales (o no normativas), son por lo general bastante intensas, motivo por el cual es necesario permitir el desahogo y a veces repetitivo de estas emociones; con ello se logra un alivio parcial en el paciente, que le permite ubicar más fácilmente el camino a seguir por un lado, y por otro, se le facilita al terapeuta ubicar más fácilmente los recursos con los que se cuenta (tanto a nivel individual como familiar) y de esta forma contribuir con las orientaciones respectivas a la resolución del proceso, en la mayoría de ocasiones largo y doloroso.

b) Dar tiempo suficiente

El tiempo para aceptar y elaborar este tipo de crisis, es por lo general prolongado, dado el fuerte impacto emocional que generan. Así como se estima que la evolución promedio para la resolución de una crisis normativa es de aproximadamente seis meses, para una crisis no normativa es de varios años, y en algunos casos, como la muerte de un hijo, puede tomar toda la vida. Es necesario entonces informar a la familia que se va a requerir tiempo y paciencia para enfrentar estas crisis.

c) Conocer las etapas de duelo

Así como las heridas físicas deben cumplir un proceso secuencial para su cicatrización, la respuesta psicológica a una pérdida, también debe pasar por una crisis de etapas. Estas etapas son las etapas del duelo: rechazo y negación, rebeldía, angustia, depresión, aceptación (Kubler Ross).

d) Movilizar la red de apoyos sociales

Ante este tipo de crisis es muy importante que el equipo conozca los sistemas de apoyo social que existen en la comunidad donde trabaja (entidades de bienestar social comunitario, grupos religiosos, bienestar social de las empresas de la zona, mecanismos de ayuda financiera etc.). Este conocimiento es muy importante dado que tanto las crisis normativas, como las no normativas requieren en determinado momento la utilización de recursos complementarios a los recursos familiares. Involucrar a la familia en la resolución de las crisis es el elemento de mayor importancia en el manejo tanto de las crisis normativas como de las no normativas, ya que la propia familia es el núcleo de apoyo más cercano y vital para todos. Conseguir el compromiso activo de ésta, lograr la comunicación y la expresión emocional de todo el grupo familiar, es el principio del manejo de las situaciones críticas. Con frecuencia en la práctica diaria se encuentra cómo algunos grupos familiares donde aparentemente existía la desunión y la hostilidad, se unifican y apoyan ante la presencia de crisis accidentales. Por todo lo anteriormente expuesto, es misión del equipo de cabecera favorecer la comunicación y el apoyo de una manera decidida en el seno de la familia.

EJEMPLOS DE INTERVENCIONES DE NIVEL 3:

- ✓ El control de un recién nacido del primer hijo de una pareja.
- ✓ El primer control de un enfermo crónico.
- ✓ El control inicial de un enfermo terminal.
- ✓ El control problemas de salud mental.
- ✓ En situaciones de duelo o en enfermedades con un fuerte componente psicosomático.

LOS INSTRUMENTOS DE EVALUACIÓN FAMILIAR SE SUGIERE UTILIZAR EN ESTE NIVEL SON:

1. Genograma: en este nivel puede ser útil construir un genograma completo (estructura y relacional) y analizarlo de acuerdo a sus categorías.
2. Mapa de redes.
3. Círculo Familiar.
4. Tarjetón familiar (ya debe estar confeccionada).
5. Guía anticipatoria.
6. Otros instrumentos según criterio y experiencia del equipo.

INVOLUCRAR A LA FAMILIA EN LA RESOLUCIÓN DE LAS CRISIS

El elemento más importante en el manejo de estas crisis constituye la propia familia. Es clave conseguir el compromiso, comunicación y expresión emocional de los miembros de la familia.

Todo equipo de salud debe abordar este tipo de situaciones como parte del manejo biopsicosocial del paciente, solo así se le proporcionará salud integral que además disminuya factores de riesgo para la salud y prevenga enfermedades producto de tensiones emocionales y estrés, así como también favorezca el cumplimiento de las indicaciones para otras enfermedades.

Referencia: Córdova, C, CESFAM Rodelillo, 2015, “Guía de abordaje por nivel de intervención crisis normativa y no normativa”.

DESARROLLO DE HABILIDADES DE PLANIFICACIÓN Y ORGANIZACIÓN DE LAS REDES DE APOYO

La APS exige y fomenta en grado máximo la autorresponsabilidad y la participación de la comunidad y del individuo en la planificación, la organización, el funcionamiento y el control de la atención primaria de salud, sacando el mayor partido posible de los recursos locales y nacionales y de otros recursos.

El desafío de abordar la salud desde la concepción biopsicosocial y ofrecer una atención integral a las personas, significa una tarea hasta ahora no asumida completamente. Hacerlo significa dar cabida a cambios diversos y profundos, los que sin lugar a duda harán la tarea de los equipos de salud aún más compleja y exigente, pero a la vez, más atractiva. Consolidar los centros de salud familiar implica necesariamente fortalecer un equipo multiprofesional, que desarrolle acciones coordinadas en razón de satisfacer necesidades en salud de la comunidad asignada. Esto implica como consecuencia el impulsar el desarrollo de nuevas estrategias e instrumentos, tanto en el ámbito administrativo, técnico, de planificación y organización de las redes de apoyo.

Para lo anterior el proceso de sectorización es fundamental para entender en primera instancia de qué forma se realizan las ordenanzas de la organización de las redes de apoyo.

SECTORIZACIÓN

Implica la división territorial considerada a partir de las barreras geográficas y límites naturales de una determinada población, que reconoce como elementos definitorios: una superficie determinada, un número determinado de habitantes, la necesidad de identificar el equipamiento e infraestructura comunitaria y la organización de los recursos. Se la puede considerar como una estrategia de acercamiento a la población usuaria, que comprende un ordenamiento de la misma a nivel territorial.

El sector en esencia, es un espacio territorial donde habita un conjunto poblacional (personas/familias), que constituye la “población a cargo” de un equipo de cabecera, en torno a la cual se desarrolla el trabajo en salud.

El objetivo es lograr un trabajo con enfoque familiar en forma más directa y detallada para mejorar la calidad de vida de la población. La identificación de las necesidades, factores de riesgo y factores protectores de las familias, permitirá al equipo gestor, acoger a las familias, potenciar sus capacidades y habilidades, e involucrar en la atención integral a otros actores en el territorio, cuando sea necesario.

LOS OBJETIVOS DEL TRABAJO QUE SE DESARROLLA EN UN SECTOR SON:

- ✓ Conocer el sector, identificar sus necesidades y factores de riesgo y acoger a las familias, potenciar capacidades y habilidades de las familiar y del equipo gestor.
- ✓ Fomentar y fortalecer el trabajo en red.
- ✓ Identificar y potenciar los recursos existentes en la comunidad.
- ✓ Identificar y priorizar las necesidades de los usuarios.
- ✓ Fomentar la promoción de la salud.

- ✓ Efectuar acciones de prevención, protección y rehabilitación de la salud con enfoque familiar.
- ✓ Otorgar atención de salud según demanda y controles de salud de acuerdo al ciclo vital individual y familiar, con enfoque de riesgo y anticipatorio, considerando las orientaciones vigentes.
- ✓ Garantizar la continuidad de la atención a través de equipos estables de salud.
- ✓ Potenciar capacidades y habilidades de las familiar mediante el conocimiento de las necesidades, factores de riesgo y protectores, tanto de la familia como de su ambiente cercano.
- ✓ Contribuir a mejorar la calidad de vida de la población.
- ✓ Coordinar acciones tendientes a lograr las metas planteadas, en relación con los compromisos de gestión.

ALGUNOS CRITERIOS UTILIZADOS PARA EFECTUAR LA SECTORIZACIÓN:

La subdivisión de la población en conglomerados más pequeños implica tomar decisiones respecto a cuáles serán los elementos que definirán los sectores, considerando el análisis de los recursos disponibles.

Para comenzar es indispensable informar a la comunidad sobre las características del modelo de Atención Integral de Salud, con el objeto de incorporarlos en la tomas de decisiones sobre la asignación de equipos de cabecera con población a cargo (sectorizada): informar y recibir sus opiniones, disipar dudas y temores. Una de las estrategias puede ser dividir la totalidad de la población por el número de usuarios que se estima sería conveniente por sector, luego revisar su correspondencia con las villas y poblaciones y/o los límites de las juntas de vecinos y sus factores de riesgo. A partir de esa primera aproximación es más fácil delimitar los sectores. En

general, puede realizarse en función de variables como: familias inscritas, variable geográfica-administrativa, que permita una acción que tenga efectos operativos; variables de riesgo biopsicosocial; recursos humanos.

Al respecto la experiencia nos indica que es de mucha importancia que la sectorización respete las áreas geográficas de las Juntas de Vecinos, ya que sus dirigentes serán claves en el proceso de participación en el trabajo en salud y en la toma de decisiones. Asimismo las variables de riesgo cobran especial relevancia al momento de sectorizar, porque facilita la programación de actividades y la asignación de recursos humanos.

Idealmente, se deberá promover una inscripción cercana al domicilio y considerar población flotante.

En el proceso se incorpora la participación de la comunidad a través de los Consejos de Desarrollo y trabajo con organizaciones sociales y comunitarias u otros que se dispongan, especialmente en la definición de las áreas territoriales con equipos de salud a cargo.

La sectorización es una gran oportunidad de participación social. La experiencia revela dificultades cuando se realiza unilateralmente sectorizaciones de tipo administrativo, sin ninguna posibilidad de participación social, así como tampoco de los equipos involucrados, dañando con ello procesos vitales para la generación de vínculos y sentido de pertenencia entre equipos y población a cargo.

EQUIPO DE SALUD CON POBLACIÓN A CARGO: UNIDAD BÁSICA DEL TRABAJO EN EQUIPO TRANSDISCIPLINARIO

En los establecimientos de atención primaria (CESFAM, Postas de Salud Rural, Hospitales Comunitarios) el **equipo de cabecera** es la unidad básica de trabajo, que establece una relación continua con la población a cargo y permite la mejora en la calidad de la atención.

El equipo de cabecera es un equipo de profesionales, técnicos y administrativos que se hace cargo de la salud de un sector definido de la población, en los niveles de promoción, prevención, recuperación y rehabilitación.

ENTRE LAS FUNCIONES DE LOS EQUIPOS DE CABECERA SE PUEDE MENCIONAR:

- ✓ Realizar diagnóstico de situación de salud de su población considerando la participación de la comunidad en su elaboración.
- ✓ Diseñar, implementar, monitorizar y evaluar el plan anual de actividades de su sector (programación).
- ✓ Identificar las brechas en las competencias necesarias para el trabajo con familias, gestionar la capacitación continua del equipo y monitorizar su implementación.
- ✓ Evaluar el riesgo/protección de las familias a cargo.
- ✓ Realizar intervenciones familiares (ver capítulo 5).
- ✓ Mantener un vínculo activo con la comunidad y el intersector.
- ✓ Trabajar en forma coordinada con otros equipos del centro de salud y de la red.

La composición de un equipo de cabecera debe ajustarse a las características concretas del sistema de salud y la población que atiende, para dar respuesta a las necesidades del individuo, la familia y la comunidad. Estas necesidades implican factores biológicos, psicológicos y sociales complejamente imbricados, por lo tanto el equipo debe integrar estas tres miradas a través de la participación de profesionales del área biomédica, psicológica y social, técnicos paramédicos y funcionarios administrativos.

La Atención Primaria en Chile tiene características que permiten la integración de funcionarios profesionales y administrativos en el desarrollo de trabajo en equipo. Por un lado, ha sido pionera en la incorporación de diversos profesionales al equipo de salud como; matronas, nutricionistas, kinesiólogos, psicólogos, terapeutas ocupacionales, asistentes sociales, odontólogos, además del médico, enfermera y técnico paramédico quienes tradicionalmente han formado el equipo de salud en otros países. Por otro lado, es importante notar, que parte de los funcionarios que trabajan en APS pertenecen a la población a cargo que atiende el centro de salud, con lo cual la mirada de la comunidad es incorporada al **trabajo en equipo**. Ambas características facilitan una visión más completa e integrada de los problemas de las personas, de la realidad local y de las posibles estrategias a seguir para abordar esos problemas.

PLANIFICACIÓN Y PROGRAMACIÓN

La planificación y programación es un proceso que permite orientar el trabajo de los equipos de salud en función de las prioridades nacionales fijadas a partir de los objetivos sanitarios y de la priorización de problemas resultante del diagnóstico participativo de salud local.

PLANIFICACIÓN Y PROGRAMACIÓN EN RED

La planificación y programación en red es un proceso que permite que las personas reciban un continuo de servicios de promoción, prevención, diagnóstico, tratamiento, rehabilitación y cuidados terminales, a través de los diferentes niveles de atención del sistema de salud y de acuerdo a sus necesidades a lo largo del curso de vida. Es un proceso que debe ser liderado por el gestor de red para enfrentar de manera coordinada y resolutiva las necesidades detectadas en el diagnóstico de salud local.

La importancia de Programar en Red, se debe fundamentalmente a tres aspectos: los problemas y necesidades de la población son ilimitadas y los recursos escasos, los problemas de salud prevalentes van cambiando en el tiempo y por último, las acciones de salud son, por naturaleza, complejas.

El estudio de Kerr White y colaboradores, plantea que de un total de 1000 personas estudiadas en un período dado, 750 se sintieron enfermos, de estos, 250 consultaron a médico, 9 ingresaron al hospital, 5 requirieron evaluación por especialista y solo una necesito ingresar a un hospital de mayor complejidad. Estos hallazgos, se refuerzan con los estudios de Bárbara Starfield que evidencian que los países que han fortalecido la atención primaria tienen mejores resultados sanitarios, con menores costos y mayor equidad en salud.

Consistentemente con esta evidencia, la Reforma Sanitaria chilena ratifica a la Atención Primaria; como eje del Sistema de Salud, que interactúa fuertemente con la comunidad y con otros sectores, siendo la principal puerta de entrada hacia la Red Asistencial; como espacio de cuidado continuo, maneja y resuelve un alto porcentaje de la demanda y origina el proceso de referencia y contrarreferencia hacia las especialidades médicas, odontológicas, psicológicas, procedimientos diagnósticos-terapéuticos y la hospitalización.

Para la elaboración de la programación en red, es necesario considerar, el ordenamiento previo de los componentes de la Red, a través de la aplicación de un proceso de diseño y/o rediseño de la Red de los Servicios de Salud, en donde la oferta de prestaciones, debe considerar el proceso completo de resolución de un problema de salud, debe resguardar la continuidad de atención que se materializa en el acceso a controles posteriores a la primera consulta, realización de exámenes y/o procedimientos y derivaciones.

Para la elaboración de la programación en red, es necesario considerar, el ordenamiento previo de los componentes de la Red, a través de la aplicación de un proceso de diseño y/o rediseño de la Red de los Servicios de Salud, en donde la

oferta de prestaciones, debe considerar el proceso completo de resolución de un problema de salud, debe resguardar la continuidad de atención que se materializa en el acceso a controles posteriores a la primera consulta, realización de exámenes y/o procedimientos y derivaciones.

PLANIFICACIÓN Y PROGRAMACIÓN SECTORIZADA

La planificación del Centro de Salud es una actividad fundamental para la programación y ejecución del trabajo de los equipos y exigible conforme a la Pauta de Certificación de Centros de Salud Familiar vigente, para Centros de salud primarios de nivel medio-superior y superior.

La metodología propuesta para llevarla a cabo es la planificación estratégica, la cual suministra los lineamientos y límites para la planificación operativa y programática, en donde los tres tipos de planificación se entrelazan. Una administración efectiva debe tener una estrategia y operar en el nivel cotidiano.

Tipo de planificación	¿Para qué sirve?	¿Qué se obtiene?
Estratégica	Exige a la organización precisar lo que quiere ser y hacer	Visión, Misión. Análisis FODA y objetivos estratégicos
Pragmática	Establece las tácticas de cómo se obtendrán los objetivos estratégicos	Estrategias, tácticas, resultados e indicadores de impacto
Operativa	Establece las actividades que se deben alcanzar en el corto plazo	Actividades, tareas, responsables, costos, metas y cronograma

Figura 3: tipos de planificación

Referencia: Subsecretaría de Redes Asistenciales; División de Atención Primaria, 2013, "Orientaciones para la implementación del modelo de atención integral de salud familiar y comunitaria".

BIBLIOGRAFÍA

1. Ministerio de Salud; Subsecretaría de Salud Pública; División de Prevención y Control de Enfermedades, 2015, “Orientaciones técnicas para la detección, intervención motivacional y referencia a tratamiento para el consumo de alcohol y otras drogas en adolescentes”.
2. Aguayo E. Rojas V; subsecretaría de redes asistenciales; división atención primaria; departamento de diseño y gestión de atención primaria, 2005, “Modelo de atención integral con enfoque familiar y comunitario en establecimientos de la red de atención de salud”.
3. Referencia: Jara H, Turis V, 2007, “Competencias afectivas en los equipos de salud”.
4. Moraga C, Subsecretaría de Salud Pública,; División de Prevención y Control de Enfermedades; Departamento de Salud Mental,2009, “Orientaciones Técnicas Visita Domiciliaria Integral para el Desarrollo Biopsicosocial de la Infancia “.
5. Córdova, C, CESFAM Rodelillo, 2015, “Guía de abordaje por nivel de intervención crisis normativa y no normativa”.
6. Subsecretaría de Redes Asistenciales; División de Atención Primaria, 2013, “Orientaciones para la implementación del modelo de atención integral de salud familiar y comunitaria”.