

Modelo Comunidad Participante y su aplicación al trabajo con familias

Community-as-Partner model and his application to the work with families

Luz María Herrera

Enfermera Matrona, Profesora Auxiliar Departamento de Salud del Niño y Adolescente, Escuela de Enfermería, Pontificia Universidad Católica de Chile.

Sonia Jaimovich

Enfermera, Magíster en Salud Pública, Profesora Titular Departamento de Salud del Niño y Adolescente, Escuela de Enfermería, Pontificia Universidad Católica de Chile.

Resumen

Se presentan los elementos principales del Modelo de Enfermería "Comunidad Participante" (Community-as-Partner) de Anderson y McFarlane (1996), basado en el Modelo Sistémico de Betty Neuman, describiendo la aplicación realizada por profesoras de la Escuela de Enfermería de la Universidad Católica de Chile en la enseñanza de la Enfermería comunitaria y del trabajo con familias. Se definen conceptualmente la Comunidad y el Proceso de Enfermería y se describen los conceptos propios del modelo en cada una de las etapas del proceso aplicado a comunidades y a familias, dando ejemplos. Se considera a la familia como comunidad, complementando la valoración del núcleo con elementos del Modelo de Valoración Familiar de Calgary y con otros de literatura científica abocada al tema de familia. Se concluye que el modelo ha demostrado ser de gran utilidad en pregrado para el trabajo con comunidad y familia; que se hace necesario recurrir al Modelo Sistémico de Betty Neuman para una mejor comprensión de los conceptos y sus relaciones, y que el análisis y discusión entre los miembros del equipo de profesoras del área de salud comunitaria ha sido de fundamental importancia para la comprensión y aplicación de conceptos del modelo.

Palabras Clave: Enfermería en salud comunitaria, modelos de enfermería, educación en enfermería.

Abstract

This paper presents the main elements of the Community-as-Partner model (Anderson and McFarlane, 1996), based on Betty Neuman's Systemic Model, which has been used as a guide to teach Community and Family Health Nursing at the School of Nursing of the Catholic University of Chile. The main concepts in this model are the Community and the Nursing Process. Other concepts of the model are described in each one of the stages of the process, with examples applied to communities and families. Families are considered as a community, by second year students, include in the assessment of the core components extracted from the Calgary Family Assessment Model and other scientific family related literature. We can conclude that the model has demonstrated to be very useful to teach community and family nursing in undergraduate education; that it has been necessary to use Betty Neuman's Systemic Model for a better understanding of the concepts and its relationships; and that the analysis and discussion among the faculty team of the community area has been of great importance in the understanding and application of concepts of the model.

Key words: Community health nursing, nursing models, nursing education.

Introducción

El trabajo en salud comunitaria y familiar se fundamenta en gran medida en la Teoría General de Sistemas, ya que ésta presenta una aproximación sistemática y científica de la realidad y estimula el trabajo interdisciplinario, tan necesario en esta área.

La Teoría General de Sistemas se caracteriza por su visión holística e integradora, donde lo importante son las relaciones que se producen. En un sistema abierto, se establece como condición un flujo de relaciones con el ambiente para la continuidad sistémica (Arnold y Osorio, 1998).

La Escuela de Enfermería de la Pontificia Universidad Católica de Chile ha utilizado el Modelo de Enfermería "Comunidad Participante" (Community-as-Partner) como marco conceptual en docencia de pregrado en los cursos del área de Enfermería comunitaria desde 1993, con el fin de guiar la intervención de Enfermería en el ámbito comunitario y familiar.

Este modelo, descrito por primera vez como Modelo Comunidad como Cliente por Elizabeth Anderson y Judith McFarlane en 1988, está basado en el Modelo Sistémico de Betty Neuman, 1972. El Modelo de Betty Neuman permite una aproximación integral al paciente concebido como un sistema abierto y dinámico, comprendiendo mejor al paciente en su relación con el entorno. El paciente, como sistema, puede ser una persona, una familia o una comunidad (Neuman en Marriner, 1999). La propiedad de modelo sistémico permitió su operación con el trabajo en comunidades desarrollado por Anderson y McFarlane. (1988). En la segunda edición de su libro, Anderson y McFarlane (1996) modificaron el nombre del modelo a "Community-as-Partner", fundamentando el cambio en la necesidad de enfatizar la filosofía de la atención primaria de salud. Si bien hay literatura que lo ha traducido como "Comunidad como Socio" (Klainberg et al., 2000), en esta escuela la traducción se hizo como "Comunidad Participante", por estimarse que reflejaba mejor la intención de las autoras del modelo con el cambio de nombre, ya que así se enfatiza la importancia de la participación de la comunidad en el trabajo concerniente a su salud y bienestar.

Wright y Leahey (2000) destacan la importancia de la Teoría de Sistemas como base para la comprensión de la familia como un todo, definiendo al sistema como un conjunto de elementos en interacción mutua. Aplicado a familias, esta teoría permite visualizarla como una unidad, focalizándose en la interacción entre sus miembros más que en cada uno de ellos. Entre los conceptos de la Teoría de Sistemas destacados por Wright y Leahey (2000) como de importancia para el trabajo con familias están: que el sistema familiar es parte de un suprasistema y a la vez está compuesto por muchos subsistemas; que la familia como un todo es más que la suma de sus partes; que un cambio que ocurre en uno de sus miembros afecta a todo el sistema, y que la familia es capaz de producir un equilibrio entre cambio y estabilidad.

El propósito de este trabajo es presentar los elementos principales del Modelo de Enfermería "Comunidad Participante" (Community-as-Partner), describiendo la aplicación realizada por profesoras de nuestra escuela en la enseñanza de la enfermería comunitaria y su aplicación al trabajo con familias.

Descripción del modelo y su aplicación

Los modelos teóricos de Enfermería se organizan en torno a las conceptualizaciones y relaciones entre cuatro grandes fenómenos: persona, salud, ambiente y Enfermería. Anderson y McFarlane (1988)

definen estos cuatro conceptos centrales de la siguiente forma: *Persona*: la comunidad, concebida como grupo, población o conglomerado con al menos una característica común, como ubicación geográfica, ocupación, raza, intereses comunes, entre otros. *Ambiente*: todas las condiciones, circunstancias e influencias que rodean y afectan el desarrollo de la comunidad, quien a la vez es también parte del ambiente. *Salud*: un estado de equilibrio, en que los subsistemas están en armonía y así el conjunto puede desarrollarse en su máximo potencial. *Enfermería*: una profesión que con visión única y holística de la comunidad contribuye a su salud participando en la valoración de la comunidad, en la detección de problemas de la comunidad factibles de ser modificados por la intervención de Enfermería, planificando y ejecutando, en conjunto con otros, la intervención para disminuir los problemas de salud de la comunidad y evaluando los efectos de las intervenciones en la salud de la comunidad.

De esta manera, las personas que conforman la comunidad están en continua interacción con el ambiente del que forman parte, recibiendo influencias positivas y negativas que influyen en el equilibrio del sistema. La enfermera, a través de la aplicación del proceso de Enfermería, trabaja en conjunto con la comunidad (personas y ambiente) y otros miembros del equipo de salud en la identificación de problemas y en la búsqueda de las mejores estrategias para su solución.

Los principales elementos que se identifican en este modelo son la Comunidad y el Proceso de Enfermería (figura 1, ver página 100). *La Comunidad* compuesta por una estructura básica central o núcleo de la comunidad, formado por personas con atributos o características propias, rodeado por el ambiente subdividido en ocho subsistemas: ambiente físico; servicios sociales y de salud; economía; comunicación; seguridad y transporte; política y gobierno; educación y recreación (Anderson y McFarlane, 1996) (figura 2, ver página 100). La Comunidad se visualiza en forma integral, como un todo, cuyas partes (núcleo y ocho subsistemas) se encuentran en proceso de interacción dinámica, afectándose mutuamente en forma positiva o negativa y en el cual el estrés y la reacción que éste suscita son componentes básicos de la comunidad como sistema abierto (Neuman en Marriner, 1999). Esta interacción entre los componentes y subsistemas se representa en el modelo por líneas punteadas (Anderson y McFarlane, 1996) (figura 2).

Aplicado a comunidades, el núcleo está representado por las personas o población que conforma la comunidad, sea ésta geográfica o un grupo unido por intereses comunes, y al nivel de familias, por los miembros de la familia, como un todo.

El Proceso de Enfermería descrito en el modelo es la herramienta que utiliza la enfermera para abordar a la comunidad con un enfoque unificador, facilitándole la definición acertada de los problemas de Enfermería y comprendiendo mejor a la comunidad en su interacción con el ambiente.

Las etapas del Proceso de Enfermería descritas por Anderson y McFarlane (1988, 1996) en su modelo son cinco: Valoración; Análisis y Diagnósticos de Enfermería Comunitaria; Plan: planificación de la intervención comunitaria según niveles de prevención primaria, secundaria y/o terciaria, y Evaluación.

I. Valoración

La Comunidad está representada en el modelo por la Rueda de la Valoración, en la cual se encuentra el núcleo de la comunidad y los ocho subsistemas del ambiente (figura 2). El modelo se centra en el reconocimiento de todas las variables y factores que están influyendo en la respuesta de la comunidad

a los estresores, tanto internos, es decir, propios de las personas y su ambiente, como externos presentes en el suprasistema, es decir, fuera de los límites de la comunidad.

Si bien la comunidad funciona como un sistema abierto, el separar las distintas partes que lo componen ayuda a su comprensión (Klainberg, 2000). Se requiere de experiencia para lograr la identificación de la comunidad como un todo, por lo que en términos de aprendizaje, para lograr ese objetivo, analizar los componentes de acuerdo a lo propuesto por el Modelo Comunidad Participante ha resultado de utilidad para la práctica de los estudiantes de enfermería. Por ello se describirá por separado la valoración del núcleo y de los ocho subsistemas del ambiente, que componen la comunidad.

Valoración del Núcleo: La valoración del núcleo de la comunidad incluye todos los atributos o características propias de las personas (Anderson y McFarlane, 1996). Entre ellas destacan: la historia de la comunidad; las características sociodemográficas de la población (estructura por edad y sexo), características económicas (ingreso, ocupación), características educacionales (escolaridad o nivel de instrucción, cursos de capacitación), etnia, tipos de hogares, estado civil, estadísticas vitales (nacimientos y muertes por edad y causa), religión; sus valores, creencias y costumbres; las características de salud, morbimortalidad, estilos de vida y uso de los servicios de salud.

Para la valoración del núcleo en su aplicación a la familia, la experiencia desarrollada en la Escuela de Enfermería de la Pontificia Universidad Católica de Chile ha incluido, además de lo que se deriva directamente de este modelo, algunos elementos del Modelo de Valoración Familiar de Calgary (Wright y Leahey, 2000), de funciones de la familia (Covarrubias et al., 1986) y patrones de funcionamiento familiar (Klainberg et al., 2000). Entre los aspectos a valorar destacan: historia familiar (desde que la familia se formó); valores, creencias y costumbres que influyen en su organización como sistema; subsistemas que se forman como díadas o dupletas, tríadas o jerarquías generacionales; características sociodemográficas (edades, género, relación de parentesco, nivel educacional, actividad, ingreso); relación con las familias de origen y con otros subsistemas del ambiente. La valoración de la familia también incluye: etapa del ciclo de vida familiar actual; problemas de salud de sus miembros (actuales y antecedentes familiares), utilización de los servicios de salud (previsión y uso que hacen de ella); impacto de los problemas de salud individual en el proceso familiar; estilos de vida; características de los patrones de la vida diaria o aspecto instrumental del funcionamiento familiar; características del componente expresivo del funcionamiento familiar, referido al tipo de comunicación, solución de problemas, distribución y ejercicio de los roles y estilo normativo de la familia.

Valoración del Ambiente: La valoración de los 8 subsistemas incluye los mismos elementos para comunidades y familias (Anderson y McFarlane, 1996).

Ambiente físico: Entre los elementos a valorar se encuentran ubicación geográfica, densidad de población, características del clima, características del terreno, presencia de animales y vectores, señalizaciones y características de la iluminación, características de las viviendas, características de los transeúntes, áreas verdes, centros de abastecimiento, iglesias, organizaciones y otros.

Servicios sociales y de salud: Se valoran la cantidad, calidad, acceso y cobertura de recursos o servicios sociales y de salud disponibles, así como el tipo de servicios ofrecidos tanto por parte de organismos gubernamentales como no gubernamentales.

Economía: La valoración considera bienes y servicios y fuentes de trabajo disponibles para la comunidad o familia; ingreso per cápita; tasa de empleo y desempleo; tasa de actividad por edad y sexo y distribución porcentual según sector de ocupación.

PROYECTOS DE INTERVENCIÓN

Seguridad y transporte: La valoración de la seguridad del sector considera servicios de protección como bomberos, policía u otros; calidad del aire; disposición de residuos sólidos; disposición de residuos líquidos; disposición de agua potable y red de iluminación. La valoración del transporte considera principalmente el tipo de transporte disponible, tanto público como privado.

Política y gobierno: Considera la valoración de organizaciones políticas a nivel local. En nuestro medio, se considera la Municipalidad como representación de poder político, con los distintos departamentos y servicios ofrecidos a la comuna, incluyendo los programas de desarrollo comunitario. En Chile la organización vecinal está dada a través de unidades vecinales, quienes representan a los vecinos frente a la municipalidad.

Comunicación: Su valoración se realiza en el ámbito formal e informal. La comunicación formal incluye la presencia y uso por parte de la comunidad de medios como prensa, radio, TV, correo, teléfono, internet. La informal considera la forma en que la comunidad se comunica internamente, como puede ser a través de boletines, diarios comunales, radios locales, posters de la iglesia, de los establecimientos educacionales, entre otros.

Educación: Se valora el tipo y acceso a establecimientos educacionales y recursos de capacitación disponibles.

Recreación: La valoración considera recursos disponibles para la recreación y el uso que hace la comunidad y/o familia de ellos.

II. Análisis y diagnóstico

El análisis es el estudio de los datos obtenidos de la valoración con el objetivo de tener una imagen clara de los factores que producen tensión o estrés (estresores); de los problemas de salud ocasionados por los estresores identificados (grado de reacción); de las conductas que están realizando para prevenir los problemas de salud (líneas flexibles de defensa), y los recursos y fortalezas para tratar o solucionar los problemas cuando se presentan y lograr el nivel de funcionamiento perdido por el daño producido (líneas de resistencia). Un buen análisis permite formular los diagnósticos de salud y/o de Enfermería para planificar la intervención de forma coherente con la realidad, y en alguno de los niveles de prevención Anderson y McFarlane (1996) destacan la importancia de analizar los parámetros en conjunto con la comunidad para llegar a un diagnóstico de salud de la misma, así como la importancia del trabajo en equipo inter e intradisciplinario.

Para realizar el análisis de los estresores, se consideran los estímulos que producen tensión y tienen el potencial para causar el desequilibrio del sistema. Estos pueden tener su origen dentro o fuera del sistema (Anderson y McFarlane, 1996). Existen estresores conocidos, desconocidos y universales. Estos pueden diferir en su potencial para alterar el nivel de estabilidad usual del sistema o su línea normal de defensa, dependiendo de la protección dada por la línea flexible de defensa (Neuman en Parker, 2000). Por lo tanto, para el análisis, se requiere identificar todos aquellos estresores (presentes en el núcleo y los ocho subsistemas) que representan un riesgo, amenaza y/o daño a la salud de la comunidad o de la familia. Un temporal de viento y lluvia o la cesantía a nivel nacional pueden considerarse como estresores extracomunitarios; en cambio, la mala disposición de basuras o la ausencia de escuelas pueden identificarse como estresores intracomunitarios.

Aplicado a familias, los estresores tienen el potencial de alterar la salud o funcionamiento familiar (Jaimovich, 1992; Klainberg et al., 2000). Podrían considerarse estresores extrafamiliares, la delincuencia en el barrio, la contaminación del aire o la presencia de perros callejeros y estresores intrafamiliares un conflicto de roles familiares, conflicto de pareja o la cesantía del padre.

La Línea Flexible de Defensa (LFD) es la capacidad para mantener el equilibrio o la salud frente a cualquier estresor. Cualquier variación de la salud ocurre cuando los estresores penetran la línea flexible de defensa (Neuman en Marriner, 1999). Representa un nivel de salud dinámico resultante de la respuesta temporal a estresores, por ello se representa por una línea punteada (Figura 2) que actúa como “amortiguador” (Anderson y McFarlane, 1996). La línea flexible de defensa se considera la primera barrera que enfrenta un estresor al intentar impactar con el sistema, y de esta barrera depende que el estresor penetre o no la línea normal de defensa; es decir, altere o no el equilibrio del sistema. Las interrelaciones particulares, en un momento dado, de las características fisiológicas, psicológicas, socio-culturales, evolutivas y espirituales que posee el sistema comunitario o familiar, pueden influir en el grado de protección que le brinda su línea flexible de defensa frente a una posible reacción a un solo factor estresante o a una combinación de varios (Neuman en Parker, 2000).

Esta respuesta está dada por las acciones que realiza la comunidad tendientes a evitar que un estresor les produzca daño, como ocurre, por ejemplo, cuando frente a la vagancia juvenil, la comunidad acude a la junta de vecinos para desarrollar actividades deportivas con los jóvenes, o frente a la amenaza de epidemia de influenza en los adultos mayores, la comunidad se vacuna en forma oportuna, con lo que se evita que dichos estresores penetren las líneas de defensa.

Aplicado a familias, ejemplos de líneas flexibles de defensa podrían ser que, ante el aumento de la delincuencia del barrio, la familia coloque protecciones en las ventanas; por hospitalización de un miembro de la familia compartan entre todos las tareas que habitualmente ejecutaba esa persona; o frente a la pérdida de empleo del jefe de hogar, los hijos tomen conciencia de la importancia del ahorro en actividades de la vida diaria (cuidar la luz, el gas, el agua y el teléfono) e implementan un negocio familiar artesanal. En este último caso, esta respuesta temporal al estresor intrafamiliar ha permitido desarrollar fortalezas como es la creatividad en los hijos y ha contribuido a que cada uno se sienta capaz de salir adelante por sus propios esfuerzos.

El Grado de Reacción (GR) es el desequilibrio que resulta de la acción de los estresores sobre las líneas de defensa de la comunidad. El grado de reacción puede reflejarse en las tasas de morbilidad o desempleo (Anderson y McFarlane, 1996). Otros ejemplos de daño sufrido por la comunidad pueden ser la delincuencia o la drogadicción.

Aplicado a familias, el grado de reacción es el daño a la salud o funcionamiento familiar que se produce por la acción de estresores. Ejemplos de ello pueden ser las crisis situacionales, ruptura conyugal y drogadicción del hijo adolescente (Jaimovich, 1994).

Para el análisis de las *Líneas de Resistencia (LR)*, se considera que dentro de cada sistema existen de forma implícita factores que lo defienden de los estresores cuando estos han penetrado la línea normal de defensa alterando la estabilidad del sistema. Estos factores internos se denominan líneas de resistencia y su función es intentar recuperar el equilibrio e impedir que el estresor siga penetrando y llegue a la estructura básica del sistema (Neuman en Parker, 2000). Son mecanismos internos que actúan para defenderse de los estresores y del daño producido por ellos; representan las fortalezas de la comunidad presentes tanto en las personas como en cada uno de los ocho subsistemas (Anderson y

McFarlane, 1996). Ejemplo de línea de resistencia frente al grado de reacción de la delincuencia en el sector sería la capacidad de los vecinos de organizarse para que la junta de vecinos solicite mayor vigilancia policial, o a nivel nacional la organización de la policía con un plan cuadrante de vigilancia permanente.

Aplicado a familias, las líneas de resistencia son las fortalezas que le permiten a la familia resolver los problemas de salud familiar. Por ejemplo, si el grado de reacción fuera "alteración de la organización familiar por hospitalización de la madre", se podrían identificar las siguientes líneas de resistencia: poseen adecuada disposición para reorganizar el ejercicio de los roles, valoran y estimulan los esfuerzos de cada uno, cuentan con red de apoyo de familia de origen materno.

Los datos necesarios para analizar las líneas de resistencia se obtienen de la identificación de aquellas fortalezas y recursos propios del núcleo y del ambiente (ocho subsistemas) que le permitirán minimizar el grado de reacción y sus consecuencias y volver al funcionamiento o nivel de salud perdido.

La Línea Normal de Defensa (LND) corresponde al estado de salud que ha alcanzado el sistema o la comunidad con el tiempo. Puede incluir características como alto porcentaje de inmunización o baja mortalidad infantil (Anderson y McFarlane, 1996). El nivel usual de bienestar del sistema corresponde a un punto del *continuum* salud-enfermedad y equivale al nivel de estabilidad alcanzado en un tiempo dado (Neuman en Marriner, 1999). Neuman considera que la línea normal de defensa es dinámica, pudiendo aumentar o disminuir el nivel de estabilidad o bienestar como resultado de un tratamiento a una reacción producida por un estresor (Neuman en Parker, 2000).

La línea normal de defensa se evidencia al nivel de la comunidad a través de sus indicadores de salud y de calidad de vida (nivel de inmunidad, tasas de mortalidad, tasas de morbilidad, nivel de ingresos, grado de organización, entre otros). Un ejemplo de línea normal de defensa podría ser: la comunidad posee un nivel de escolaridad bajo el promedio nacional, que le impide acceder a trabajos mejor remunerados para satisfacer sus necesidades básicas, como vivienda adecuada, alimentación saludable y cuidados de salud apropiados. La esperanza de vida es baja en relación con el país y la causa principal de muerte son las enfermedades cardiovasculares asociadas a estilos de vida desfavorables.

Aplicado a familias, el nivel de salud o funcionamiento familiar se evidencia por la forma de distribuir las tareas de la familia o capacidad para organizarse, por el grado de apoyo emocional y solidaridad entre sus miembros, y también por la estabilidad o vulnerabilidad económica. Como ejemplo, la línea normal de defensa podría expresarse cómo la distribución de tareas permite una adecuada organización familiar. La familia percibe patrones de comunicación entre padres e hijos adolescentes efectivos. Las características de la vivienda satisfacen las necesidades fisiológicas, psicológicas y de protección del peligro. La familia ha alcanzado un nivel económico con adecuada distribución de los ingresos que le permite satisfacer las necesidades básicas.

Diagnóstico: El diagnóstico de Enfermería le da la dirección a las intervenciones de Enfermería y a las metas. La meta deriva de los estresores identificados, pudiendo referirse a la eliminación o disminución de un estresor, o al fortalecimiento de las fortalezas de la comunidad, actuando sobre las líneas de defensa (Anderson y McFarlane, 1996).

La formulación de diagnósticos de Enfermería considera el grado de reacción producido por uno o más estresores. Si no se presenta grado de reacción, pero el estresor está presente, se plantea como riesgo de daño.

De la experiencia obtenida en la aplicación de este modelo durante los últimos diez años se citan los siguientes ejemplos de diagnósticos:

Al nivel de comunidad: "aumento de la incidencia de diarreas relacionada con la contaminación del agua de noria por cercanía a letrina"; "alta incidencia de accidentes en la vía pública relacionada con ausencia de señalizaciones y tránsito vehicular a exceso de velocidad".

Al nivel de familia: "riesgo de asfixia relacionado con la instalación del cálefon dentro del baño con mala ventilación"; "drogadicción por marihuana del hijo mayor relacionado con influencia de pares adictos y facilidad de acceso a la droga".

III. Planificación de la intervención

El validar los diagnósticos de Enfermería comunitaria con los miembros de la comunidad es un paso importante para mantener la participación de la comunidad en el proceso dirigido a planear las intervenciones en salud. Las comunidades tienen el derecho a identificar sus propias necesidades y negociar con la enfermera comunitaria las intervenciones o programas específicos de salud. A su vez, la enfermera es responsable de proporcionar la información requerida para llevar a cabo el proceso (Anderson y McFarlane, 1996).

Una vez validados los diagnósticos, se fijan las metas orientadas hacia la salud de la comunidad y/o familias y las propuestas concretas de acción. De acuerdo a las metas fijadas, se propone un programa con actividades dirigidas al cumplimiento de las metas con el cronograma correspondiente. El programa incluye actividades y objetivos operacionales derivados de las metas, establecidos en forma colaborativa entre los diferentes grupos involucrados (profesionales y miembros de la comunidad). El siguiente paso es identificar la factibilidad de llevar a cabo lo programado, considerando recursos disponibles y requeridos, y obstáculos que puedan interferir con lo planeado. Considerando estos factores, se propone el plan, se registra y asume (Anderson y McFarlane, 1996).

IV. Implementación

Es la fase de acción del proceso de Enfermería, donde se lleva a cabo el plan con foco en la comunidad. En esta fase es fundamental la participación activa de la comunidad para lograr los resultados esperados. Los miembros de la comunidad necesitan sentirse "dueños" del programa o actividad que se llevarán a cabo con ellos, por lo cual deben asumir alguna responsabilidad no sólo al planearla, sino también en su implementación (Anderson y McFarlane, 1996). En su aplicación a familias, el plan propuesto debe ser consensuado con los miembros de la familia y trabajado cooperativamente con ellos.

Intervención comunitaria según niveles de prevención primaria, secundaria y/o terciaria: La intervención de Enfermería planteada por el Modelo Comunidad Participante, así como lo está también en el modelo de Betty Neuman, se enfoca hacia la prevención (primaria, secundaria o terciaria) y, por lo tanto, se basa en el *continuum* salud-enfermedad. De esta manera, al actuar sobre los estresores o sobre las líneas de defensa se está previniendo la enfermedad o contribuyendo a su recuperación. Al planear la intervención con familia, esta dependerá de la severidad y complejidad de los problemas familiares y de sus fortalezas.

PROYECTOS DE INTERVENCIÓN

Prevención primaria: La prevención primaria mejora la salud y el bienestar de la comunidad, permitiendo que ésta sea menos vulnerable a los estresores (Anderson y McFarlane, 1996). La prevención primaria se relaciona con la intervención para identificar y reducir los factores de riesgo posibles o reales asociados con los factores estresantes del entorno y con la prevención de una posible reacción. Si la línea normal de defensa está en un buen nivel, se valoran los riesgos y se interviene para proteger la estabilidad del sistema fortaleciendo su línea flexible de defensa (antes que el estresor impacte con el sistema).

Las intervenciones pueden estar dirigidas a prevenir los problemas o fortalecer la salud de la familia, en cuyo caso se actúa al nivel de prevención primaria fortaleciendo las líneas de defensa (flexible y normal) o eliminando los estresores. Entre las acciones de prevención primaria se puede mencionar la educación para la eliminación de los factores estresantes, el ofrecer información de recursos presentes en los ocho subsistemas, el apoyo para afrontar los problemas de forma positiva y mantener el nivel funcional, la educación relacionada con estilos de vida saludable, entre otros (Neuman en Marriner, 1999).

El modelo Comunidad Participante (Anderson y McFarlane, 1996) describe la promoción de la salud dentro de las alternativas de prevención primaria, con programas destinados a prevenir problemas específicos, aunque reconoce que los programas de promoción de salud están dirigidos a elevar la salud general de la población. En nuestra experiencia, y considerando que la postura actual de la Salud Pública es la orientación hacia la salud, se incorpora la promoción de la salud como alternativa de intervención centrada en la "salud" y no en el "continuum salud-enfermedad", especialmente en el trabajo realizado por alumnos de segundo año de la carrera con familias, en que se pretende promover estilos de vida saludables cuando no se han identificado estresores de importancia sobre los que se requiera actuar.

Prevención Secundaria: La prevención secundaria se realiza cuando el estresor penetró la línea normal de defensa y se relaciona con la sintomatología que aparece tras la reacción a los factores estresantes y con la adecuada jerarquización de las acciones, y con el tratamiento destinado a reducir sus efectos nocivos (Neuman en Marriner, 1999). Si el estresor ha producido grado de reacción, la enfermera plantea intervenciones de prevención secundaria para fortalecer las líneas de resistencia y alcanzar el equilibrio. Las intervenciones dirigidas a pesquisar, a tratar o a solucionar un problema de salud familiar o a evitar un daño mayor, corresponden a acciones de prevención secundaria.

Entre ellas se identifican, entre otros, la movilización y máximo rendimiento de los recursos internos y externos para alcanzar la estabilidad, facilitar la manipulación intencionada de los estresores y las reacciones a ellos, facilitar un diagnóstico oportuno, tratamiento apropiado y medidas de intervención, apoyar los factores positivos dirigidos hacia la recuperación (Neuman en Marriner, 1999).

Prevención Terciaria: Tiene su foco en devolver a la comunidad a un nivel de óptimo funcionamiento (Anderson y McFarlane, 1996). Se refiere a los procesos de adaptación o rehabilitación para lograr la estabilidad óptima posible después del tratamiento o intervención de un problema, previniendo un desequilibrio adicional (Neuman en Marriner, 1999). Las intervenciones dirigidas a mantener la estabilidad del sistema en un proceso de rehabilitación corresponden a acciones del nivel terciario de prevención. Entre ellas se puede mencionar educar, reeducar y/o reorientar y apoyar al paciente (comunidad o familia) hacia los objetivos de la terapia de rehabilitación, coordinar e integrar los recursos de salud necesarios (Neuman en Marriner, 1999); o programas de terapia dirigidos a niños abusados sexualmente (Anderson y McFarlane, 1996).

V. Evaluación:

La enfermera evalúa las respuestas de la comunidad a un programa de salud, con el fin de medir el progreso hacia el logro de las metas y objetivos propuestos. Los datos obtenidos en la evaluación también son de gran importancia para la revisión de los diagnósticos derivados del análisis de la información obtenida en la valoración (Anderson y McFarlane, 1996). Es así como tanto en comunidades como en familias indica los cambios producidos en ellos y proporciona información para una nueva valoración iniciando un nuevo proceso de Enfermería. Existen diferentes métodos que se pueden utilizar para evaluar la relevancia, progreso, costo-eficacia e impacto de un programa de salud, los cuales tienen que haber sido discutidos con la comunidad, considerando sus beneficios y limitaciones (Anderson y McFarlane, 1996).

Algunos indicadores utilizados con mayor frecuencia en la aplicación hecha al trabajar con familia son la comprensión de la educación dada, cambios de conductas, adherencia a tratamientos y controles de salud, eliminación de los factores estresantes, uso adecuado y oportuno de los recursos del ambiente.

Conclusiones

El uso del Modelo Comunidad Participante descrito por Anderson y McFarlane, que ha sido utilizado como guía de la enseñanza de la Enfermería en Salud Comunitaria en la Escuela de Enfermería de la Pontificia Universidad Católica, ha demostrado ser de gran utilidad para la comprensión de esta área de la disciplina al nivel de los alumnos de pregrado. Ayuda a organizar la información, a orientar la intervención y medir resultados, facilitando la aplicación del proceso de Enfermería orientado por un referente teórico.

Con el fin de lograr una mayor comprensión del modelo para su aplicación en docencia de pregrado, se hace necesario recurrir al Modelo Sistémico de Betty Neuman para una mejor comprensión de los conceptos y sus relaciones. El análisis y discusión entre los miembros del equipo de profesoras del área de salud comunitaria ha sido de fundamental importancia para la comprensión y aplicación de conceptos del modelo.

Al aplicarlo al trabajo de familias con alumnos de segundo año de la carrera, se considera la familia como comunidad; sin embargo, para la valoración del núcleo, se complementa con elementos del Modelo de Valoración Familiar de Calgary (Wright y Leahey, 2000) e información obtenida de literatura abocada al tema de familia (Covarrubias, 1986; Klainberg, 2000).

Agradecimientos

Se agradece el aporte de las profesoras María Sylvia Campos, Solange Campos y Ximena Ferrer, con quienes hemos conformado el equipo de Enfermería Comunitaria, haciendo un profundo análisis a lo largo de estos años para lograr la comprensión necesaria para llegar a la aplicación que actualmente se hace de este modelo. Se agradece la generosidad de la doctora Elizabeth Anderson para compartir su modelo con nosotros y su disposición a aportar a nuestra experiencia.

Referencias Bibliográficas

- Anderson, E., & McFarlane, J. (1996). *Community as partner. Theory and practice in nursing*. (2 ed.). Philadelphia: Lippincott-Raven Publishers.
- Covarrubias, P., & Cols. (1985). La familia, una aproximación sociológica. *Revista Educación* (132), 16-21.
- Jaimovich, S. (1994). Aplicación modelo comunidad como cliente a la enfermería familiar. *Revista EPAS: Educación para el autocuidado en salud*, XI(1), 33-34.
- Klainberg, M., Holzemer, S., Leonard, M., & Arnold, J. (2000). *Enfermería comunitaria. Una alianza para la salud*. McGraw Hill Interamericana.
- Marriner, A., & Raile, M. (1999). *Modelos y teorías en enfermería*. (4 ed.). España: Harcourt Brace Publishers Internacional.
- Parker, M. (2000). *Nursing theories and nursing practice*. Philadelphia: F. A. Davis Company.
- Wright, L., & Leahey, M. (2000). *Nurses and families*. Philadelphia: F. A. Davis Company.

Correspondencia a: Luz María Herrera, Escuela de Enfermería, Pontificia Universidad Católica de Chile, Campus San Joaquín, Vicuña Mackenna 4860, Macul, Santiago, luzma@uc.cl