

Una mirada a la relación sistémica existente entre las dimensiones del enfoque salubrista y el cuidado biopsicosocial del adulto mayor hipertenso en la comunidad

A look to existing systematic relation between the dimensions of health approach and the biopsychosocial care of the hypertensive third age patient in the community

Carlos Gafas González

Licenciado en Enfermería. Master en Atención Primaria de Salud. Profesor Auxiliar. Universidad de Ciencias Médicas de Camagüey. Cuba.

RESUMEN

La Atención Primaria de Salud ocupa un lugar esencial en las Ciencias Médicas en Cuba. Una de las temáticas de mayor discusión en ésta estrategia lo constituye la relación entre las dimensiones del enfoque salubrista y el cuidado del adulto mayor hipertenso en la comunidad. Abordar este fenómeno desde la perspectiva de enfermería permite describir la sistemática que se establece entre ellas, utilizando para tal efecto los constructos: origen, estructura y funcionamiento lo que aportó la génesis, el hábitat y la articulación de elementos en la búsqueda de una propuesta atinada al problema de la insuficiencia objeto de descripción. Se concluye que la relación descrita se realiza a partir de una necesidad local concerniente con el insuficiente cuidado del adulto mayor hipertenso en la comunidad. Ésta, se nutre en su estructura del nexo enfermero-paciente-contexto, la cual funciona de forma integrada donde cada componente de este enfoque aporta a la relación el logro del objetivo propuesto.

Palabras clave: Atención Primaria de Salud, dimensiones del enfoque salubrista, sistemática, nexo enfermero-paciente-contexto, cuidado del adulto mayor hipertenso en la comunidad.

ABSTRACT

Primary Health Attention is given a lot of attention in Medical Sciences in Cuba. One of the difficulties discussed when talking about these terms has been the

relationship between the dimensions of the "salubrista" approach and the management of hypertensive elderly in the community. This view deals with the systemic link that is established between them all, using origin, structure and functioning in the form of genesis, habitat and articulation of elements in the finding of a proposal to solve the problem already presented. It is concluded that the connection described is derived from a local need related to the insufficiencies detected in terms of management of the hypertensive elderly from the nursing point of view in the community. It is structured by using the nexus nurse-patient - context which works systemically and where each element helps to fulfil the objective proposed.

Key words: Primary Health Attention, dimensions of the salubrista approach, nexus nurse-patient _context, management of the hypertensive elderly in the community.

INTRODUCCIÓN

Desde mediados del siglo pasado, se hizo evidente que con medidas relativamente sencillas: educativas, preventivas y asistencia sanitaria básica, sustentada en bases científicas, se podía, con poco costo y participación de la comunidad, mejorar la salud de grupos poblacionales de escasos recursos.¹

En el mundo contemporáneo se ejecutan actividades que bajo el rubro de acciones de salud, han estado vinculadas a la atención primaria de forma permanente, progresiva y dinámica constituyendo escenario donde se articulan los servicios de salud con la posibilidad de implementar acciones que involucren al individuo, la familia, la comunidad, la identificación de grupos poblacionales de alto riesgo; así como el diagnóstico precoz y tratamiento oportuno para los mismos.

La atención primaria,¹ expresada en un sentido muy general, «es aquella mediante la cual la población realiza el primer contacto con los servicios de salud, pero dada la complejidad de situaciones y variedades de tipo de prestaciones que puede demandar este primer contacto, expresarlo en este contexto es una simplificación de las funciones e importancia de este nivel de atención»

Como consecuencia de esta aproximación, las concepciones sobre la Atención Primaria de Salud exigen cambios acorde a las políticas sanitarias y por consiguiente a las modificaciones de las estructuras poblacionales contemporáneas, cambios profundos en los que se comprenda la política de salud en relación con la política social, educativa y científico-tecnológica, triada programática encaminada a crear las bases para un proyecto social más justo y equitativo con la vista puesta en el criterio del desarrollo social.

La esperanza de vida en Cuba ha aumentado para todas las edades, la evolución entre principios de los años setenta y principios del Siglo XXI, siguió la misma tendencia descrita con anterioridad para la esperanza de vida al nacer, es decir un aumento significativo en el decenio de los setenta, un estancamiento, e incluso deterioro en algunas edades en el decenio de los ochenta y una recuperación

importante en los noventa. En general para todas las edades los mayores aumentos se presenciaron en los años setenta.²

El envejecimiento que experimenta la población cubana actual, la magnitud alcanzada en este orden y la rapidez con que se ha transformado la pirámide poblacional, demandan de los proveedores de salud la implementación y perfeccionamiento de políticas y estrategias sanitarias de alcance nacional e internacional que contribuyan a satisfacer las necesidades biopsicosociales y a solucionar los problemas de salud que se presentan en esta etapa de la vida.

Desde esta perspectiva, las literaturas científica consultada³⁻⁵ revelan que el envejecimiento de la población cubana, constituye una de las implicaciones demográficas y sociales más importantes derivadas del descenso de la fecundidad y disminución de la mortalidad. Esta información se sustenta en los siguientes argumentos:

I- En Cuba, la primera etapa del proceso de envejecimiento se ubica en los inicios de la década del 70, exactamente en 1972, pero no es hasta 1978 que la población de 60 años y más rebasa el 10 % respecto a la población total.³

II- Producto a los dinámicos cambios demográficos ocurridos en el país, así como la constante mejora de las condiciones sanitarias, se ha prolongado la expectativa de vida y en consecuencia con esto la muerte a edades más avanzadas. En tal sentido, la expectativa de vida al nacer sobrepasa los 75 años, a los 60 años es más de 20 y a los 80 años es más de 7,6.³

III- Cuba cuenta con un 15,8 % de su población envejecida. Éste incremento de la esperanza de vida geriátrica ha posibilitado el aumento de los longevos, según los últimos datos existen aproximadamente 2721 centenarios en toda la isla. La expectativa de vida a los 60 años en Cuba ha aumentado sensiblemente. En 1950 ésta era de 15,5 años y en menos de 40 años se elevó a 21 años. Estos niveles de esperanza de vida de la población adulta mayor son comparables con los más altos del mundo.^{4,5}

IV- Las principales causas de muerte en entre los adultos mayores, se corresponden con las afecciones propias de las edades avanzadas. Las tres primeras causas son: enfermedades del corazón, tumores malignos y enfermedades cerebrovasculares, las cuales en el año 2004 reportaron cifras superiores a las del año precedente.^{5,6}

Las consecuencias derivadas de los planteamientos antes expuestos, requieren de un análisis desde una perspectiva biopsicosocial que permita enfocar los cuidados en correspondencia las limitaciones biológicas, psicológicas y sociales que se presentan de cada paciente. En tal sentido, el desarrollo de cuidados de enfermería y de habilidades para el autocuidado a estimular en el individuo sano y enfermo, se fundamenta en la teoría de Dorothea Orem⁷ para lo cual se hace necesario tomar en consideración que en el estado de salud del adulto mayor hipertenso influyen distintos factores tales como: influencia genética, habilidades cognoscitivas, edad, sexo, ambiente, estilos de vida, localización geográfica, cultura, creencias religiosas, prácticas sanitarias, estándar de vida, experiencias previas de salud, sistemas de apoyo, entre otras determinantes.

La enfermería profesional se inserta con su propia perspectiva en el cuidado integral al adulto mayor y su familia, por lo que es necesario fortalecer los fundamentos que sustentan el cuidado lógico, científico humanizado en las

valoraciones de enfermería dirigidas a ofrecer soluciones a los problemas de salud que se presentan en la atención al individuo la familia y la comunidad.

La planificación de cuidado a la salud de los adultos mayores requiere de una mirada multidisciplinaria e intersectorial. De profesionales comprometidos con la atención de éstas personas, instruidos en el trabajo en equipo, enfocado éste último al fomento de las prácticas del autocuidado, como una vía para el desarrollo de éstas habilidades en los pacientes y sus cuidadores, de forma que garanticen en correspondencias con las posibilidades individuales de cada paciente la perpetuación de sus vida, la recuperación o el mantenimiento de la salud y la prolongación del desarrollo personal, para impactar así en la calidad de vida de los pacientes y sus familiares.

La necesidad de incrementar la calidad de la atención a la salud y por consiguiente la satisfacción de la población con los servicios prestados, demanda, entre otras modificaciones, de prácticas de enfermería que contribuyan a la generación de cuidados dirigidos a satisfacer las necesidades de los pacientes desde su abordaje biopsicosocial.

El inapropiado cuidado ofrecido al adulto mayor hipertenso por parte de las enfermeras(os) de la APS, sustenta la situación problemática planteada, la cual surge del:

- Análisis del tema en reuniones de servicio de enfermería en el área estudiada, en la cual se expresaron insuficiencias relacionadas con: la preparación de las enfermeras(os) que laboran en la APS encargados de ofrecer cuidado a los adultos mayores hipertensos, la medición periódica de la presión arterial por parte de éste personal de salud y el control de la tensión arterial a éstos pacientes.

En Cuba, en correspondencia con los datos del Anuario Estadístico de la Salud del año 2009, la mortalidad general por enfermedades hipertensivas ha aumentado gradualmente. Por esta razón, la prevalencia de hipertensión arterial en el adulto mayor para ambos sexos se sitúa entre una de las más altas para las enfermedades no transmisibles, 791,0 por cada 1 000 habitantes para el grupo poblacional de 60 a 64 años y 465,5 por cada 1 000 habitantes para el grupo de 65 y más años. ⁶

En la provincia de Camagüey, la prevalencia de pacientes dispensarizados por la causa estudiada, es de 213,5 por cada 1 000 habitantes la cual ubica al territorio y entidad clínica, entre una de la más alta con respecto a la media nacional, 202,7 por cada 1 000 habitantes. ⁶

Según la dispensarización del área de salud "José Martí" del municipio Camagüey, en el período comprendido entre abril de 2006 a julio de 2007 existían 9177 personas de 60 años y más, mientras que entre los años 2008 al 2009 se evidenció un aumento del número de adultos mayores (9719) con respecto al período de tiempo declarado.

De esta última cifra, 5082 padecen hipertensión esencial o primaria para una incidencia de 52,3 personas por cada 100 habitantes de este grupo poblacional. Este comportamiento se corresponde con los criterios emitidos por la Dirección Nacional de Registros Médicos y Estadísticas de Salud ⁶ al declarar a este tipo de hipertensión como la forma más común para el grupo poblacional estudiado.

Para sustentar el tema que se presenta, se hace necesario la articulación de interrogantes que en su micro acepción incluyen la relacionada con la influencia educativa y estratégica que en su sistemática relaciona las dimensiones

biopsicosociales con el cuidado del adulto mayor hipertenso en la comunidad desde la perspectiva de enfermería. Aspecto que arroja para el presente estudio el objetivo: describir la relación sistémica que se establece entre los constructos biopsicosociales en el cuidado del adulto mayor hipertenso en la comunidad.

DESARROLLO

La Atención Primaria de Salud y su relación con el adulto mayor hipertenso en la comunidad desde la perspectiva de enfermería

La relación Atención Primaria de Salud - adulto mayor hipertenso en la comunidad ofrece el hábitat adecuado al envejecimiento individual y poblacional que en su demanda biopsicosocial acude al enfoque salubrista en su dimensión integrada por los componentes propios del concepto que responde a la demanda presentada y que se expone en este subtópico. En este sentido, se plantea que el envejecimiento individual no es un fenómeno exclusivo de las sociedades modernas; ha estado presente en todas las etapas del desarrollo social, y ha sido siempre de interés para la filosofía, el arte y la medicina.

El cuidado al Adulto Mayor en la Atención Primaria de Salud constituye una prioridad para el gobierno revolucionario cubano y un reto para el Ministerio de Salud Pública por constituir el envejecimiento que experimenta la población cubana un exponente esencial de esta relación.

En los últimos cien años, se ha producido una revolución tan silenciosa como inusitada: la de la longevidad. Se ha ganado en años de vida, gracias a la reducción de la mortalidad infantil y al tratamiento de las enfermedades ligadas a la vejez. Aumentar la esperanza de vida de los cubanos hasta los 80 años es el objetivo a alcanzar convencidos que contáramos con las reservas y posibilidades para ello.⁸

Se hace necesario para el logro de este fin realizar un análisis exhaustivo del tema desde varios ángulos y con la participación de especialistas de muchos sectores y áreas del conocimiento.

En una mirada al fenómeno desde la perspectiva enfermero se observa la necesidad de implementar estrategias sanitarias con enfoque multidisciplinario e intersectorial que permitan desarrollar acciones educativas de alcance comunitario en aras de materializar de forma efectiva la atención a este grupo poblacional y sus principales problemas de salud enriqueciendo con esto la relación armónica que debe establecerse entre la triada longevidad-enfermedades que afectan a las personas de edad avanzada-intervenciones de enfermería en los problemas del envejecimiento.

En Cuba, el desarrollo de estrategias sanitarias en la Atención Primaria de Salud centra sus objetivos hacia las mejoras continuas de la calidad de vida de la población, en aras de lograr que las personas que transitan hacia la tercera edad y más disfruten de un envejecimiento saludable y feliz. Entre estos programas nacionales se destacan los siguientes:

- a) Del médico y enfermero de la familia.⁹
- b) De atención integral al adulto mayor.¹⁰
- c) De prevención, diagnóstico, evaluación y control de la hipertensión arterial.¹¹

Datos estadísticos sobre la morbilidad y mortalidad del adulto mayor en Cuba, evidencian que más del 35 % de los dispensarizados por HTA; así como, 81 % de los fallecidos por esa causa, pertenecen al grupo poblacional de 60 y más años de edad.¹²

La Hipertensión Arterial es la más común de las condiciones que afectan la salud de los individuos y las poblaciones en todas partes del mundo.¹³ Representa por sí misma una enfermedad, como también un factor de riesgo importante para otras enfermedades, fundamentalmente para la Cardiopatía Isquémica, Insuficiencia Cardíaca, Enfermedad Cerebro Vascular, Insuficiencia Renal y contribuye significativamente a la Retinopatía.¹¹

La prevención de la Hipertensión Arterial es la medida más importante, universal y menos costosa. El perfeccionamiento de la prevención y el control de la presión arterial es un desafío importante para todos los países, lo cual debe constituir una prioridad de las instituciones de salud, la población y los gobiernos.¹¹

La percepción del riesgo que significa padecer de Hipertensión Arterial obliga a ejecutar acciones educativas y de promoción para la salud dirigidas a la disminución de la presión arterial media de la población, impactando sobre otros factores de riesgo asociados a la Hipertensión Arterial fundamentalmente la falta del ejercicio físico, niveles inadecuados de lípidos sanguíneos, elevada ingesta de sal, el tabaquismo y el alcoholismo.

Se precisa en este sentido de una atención de enfermería que refleje las transformaciones que el concepto de salud ha sufrido en el transcurso de los años defendida en la comunidad por un personal con actuación consecuente en el contexto actual con importantes aportes a la salud de la población, hecho que lo distingue como promotor del desarrollo humano, que produce no solo cuidados de salud, sino además valores, cualidades que van hacia el mejoramiento de la salud de las personas.¹⁴

En la literatura consultada se ha podido evidenciar que la enfermería tiene una misión, contribuir a lograr un óptimo estado de salud del individuo, la familia y la comunidad, asegurando una atención integral y personalizada, haciendo un uso adecuado de los recursos humanos y tecnológicos dentro de un marco propicio y siguiendo las estrategias y programas priorizados del MINSAP.⁷

Contribuye de forma efectiva al mejoramiento de la salud de la población, incorporada al Grupo Básico de Trabajo (GBT) a nivel de los policlínicos, en el Equipo Básico de Salud (EBS) en los consultorios del médico y enfermera de la familia, centros educacionales, laborales.⁷

Se coincide con Torres, Dandicourt & Rodríguez¹⁴ cuando plantean que las funciones propias del personal de enfermería en la APS están dirigidas a la consecución de la promoción de la salud, la prevención, la recuperación y la rehabilitación de las enfermedades, de forma tal que sitúe los servicios al alcance del individuo, la familia y la comunidad, para satisfacer así las demandas de salud a lo largo del ciclo vital.

Esta se logra a través de una atención integral que responda a las necesidades sanitarias de la comunidad y que en su finalidad logre que las personas alcancen todo su potencial en cuanto a la salud, cumplan sus diversas funciones sociales y disfruten de la máxima calidad de vida que esté a su alcance.

El desarrollo alcanzado en la enfermería comunitaria como disciplina, exponencia la evolución ocurrida en la ciencia de la enfermería en su interactuar desde la Atención Primaria de Salud con otras áreas del conocimiento científico, en particular con la salud pública, constituyendo un componente esencial de esta última.

Es resultante además del desarrollo interpretativo que ha exigido el análisis de la dimensión biopsicosocial al proporcionar cuidados al individuo, la familia y la comunidad a la luz de la evolución epistemológica contemporánea del proceso salud-enfermedad.

La enfermería comunitaria articula los conocimientos teóricos y las habilidades prácticas a través del cumplimiento de las funciones; asistencial, docente, investigativa y administrativa.

Focaliza su accionar hacia: a) la prevención de las enfermedades mediante la identificación y control de factores de riesgo individuales y colectivos, b) la manipulación del medio ambiente para contribuir a una salud óptima en individuos, familias y comunidades, c) la promoción y educación sanitaria para el mantenimiento de la salud, d) la planificación del cuidado a las personas enfermas en correspondencia con las necesidades afectadas en el contexto familiar y comunitario con un enfoque integral, e) la rehabilitación o recuperación de la salud, g) y cuando nada de esto sea factible ayudar al paciente a que tenga una muerte digna.

En este sentido, se vislumbran nuevos retos asistenciales e investigativos para la enfermería comunitaria desde el paradigma salubrista dado el papel que desempeña el enfermero dentro del Equipo Básico de Salud al sustentar las prácticas comunitarias en el enfoque holístico del cuidado para la atención a los individuos y las familias. Éste enfoque, conduce a un concepto más amplio de cuidado del paciente en términos de la atención a los aspectos físico, mental, social y espiritual vistos como un todo integrado donde las necesidades psicológicas y sociales deben ser tratadas con la misma prioridad que las biológicas.

El enfermero en la comunidad, participa en la investigación científica mediante la indagación sistemática y rigurosa de las situaciones o problemas de salud individuales o poblacionales con el propósito de originar nuevos conocimientos o dar validez a los ya existentes. En el campo de investigación, la enfermería se despliega en una variedad de áreas de la práctica profesional, del desarrollo de teorías, de aspectos ambientales, de aspectos económicos de la atención de la salud, del cuidado específico de la salud, de los elementos biopsicosociales al caracterizar procesos, poblaciones y entidades clínicas con énfasis esencial en el cuidado del adulto mayor estudiado como hipertenso.

El cuidado del adulto mayor hipertenso en la comunidad

El acto de cuidar «se sustenta en componentes esenciales como prevenir y curar». La prevención, García, Hernández, Heredero, Torres & Zaldivar puede tener «un carácter primario cuando se dirige a evitar una enfermedad, o un carácter secundario y terciario cuando actúa en grupos de riesgo o en personas enfermas para evitar las complicaciones».¹⁵

Es indudable que la necesidad del cuidado enfermero, surge cuando existe una persona o grupos de personas que tienen disminuidas o alteradas las capacidades para proporcionarse los autocuidados necesarios, que le permitan mantener las necesidades básicas cubiertas.¹⁶

La enfermería como generadora de cuidados que permiten compensar o superar las dificultades de la persona en su autocapacidad, aplica cuidados que persiguen métodos de ayudas a esas personas.¹⁶

La línea metodológica a seguir en la aplicación de los cuidados enfermeros, vendrá determinada por múltiples factores, de tipo ambientales, de estructura, de recurso, culturales, profesionales, etc., en cualquier caso aplicaremos los cuidados de enfermería teniendo como norma el rigor profesional y el establecimiento del ejercicio científico en todas nuestras acciones.¹⁶

En el cuidado del paciente en las diferentes entidades patológicas que irrumpen en el equilibrio del proceso salud-enfermedad se inscribe la constante búsqueda de soluciones científicas a los problemas que se presentan en el cuidado a las personas.

Al hablar del cuidado del adulto mayor hipertenso en el contexto comunitario desde la perspectiva de enfermería, es necesario concebirlo en la analogía que se establece entre el Proceso de Atención de Enfermería, el origen de las necesidades biopsicosociales afectadas en el adulto mayor y la relación enfermero-paciente-familia y comunidad.

En esta relación sistémica, el Proceso de Atención de Enfermería constituye el método científico que permite prestar cuidados de forma científica, lógica, racional, dinámica y sistemática el cual tiene su máximo exponente en la planificación de cuidados a través de acciones dependientes, independientes e interdependientes.

El origen de las necesidades biopsicosociales afectadas en el adulto mayor permite orientar los cuidados hacia la solución de las necesidades afectadas en los individuos, familia y comunidad. La relación enfermero-paciente-familia-comunidad conjuga las dos anteriores en la que el primero administra el cuidado en correspondencia con las necesidades afectadas y el diagnóstico establecido, responsabilizando de manera educativa al segundo con el auto-cuidado y seguimiento del tratamiento, garantizando de esta forma el restablecimiento y mantenimiento de la Salud a través de intervenciones educativas sustentadas en la educación para la salud.

La atención y el cuidado multidisciplinario al adulto mayor hipertenso en el ámbito comunitario orientan el cuidado del paciente hacia a) la educación para la salud y b) el seguimiento y c) el control de los casos.⁴²

En esta dirección, la educación del paciente se convierte en un acto terapéutico, donde lo importante no es educación para el tratamiento sino educación como tratamiento.¹⁷

Se compone de un conjunto de actividades coordinadas hacia la construcción de saberes, habilidades y estrategias de anticipación y solución de problemas que deben traducirse en el desarrollo de capacidades para tomar decisiones adecuadas y asumir comportamientos que concilien sus valores y prioridades con los requerimientos terapéuticos, minimizando en el paciente la dependencia de la enfermedad y de los servicios de salud.

Para alcanzar el objetivo perseguido con la educación terapéutica como parte del cuidado del adulto mayor hipertenso, es necesario para ello que el enfermero tome en consideración las habilidades y actitudes de cada paciente, el nivel cultural y los conocimientos que estos poseen sobre su enfermedad, así como la forma en que cada persona construye su propia manera de ver y entender la enfermedad, y cómo se relaciona ésta con su vida cotidiana visto desde la dimensión biopsicosocial del cuidado a la Salud, donde el acto terapéutico de educar permita la transformación de conductas insanas en conductas generadoras de salud.

Las modificaciones del estilo de vida en términos del necesario reposo, descanso y sueño, reducción del peso corporal a niveles ideales, dieta adecuada y restricción moderada de sodio hasta <2 g/d, del consumo de alcohol hasta $<28,35$ g/d, práctica prudente de ejercicios físicos resultan tan eficaces como un tratamiento farmacológico antihipertensivo. El consumo de tabaco debe desaprobarse claramente. Los enfermos mayores con hipertensión no complicada no precisan limitar sus actividades mientras que su presión arterial esté controlada. Las modificaciones del estilo de vida pueden además facilitar el control de otras enfermedades asociadas como la diabetes mellitus, obesidad y alteraciones lipídicas en la sangre.¹⁸

El seguimiento y control enfermero de los pacientes hipertensos se dirige hacia a) el mantenimiento de las cifras tensionales por debajo de 140/90 mmHg, b) mejorar el cumplimiento de las medidas de control de la Hipertensión Arterial, c) prevenir las complicaciones, d) capacitar al adulto mayor hipertenso para su propio auto cuidado y e) visitas de control según estado de salud del anciano y estadio de la enfermedad. En caso de que estas medidas no sean suficientes para controlar las cifras tensionales debido a la presencia de factores de riesgos múltiples no controlados o ante la sospecha de una Hipertensión Arterial refractaria o una hipertensión arterial secundaria, se instrumentará el tratamiento farmacológico, previa consulta multidisciplinaria.¹⁸

La singular dualidad que subyace en la Hipertensión Arterial como enfermedad y como factor de riesgo importante de otras enfermedades, las que por demás constituyen las primeras causas de muerte y discapacidad en el adulto mayor, hacen de esta entidad clínica un problema de salud si se ignoran las consecuencias que de la misma pudieran derivarse.

Para evitar, por esta causa, daños a la salud del anciano en particular y a la sociedad en general, se hace necesario el desarrollo de estrategias sanitarias que permitan el cuidado oportuno del adulto mayor hipertenso en la comunidad mediante acciones oportunas, sistemáticas y continuas sustentadas en la promoción de la salud y en el control de la enfermedad por constituir estos un recurso de aplicación universal, con el menor costo posible, los que provocan un impacto positivo al modificar a corto y mediano plazo la salud de la población, incrementando por consiguiente la expectativa de vida geriátrica.

En correspondencia con lo planteado por García «los programas de promoción de salud fijarán su atención en impulsar estilos de vida y ambientes saludables».¹⁷

Los programas de educación para la salud se centraran en el control de los factores y situaciones de riesgo de desarrollar la enfermedad y los programas específicos de atención integral a personas con enfermedades no transmisibles serán concebidos en la unión indisolubles de cuidados y educación terapéutica. Los programas de educación terapéutica se dirigirán a la persona enferma y sus allegados, enseñándoles a cuidarse y a reorganizar su vida adaptando su tratamiento a las variaciones de su cotidianeidad.¹⁷

Tomando en consideración que la hipertensión arterial es una enfermedad inicialmente asintomática y que por tal motivo existe un porcentaje elevado de personas que no tienen ningún control de su presión arterial, y ni siquiera conocen las repercusiones que esta enfermedad tiene sobre la salud individual y familiar, las medidas educativas no solamente resultan de gran importancia para el control de esta entidad clínica que necesita del desempeño de roles en el personal de enfermería en consonancia con la educación para la salud, sino también la relación que aportan los constructos biopsicosociales en el proceso salud-enfermedad desde la perspectiva de enfermería, merecen una aproximación teórica que descansa fundamentalmente en la estructura de esta relación y que se muestra como sigue.

La relación de los constructos biológicos, psicológicos y sociales en el proceso salud-enfermedad desde la perspectiva de enfermería

En correspondencia con investigaciones realizadas por la Antropología, Paleontología, y la Historia, el cuidado de las personas enfermas ha sido una constante en el devenir histórico de los hombres y las mujeres, al margen de las condiciones socioculturales vividas, de la organización grupal donde estuviesen ubicados y de la cultura en que estuviesen inmersos. La forma de pensamiento predominante en cada formación económica social, ha tenido influencias sobre el concepto de salud-enfermedad, determinando así el modelo de atención médica imperante.¹⁹⁻²³

Desde la Revolución Industrial se han producido numerosos cambios a todos los niveles y todos los ámbitos, hasta el punto de que el número y calidad de estos, en el transcurso de solamente dos siglos permiten asegurar que han sido vertiginosos y que, tanto la Salud como su Cuidado, reciben un tratamiento y consideración nunca antes tenido.²²

La realidad holística del hombre ha determinado la necesidad de que numerosos profesionales deban participar en el diagnóstico y tratamiento de necesidades y problemas de salud que presentan personas y grupos, lo que ha supuesto un gran avance en el cuidado de salud de la comunidad, del cual las enfermeras comunitarias han sido protagonistas.¹⁹

La conceptualización promulgada por la OMS en 1946, de salud, y las nuevas, numerosas y diferentes necesidades surgidas en las personas, han obligado a no reducir a aspectos meramente biológicos el problema de salud, hasta identificarlo con enfermedad. La existencia de factores de riesgo, déficit de conocimientos, enfermedades diagnosticadas, etc., son considerados en la actualidad como problemas y necesidades de salud.¹⁹

Esta concepción del problema de salud¹⁹ tiene tres facetas positivas para la enfermería, extensiva a otros profesionales dedicados al cuidado de la salud de los individuos:

- Le permite ampliar sus acciones de cuidado, respondiendo a la alteración o preocupación puntual y sentida por el paciente no limitando su actividad profesional al cuidado de personas cuyas necesidades alteradas surgen como respuesta a una enfermedad diagnosticada o en vías de serlo.
- Incorpora la percepción individual y las necesidades sentidas de la persona sana o enferma a la hora de tomar decisiones profesionales para la elaboración y puesta en práctica de los planes de cuidados.

· La no exclusivización de la enfermedad frente a otras necesidades y problemas de salud, permite entender que las actuaciones correctoras y de control no sean, necesariamente, de naturaleza sanitaria, sino que correspondan a otros sectores de la vida social.

Al decir de Collière ²⁴ «el cuidado enfermero que se planifica para hombres enfermos también se diseña para hombres sanos y se lleva a cabo para permitir la supervivencia de la especie humana»

El nivel alcanzado por la ciencia, permite que consideremos parámetros objetivos que habrán de considerar amplios márgenes de variación y otros aspectos muchos más subjetivos como el bienestar y el malestar de la persona, además de otros muchos conceptos dirigidos a enmarcar el concepto de Salud necesario para el diagnóstico enfermero y médico, el diseño del cuidado y la planificación de servicios de salud.

Sin dudas el objetivo de cuidar la salud de la colectividad pretende responder a las necesidades de salud que surgen en las personas a lo largo de su proceso de vida. Tanto si existe la enfermedad como si no.

La finalidad de la acción profesional de enfermería, es por lo tanto, potenciar al máximo el grado de salud de las personas, capacitándolas para la independencia y la vivencia plena de cada una de las etapas de su ciclo de vida a través de la educación, en aquellos aspectos que tienen que ver con la vida, la salud y el bienestar. Y, cuando llegue el caso, sustituirle en la realización de actividades que realizaría por sí mismo si pudiera, abogando por sus intereses, en todo momento.¹⁹

El modelo explicativo de los determinantes de salud, expresado en el documento «A New Perspective on the Health of Canadians» y conocido también como «Informe Lalonde», plantea una división en grupos de factores de riesgo, no para explicar un suceso de salud en particular sino la pérdida de la misma y sus factores responsables, a la vez que pondera la influencia de cada uno de los grupos, antes mencionados, en dicho proceso.²⁵

El Boletín Epidemiológico «Hacia la generación de salud» de la Organización Panamericana de la Salud constituye un marco conceptual que permite identificar y analizar los problemas y determinar las necesidades de salud para poder elegir los medios que las satisfagan, encauzando la reorganización de los recursos en salud. Por otra parte, la identificación y análisis de necesidades de salud obliga a la identificación de sus factores favorecedores causales.²⁶

Como explicara *Back*²⁶ dicho marco conceptual está basado en la división del campo de salud en cuatro elementos generales, siendo cada uno de ellos de distinta naturaleza, pudiéndose desglosar en varias condiciones o factores y, por tanto, todos ellos corresponden a cada uno de los cuatro elementos generales: comportamientos y estilos de vida, biología humana, entorno del hombre y la organización para la atención de la salud.

El cuidado de la salud es tan amplio y disperso como la misma salud y los múltiples factores que la determinan, que en su mayoría, son un producto sociocultural.

En el cuidado a la salud no se trata solamente de un órgano o un sistema, no es un mero problema de conducta o de un estilo de vida. El cuidado a la salud requiere que se tome en consideración las influencias y las condicionantes de todos los aspectos de la persona sin descuidar ninguno. Es necesario que se considere y acepte la integralidad del ser humano. Esto demanda de la necesidad que el

ecosistema humano asegure la disponibilidad de servicios para cuidar la salud. Entendida ésta necesidad, tanto de las políticas sanitarias, como de la reorientación de los recursos que los diferentes gobiernos destinan al cuidado de la salud del individuo, la familia y la comunidad, las que deben fundamentarse en el holismo de la atención al hombre.

La atención a la comunidad y al entorno frente a la individual sobre el enfermo aislado, la integralidad, su basamento en las necesidades de la población, la participación popular, la accesibilidad y la atención en equipos multidisciplinares, son rasgos que hoy se atribuyen a la Atención Primaria de Salud, comunes a todo el Sistema Nacional de Salud dado el desarrollo que ha experimentado la Salud Pública en Cuba como expresión del desarrollo económico social alcanzado y de la alta prioridad que la Revolución, y nuestro pueblo, le han otorgado a la salud y el bienestar del hombre.²⁷

La estrategia de fortalecimiento de la Atención Primaria de Salud fomenta al paradigma biopsicosocial integral, global y holístico con énfasis en la promoción de salud, la prevención de enfermedades y daños a la salud sin abandonar la atención, asistencia y cuidado, donde la salud constituye uno de los valores más importantes a defender, resultante de un proceso complejo.²⁸

Este paradigma, reconoce nuevas y diversas condicionantes de la situación de salud de las personas, además de los factores biológicos, psicológicos, sociales, económicos, ecológicos, etc., considerando la necesidad del desarrollo de todos ellos para el logro de mejores niveles de salud de la población.²³

La estrecha interrelación existente entre los constructos biológicos, psicológicos y sociales que se describen este subtópico demanda la necesidad de la evaluación holística del cuidado a la salud del individuo, la familia y la comunidad para el mantenimiento del equilibrio en el proceso salud-enfermedad.

En la opinión del autor, la naturaleza biopsicosocial del hombre demanda ocuparse de las tres áreas que conforman su tridimensionalidad. El cuidado a la salud trasciende la dimensión biológica y psicológica para insertarse en el entorno social donde el individuo nace, crece, se desarrolla y muere. En tal sentido, la intervención de enfermería no reduce el cuidado al tratamiento de la enfermedad, sino que se dirige además hacia la necesidad de educar al individuo sobre el proceso salud-enfermedad a lo largo del ciclo vital, capacitándolo para enfrentar las influencias que recibe del ambiente natural y social donde se desenvuelve, lo cual induce a la realización de acciones salubristas e integradas que permitan responder a la multifactoriedad de la salud.

El pensamiento filosófico acontecido en Enfermería sustenta el desarrollo e interpretación de las teorías y modelos que conforman el marco teórico conceptual de la ciencia enfermero, el que a su vez permite la comprensión de la relación de correspondencia que se establece entre la influencia de la Enfermería en la evolución del cuidado a la salud de los seres humanos, y el aporte de éste último al desarrollo evolutivo de la profesión, el cual toma como sustrato la atención al individuo, la familia y la comunidad, desde una perspectiva holística que se pertreche de modelos, estrategias, accionares y que en su despliegue procesual inscriba el cuidado del adulto mayor hipertenso en la comunidad como se presenta.

CONCLUSIONES

La descripción de la relación entre los constructos biopsicosociales y el cuidado del adulto mayor hipertenso en la comunidad se realizan a partir de una necesidad local concerniente con el insuficiente cuidado del adulto mayor hipertenso desde la perspectiva de enfermería en la comunidad. Esta descripción, se nutre en su estructura del nexo entre las dimensiones del enfoque salubristas que contribuyen a la relación enfermero-paciente-contexto la cual funciona de forma sistémica donde cada elemento de este enfoque aporta a la relación el cuidado apropiado del adulto mayor hipertenso en la comunidad.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. De la Torre Montejó E, López Pardo C, Márquez M, Gutiérrez Muñiz J, Rojas Ochoa F. Salud para todos Sí es posible. La Habana: Sociedad Cubana de Salud Pública. Sección de Medicina Social; 2004. XXI.
2. MINSAP. Incremento de la esperanza de vida en Cuba a 80 años. El reto de la sociedad cubana y el sistema nacional de salud. Ministerio de Salud Pública. 2003: 6 y 7.
3. Morfi Samper R. Atención del personal de enfermería en la gerontología comunitaria en Cuba. Rev. Cubana de Enfermería. 2007; 23 (1). Disponible en:
4. González Moro A M. Centenarios y Discapacidad. Gerontología y Geriatria. GEROINFO. 2006; 1 (4): 12-17.
5. Centro de Investigaciones del Envejecimiento, Longevidad y Salud. Enfoques de la Situación de Salud del Adulto Mayor. Análisis de la Mortalidad. Mortalidad proporcional Cuba. 2007.
6. Cuba. Ministerio de Salud Pública. Dirección Nacional de Registros Médicos y Estadísticas de Salud. Anuario Estadístico de Salud. Ciudad de La Habana 2009.
7. González García G, Borrego Borrego M, Suárez Fuentes R, Tejera Villareal G, Pérez Piloto C, Martínez Cerero F, et al. Enfermería Familiar y Social. La Habana: Editorial Ciencias Médicas; 2004.
8. MINSAP. *Accidentes: Impacto, reserva potencial e intervenciones propuestas de este problema de salud en la Esperanza de Vida en Cuba*. Ministerio de Salud Pública. La Habana; 2004.
9. MINSAP. *Programa del médico y enfermero de la familia*. Ministerio de Salud Pública. La Habana 1984.
10. MINSAP. *Programa de atención integral al adulto mayor*. Ministerio de Salud Pública. La Habana; 1997; pp. 1-4.
11. Comisión Nacional de Hipertensión Arterial. *Programa nacional de prevención, diagnóstico, evaluación y control de la hipertensión arterial*. Ministerio de Salud Pública. La Habana, Marzo; 1998.
12. Malagón Cruz Y, Guevara González A. Enfoques de la Situación de Salud del Adulto Mayor. *CITED*. La Habana; 2004.

13. Ordúñez García P O. Hipertensión Arterial: Una Perspectiva de Salud Pública Prevalencia, Origen Étnico, Conocimiento, Tratamiento y Control. [Tesis presentada en opción al grado científico de Doctor en Ciencias de la Salud.] La Habana: ENSAP; 2006.
14. Torres Esperón M. Definición de funciones de enfermería por niveles de formación. Propuesta para el Sistema de Salud Cubano. [Tesis doctoral]. La Habana. ENSAP; 2006.
15. García R, Hernández E, Heredero LB, Torres MH, Zaldivar DP. La Educación Terapéutica. Conceptualización y Caracterización. Interacción con la promoción y la educación para la salud. Devenir histórico. En: Módulo 9 Educación para la Salud. Maestría de Promoción y Educación para la Salud. ENSAP. La Habana; 2002. pp. 20-30.
16. González Trompeta A, Duque del Río C, Eusebio Villén A, García Buendía F, García Vallejo R, Hernández Sánchez I, et al. Metodología de los cuidados enfermeros. El Proceso de Enfermería: valoración, diagnóstico enfermero, planificación de cuidados. Evaluación. En: González Trompeta A. Actualización de Enfermería en Atención Primaria y Especializada. Madrid: FUDEN; 1997. Cap. 11. pp. 101-10.
17. García R, Hernández E, Heredero LB, Torres MH, Zaldivar DP. La Educación Terapéutica. Conceptualización y Caracterización. Interacción con la promoción y la educación para la salud. Devenir histórico. En: Módulo 9 Educación para la Salud. Maestría de Promoción y Educación para la Salud. ENSAP. La Habana; 2002. pp. 20-30
18. Bondy P K, Dilts P V, Drossman D A, Faling L J, Frenkel E P, Gabbard GO, et al. *Trastornos Cardiovasculares*. En: El Manual Merck de Diagnóstico y Tratamiento. Beers M H y Berkow R. Décima Edición Española. Barcelona: Harcourt S A, 1999. Cap. 199. Disponible en: <http://www.harcourt-brace.es> .
19. García Suso A, Vera Cortés M, Campo Osaba A. Enfermería Comunitaria. Bases Teóricas. Madrid: Difusión Avances de la Enfermería; 2001. pp. 46.
20. Colectivo de Autores. Introducción al Medicina General Integral. Selección de temas. Editorial Ciencias Médicas. La Habana, Cuba: Ciencias Médicas 2001.p.85-117
21. González Pérez V. El concepto de calidad de vida y la evolución de los paradigmas de las ciencias de la salud. Rev Cubana Salud Pública 2002; 28 (2): 12-4.
22. Martínez Navarro F, Antó JM, Castellanos PL, Gili M, Marset P, Navarro V. Salud Pública. Madrid: Mc Graw-Hill Interamericana; 1998.
23. Álvarez Sintés R. Medicina General Integral. Vol. 1. La Habana, Cuba: Ciencias Médicas 2001. P. 7-27.
24. Collière MF. Promover la vida. Madrid: Mc Graw-Hill Interamericana; 1993.
25. Lalonde, MA. El concepto de campo de salud. Una perspectiva canadiense. En: Boletín Epidemiológico de la OPS 1983 Vol.4 No: 3 (13-5): 23-4.

26. Back C. Después de Lalonde: Hacia la generación de salud. Boletín Epidemiológico de la OPS 1983 (10-5).

27. Balaguer Cabrera JR. Proyecciones de la Salud Pública en Cuba para el 2015. MINSAP. La Habana; 2006. Disponible en:
http://new.paho.org/hss/index.php?option=com_docman&task=doc_download&gid=10446

28. Ilizástigui F. La necesidad de un nuevo paradigma en Salud Pública. Rev Instituto Juan César García 1998; 8 (1-2):60-2.

Recibido: 11 de octubre de 2010.

Aprobado: 14 de noviembre de 2010.

Correspondencia:

Carlos Gafas González. Universidad de Ciencias Médicas de Camagüey. Cuba. E mail: cgafasg@infomed.sld.cu