



Revista Cuidarte

ISSN: 2216-0973

ISSN: 2346-3414

Programa de Enfermería, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de Santander UDES

Sánchez Palacio, Natalia; Betancurth Loaiza, Diana Paola; Jiménez Álvarez, Alejandra  
La visita familiar desde los determinantes sociales de la salud: aporte de enfermería a la atención primaria  
Revista Cuidarte, vol. 11, núm. 1, e935, 2020, Enero-Abril  
Programa de Enfermería, Facultad de Ciencias de la Salud, Universidad de Santander UDES

DOI: <https://doi.org/10.15649/cuidarte.935>

Disponible en: <https://www.redalyc.org/articulo.oa?id=359565269020>

- Cómo citar el artículo
- Número completo
- Más información del artículo
- Página de la revista en redalyc.org

UDEM  redalyc.org

Sistema de Información Científica Redalyc  
Red de Revistas Científicas de América Latina y el Caribe, España y Portugal  
Proyecto académico sin fines de lucro, desarrollado bajo la iniciativa de acceso abierto

## La visita familiar desde los determinantes sociales de la salud: aporte de enfermería a la atención primaria

## Family visits analyzed from social determinants of health: nursing contribution to primary care

## A visita da família a partir dos determinantes sociais da saúde: contribuição da enfermagem para a atenção básica

Natalia Sánchez Palacio<sup>1</sup>, Diana Paola Betancurth Loaiza<sup>2</sup>, Alejandra Jiménez Álvarez<sup>3</sup>

### Histórico

#### Recibido:

17 de julio de 2019

#### Aceptado:

26 de noviembre de 2019

1 Universidad de Caldas.  
Manizales, Colombia. Autor de  
Correspondencia. E-mail:  
[nataliasp.palacio@gmail.com](mailto:nataliasp.palacio@gmail.com)  
<https://orcid.org/0000-0002-3405-5144>

2 Universidad de Caldas. Manizales,  
Colombia. E-mail:  
[diana.betancurth@ucaldas.edu.co](mailto:diana.betancurth@ucaldas.edu.co)  
<https://orcid.org/0000-0001-7620-2336>

3 Universidad de Caldas.  
Manizales, Colombia. E-mail:  
[alejandrajimenez.aja@gmail.com](mailto:alejandrajimenez.aja@gmail.com)  
<https://orcid.org/0000-0001-9347-7972>

### Resumen

**Introducción:** La visita familiar se convierte en un escenario de aprendizaje significativo para los miembros de los equipos de salud y a la vez en estrategia de impacto social al abordarse desde los determinantes sociales de la salud como aporte a la Atención Primaria en Salud. **Objetivo:** Analizar la visita familiar desde el enfoque de los determinantes sociales de la salud como aporte para la Atención Primaria en Salud. **Materiales y Métodos:** El tipo de estudio de caso colectivo se realizó con 3 familias y 13 integrantes de la zona rural dispersa del municipio de Villamaría. El trabajo de campo se realizó entre septiembre/2017 y mayo/2018. Se utilizaron técnicas cuantitativas y cualitativas. Como instrumentos se utilizaron la ficha familiar con enfoque de determinantes y guía de preguntas. Para el análisis se destaca la técnica de Bardin. **Resultados:** Se identificaron las características sociodemográficas donde se describieron los determinantes sociales de la salud mayormente afectados y se realizó la intervención y educación interprofesional basada en los determinantes sociales de la salud (43 actividades), lo cual influyó en la disminución del riesgo de las 3 familias, ubicándolas en riesgo medio. **Discusión:** se destaca el papel de enfermería en el análisis de los determinantes sociales de la salud durante la visita familiar y la necesidad de abordar los mayormente afectados. **Conclusiones:** La visita familiar con enfoque de determinantes sociales de la salud, permite comprender las dinámicas familiares en su contexto, teniendo en cuenta las realidades, la historia, los modos de vida y las oportunidades de cambios y emprendimiento de cada una de las familias a las que se les acompaña integralmente.

**Palabras clave:** Informes de Casos; Visita Domiciliaria; Determinantes Sociales de la Salud; Atención Primaria de Salud; Salud Pública.

### Abstract

**Introduction:** Family visits become a significant learning scenario for healthcare team members, being at the same time a social impact strategy when approached following social determinants of health as a contribution to primary healthcare. **Objective:** To analyze family visits from the approach of social determinants of health as a contribution to primary healthcare. **Materials and Methods:** The collective case study was carried out with 3 families and 13 members of the dispersed rural area of the municipality of Villamaría. Fieldwork was conducted between September 2017 and May 2018 using quantitative and qualitative methods. Family records were used as instruments with a focus on determinants and a guide to questions. Bardin's technique was used for the analysis. **Results:** Sociodemographic characteristics were identified where the most affected social determinants of health were described and interprofessional intervention and education were conducted based on the social determinants of health (43 activities), which influenced the risk reduction in those 3 families, placing them at medium risk. **Discussion:** It is underlined the role of nursing in the analysis of social determinants of health during family visits and the need to address the most affected ones. **Conclusions:** Family visits with a focus on social determinants of health allow understanding family dynamics in their context, taking into account family realities, history, lifestyles and opportunities for change and entrepreneurship of each of the families that are comprehensively accompanied.

**Key words:** Case Reports; House Calls; Social Determinants of Health; Primary Health Care; Public Health.

### Resumo

**Introdução:** A visita à família torna-se um cenário de aprendizado significativo para os membros das equipes de saúde e, ao mesmo tempo, uma estratégia de impacto social quando abordada a partir dos determinantes sociais da saúde como contribuição à Atenção Primária à Saúde. **Objetivo:** Analisar a visita familiar a partir da abordagem dos determinantes sociais da saúde como contribuição à Atenção Primária à Saúde. **Materiais e Métodos:** O tipo de estudo de caso coletivo foi realizado com 3 famílias e 13 membros da área rural dispersa do município de Villamaría. O trabalho de campo foi realizado entre setembro / 2017 e maio / 2018. Foram utilizadas técnicas quantitativas e qualitativas. Como instrumentos, foi utilizado o arquivo de família com abordagem determinante e guia de perguntas. A técnica de Bardin se destaca pela análise. **Resultados:** Identificaram-se características sócio demográficas, onde os determinantes sociais descritos da saúde mais afetados e intervenção e educação inter-profissional com base em determinantes sociais da saúde (43 atividades), o que influenciou na diminuição do risco das 3 famílias, colocando-as em risco médio. **Discussão:** Destacam-se o papel da enfermagem na análise dos determinantes sociais da saúde durante as visitas familiares e a necessidade de abordar os mais afetados. **Conclusões:** A visita à família, com foco nos determinantes sociais da saúde, permite compreender a dinâmica familiar em seu contexto, levando em consideração as realidades, a história, os modos de vida e as oportunidades de mudança e empreendedorismo de cada uma das famílias que os acompanham integralmente.

**Palavras chave:** Relatos de Casos; Visita Domiciliar; Determinantes Sociais da Saúde; Atenção Primária à Saúde; Saúde Pública.

**Como citar este artículo:** Sánchez N, Betancurth DP, Jiménez A. La visita familiar desde los determinantes sociales de la salud: aporte de enfermería a la atención primaria. Rev Cuid. 2020; 11(1): e935. <http://dx.doi.org/10.15649/cuidarte.935>



©2020 Universidad de Santander. Este es un artículo de acceso abierto, distribuido bajo los términos de la licencia Creative Commons Attribution (CC BY-NC 4.0), que permite el uso ilimitado, distribución y reproducción en cualquier medio, siempre que el autor original y la fuente sean debidamente citados.

## INTRODUCCIÓN

La visita familiar es una estrategia de interacción con la comunidad, en la que se busca un acercamiento con el sujeto, su familia y su relación con las instituciones y entornos que los rodean; para indagar, comprender e intervenir sobre sus realidades concretas, es decir, su cotidianidad y no solo concentrarse en los procesos patológicos, lo que derivaría en las intervenciones en salud por medio de esfuerzos representados en acciones también de promoción de la salud y prevención de la enfermedad.

Así también, se destaca la necesidad de identificar los determinantes sociales de la salud de cada familia, para generar un abordaje que tenga en cuenta los factores influyentes en su diario vivir y comprender el continuum salud-enfermedad como un proceso socio-eco-biológico, determinado social e históricamente, esto a través de los dominios global, particular y singular de la realidad, con los cuales se interrelacionan diferentes componentes - política, economía, cultura, ambiente, patrones de trabajo, consumo de bienes y servicio, creación y reproducción de valores culturales e identidad, disfrute del ambiente, estilos de vida y acciones en defensa de la salud<sup>1</sup>.

Se ha demostrado que las visitas familiares se han convertido en una estrategia que permite tanto el mejoramiento de la calidad de vida de la familia, como transformaciones del equipo interprofesional y aprendices que realizan el acompañamiento en salud<sup>2-4</sup>, es decir, esto desencadena de forma positiva que se planeen las atenciones que son brindadas a las familias por

actores de diferentes disciplinas y sectores para el avance en el mejoramiento de los determinantes sociales de salud que han sido priorizados<sup>5</sup>.

En el contexto colombiano se implementa la Política de Atención Integral en Salud (PAIS), la cual busca crear un sistema cuya atención se centre en la familia y la comunidad. Para esto, se parte del análisis de los determinantes sociales de la salud que recoge tanto los factores protectores de las condiciones de salud, como las causas primarias de la enfermedad y se establecen cuatro estrategias para brindar una atención integral: 1. La Atención Primaria en Salud (APS) con enfoque de salud familiar y comunitaria, 2. El cuidado, 3. La gestión integral del riesgo en salud y 4. El enfoque diferencial de territorios y poblaciones<sup>6</sup>. Específicamente la primera estrategia planteada en la política, permite generar nuevas competencias del talento humano y equipos interdisciplinarios empoderados en el desarrollo de sus capacidades para dar una respuesta social dirigida hacia la persona, familia y comunidad<sup>6</sup>.

Por lo anterior se traza como objetivo, analizar la visita familiar desde el enfoque de los determinantes sociales de la salud como aporte a la Atención Primaria en Salud.

## MATERIALES Y MÉTODOS

La investigación asumió una metodología del tipo estudio de caso colectivo, el cual como lo plantea Simons 2011, a partir de la obtención de datos tanto cualitativos como cuantitativos busca estudiar lo singular, exclusivo y particular de la realidad. Para este estudio el análisis de múltiples

casos, se configura en la línea base de la interpretación colectiva del fenómeno<sup>7,8</sup>.

Del total de familias habitantes de la zona rural dispersa del municipio de Villamaría –Caldas (aproximadamente 3.200)<sup>9</sup>, se trabajó con tres de ellas, para un total de 13 integrantes, las cuales fueron seleccionadas según el puntaje de riesgo dado por el Observatorio Social de la Dirección Territorial de Salud de Caldas.

El trabajo de campo se realizó entre septiembre de 2017 y mayo de 2018. Los encuentros se llevaron a cabo en las viviendas de los participantes, con el fin de poder identificar el fenómeno en su contexto. Como instrumentos de recolección de información se utilizó la ficha de caracterización familiar “instrumento creado por la Dirección Territorial de Salud de Caldas, que sirvió como herramienta para identificar elementos de las dimensiones social, económica y del estado de salud de las comunidades”<sup>10</sup>. De forma complementaria, en cada uno de los encuentros se realizaron entrevistas semiestructuradas y se les dio voz a los participantes, éstas fueron grabadas y transcritas literalmente, y complementadas con la realización del diario de campo en el que se relató cronológicamente lo acontecido, lo que se observó, se sintió y evocó cada encuentro.

Inicialmente se identificaron condiciones de cuidado familiar, los determinantes sociales de la salud y el riesgo familiar, posteriormente se evidenciaron aspectos relevantes que permitieron generar la construcción de un plan de cuidado familiar ajustado a sus necesidades, deseos, expectativas y recursos, esto con el apoyo de un equipo

interdisciplinario donde se integraron estudiantes y profesionales de las áreas de salud pública, medicina, enfermería, psicología, educación física y saneamiento.

Entre los criterios de inclusión se tuvieron en cuenta: ser habitante de la zona rural dispersa del municipio de Villamaría; presentar un puntaje de riesgo medio o alto (entre 6 y 12), según clasificación del Observatorio Social, pertenecer al proyecto de mercado campesino “Domingos de Antaño” realizado en el municipio y acceder de manera voluntaria a participar en el proceso.

Para los datos cuantitativos se hizo uso del Observatorio Social<sup>10</sup>, el cual permite exportar las diferentes variables de los determinantes sociales de la salud, clasificar el riesgo familiar y realizar análisis a través de gráficos. Entre tanto, para los datos cualitativos, se efectuó una simplificación de la información cualitativa recolectada con las entrevistas<sup>11,12</sup>. Posteriormente, se hizo uso de la técnica de Bardin para el análisis cualitativo de contenido, con la cual se realizó una descripción de los datos obtenidos, y se situó la información en el plano cronológico y epistemológico, para finalmente llegar al tratamiento de los resultados: la descripción y la interpretación<sup>13</sup>.

El estudio de caso se deriva del proyecto “*Acompañamiento integral a mujeres emprendedoras de la zona rural del municipio de Villamaría, Caldas*” avalado institucionalmente bajo el código VPU-CS-1525. El mismo cumple con los parámetros enunciados por la Declaración de Helsinki de la Asociación Médica Mundial<sup>14</sup>. No se realizaron procedimientos que atenten contra

la integridad física y moral de las personas. De acuerdo a la Resolución 008430, artículo 11<sup>15</sup>, el presente estudio se considera como “investigación sin riesgo” debido a que se basa en el análisis de características; esto no afecta el comportamiento de los participantes y no se incurre en mediciones éticamente reprochables. La información recolectada tendrá un uso para fines exclusivamente investigativos, resguardando los principios de integridad e intimidad de las personas. Se solicitó el consentimiento informado a las familias para participar en el estudio, previa información sobre los motivos e intenciones del mismo y la garantía de conservación de la confidencialidad y del anonimato.

## RESULTADOS

### 1. Características sociodemográficas de las familias

Se realizó acompañamiento integral en la zona rural del municipio de Villamaría del Departamento de Caldas a tres familias residentes de tres veredas, ubicadas aproximadamente a 0.30 y 1.5 horas del casco urbano:

**Familia 1** conformada por señor de 66 años, esposa de 54 años, hijos: mujer de 35 años, joven de 23 años, hija de 17 años, y nieta de 14 años. Se evidenció buenas relaciones interpersonales entre sus integrantes. A pesar de su situación de desplazamiento por violencia sufrida hace 17 años, han superado las adversidades. Se sustentan económicamente a través del cultivo de café y caña; en su trapiche familiar procesan la caña y así comercializan la panela, además, venden vino

de mora, plátano calado, alfandoque y torta de sidra.

**Familia 2** conformada por señor de 59 años, esposa de 49 años e hijo de 22 años. Sus otros dos hijos de 24 y 30 años, no conviven con ellos. Se observó alteración en la dinámica familiar, la pareja refirió no sentirse apoyados económicamente por sus hijos. Según ellos, su vivienda es un préstamo de la alcaldía y han vivido allí los últimos 22 años. Los padres, no cuentan con un trabajo estable, sus ingresos se deben a la comercialización de sus productos: dulces de frutas, mazamorra y artesanías.

**Familia 3** conformada por señor de 41 años, esposa de 41 años e hija de 7 años. Sus dos hijos varones de 18 y 14 años, se encuentran conviviendo con su abuela en el municipio de Chinchiná. La dinámica familiar ha tenido variaciones en los últimos años, en primera instancia, es una familia en situación de desplazamiento forzado, provenientes de Ibagué, quienes residen hace poco en el municipio de Villamaría. Su cambio constante de residencia dificulta la consecución de un empleo estable e influye en el desarrollo de cada uno de los integrantes de la familia. El señor de 41 años, a través de su actividad como recolector de cosechas en las fincas aledañas, es quien sustenta económicamente a la familia. En la actualidad, habitan una vivienda que les han facilitado como un préstamo.

### 2. Enfoque de determinantes sociales de la salud en la visita familiar

En la tabla 1 se presentan los determinantes sociales de la salud valorados durante las visitas

realizadas, nótese que uno de los principales factores que afectan a las familias es la falta de acceso al sistema de salud, pese a que tenían afiliación, la lejanía con el prestador de servicios, se convertía en una barrera, lo que genera que las familias deban optar por tipo de servicios. De este modo, se conoció que las familias recurren a remedios caseros y a la automedicación. Así lo describen *“No, es que eso le toca a uno caminar para ir al centro de salud y eso es muy abajo, entonces vea, usamos como remedios caseros, acá en la vereda para la fiebre y heridas”*.

En las visitas familiares, se observó que algunos de los integrantes presentaban problemas de salud, no se habían realizado actividades de promoción de la salud y prevención de la enfermedad, como la atención en el programa del adulto mayor, salud oral, planificación familiar o consulta del joven. *“No yo no voy al médico casi, porque la salida de acá es muy dura, a veces pasa por ahí un jeep y pues lo sube a uno hasta Rio Claro y se va; o a veces cuando hay así cualquier carguita llama uno un chofer y el “dentra” aquí, cuando hay panela o cuando hay de pronto café”*.

El factor vivienda, representa una problemática para la familia 1. Todos sus integrantes se ven expuestos al humo del fogón de leña, donde cocinan el 100% de sus alimentos, convirtiéndose en un factor de riesgo para la generación de Enfermedad Pulmonar Obstructiva Crónica (EPOC), al igual que la falta de agua potable, manifiestan *“Ahora estoy cocinando todos los días con leña, porque pues el gas está muy caro, a veces cuando tengo y me acuerdo me colocó el tapabocas cuando voy a hacer el almuerzo, pero eso es cuando se puede”*

Es importante exponer el estrés de uno de los integrantes de la familia 2, relacionado con su situación laboral. El tener 59 años, se ha convertido en un impedimento para encontrar un empleo estable. Esto ha generado sentimientos de impotencia y en consecuencia niveles altos de estrés, que en asociación a su patología, se convierte en un factor de riesgo para su salud *“No, es que es muy duro así, yo sin trabajo ni nada, pues gracias a Dios lo de Domingos de Antaño nos ayuda, pero me da rabia no poder conseguir más”*.

Tabla 1. Determinantes Sociales de la Salud

Determinantes sociales		Familia 1	Familia 2	Familia 3
<b>Agricultura y seguridad alimentaria</b>	Tierra para cultivo	(-)**	(+)*	(-)
<b>Educación</b>	Posibilidad de acceso	(-)	(+)	(-)
<b>Ambiente laboral</b>	Entorno donde desempeñan sus labores	(-)	(-)	(+)
<b>Desempleo</b>	Trabajan	(-)	(+)	(+)
<b>Agua y saneamiento</b>	Acceso agua potable	(+)	(+)	(+)
	Vacunación de animales	(-)	(-)	(-)
	Disposición final de residuos sólidos	(-)	(+)	(-)
<b>Servicios de atención en salud</b>	Acceso a servicio de salud	(+)	(+)	(+)
<b>Vivienda</b>	Vivienda propia	(-)	(+)	(+)
	Servicio de agua	(-)	(-)	(-)
	Servicio de luz	(-)	(-)	(-)
	Cocción con gas	(+)	(-)	(-)
	Cocción con leña	(+)	(+)	(-)
<b>Ingreso y distribución</b>	Ingresos para el beneficio familiar	(-)	(+)	(+)
<b>Red de seguridad social</b>	Afiliación EPS	(+)	(+)	(+)
	Aporte al sistema pensional	(+)	(+)	(+)
<b>Tiempo libre</b>	Actividad de ocio	(-)	(+)	(+)

\*Determinante con mayor riesgo (+)

\*\*Determinante con menor riesgo (-)

Fuente: Elaboración propia

### 3. Intervención y educación interprofesional basada en los determinantes sociales de la salud

A través de la identificación de los determinantes sociales de la salud priorizados de cada familia y el acompañamiento interdisciplinar, se construyó

el plan de cuidado por parte del equipo de Atención Primaria en Salud. De este modo, se realizaron valoraciones médicas, sesiones por psicología, rutinas de ejercicio por educación física, acompañamiento y asesoría por enfermería y saneamiento ambiental (Ver [Tabla 2](#)).



**Tabla 2. Intervenciones**

Atenciones	Número de atenciones		
	Familia 1	Familia 2	Familia 3
Motivación y realización Autoexamen de mama	2	1	0
Toma de Citología	2	0	0
Consulta médica	7	2	1
Valoración Salud oral	3	0	2
Plan de cuidado para evitar el consumo de tabaco	0	1	0
Plan de cuidado sobre actividad física	1	2	0
Examen de próstata	1	1	0
Educación acerca de enfermedades pulmonares obstructivas y su prevención.	2	2	0
Educación acerca de enfermedades crónicas no transmisibles, factores protectores y factores desencadenantes (hipertensión arterial, diabetes y dislipidemia)	3	4	1
Sesiones de psicología	1	2	1
Evaluación y asesoría por saneamiento ambiental	0	1	0
Entrega de filtros de agua	1	1	1
Entrega de cocina ecológica	1	1	1
Total intervenciones: 49	24	18	7

*Fuente: Elaboración propia*

El impacto de la visita familiar, puede verse reflejado en los hallazgos centrales de cada familia. En este sentido, las intervenciones de la familia 1, permitieron identificar una masa en un seno de una de las mujeres, la que posteriormente se estudió mediante mamografía y biopsia. En la familia 2, las cifras de tensión arterial elevadas de uno de los integrantes se detectaron mediante la toma de presión arterial en la consulta médica y fueron corroboradas como hipertensión arterial mediante un afinamiento de presión arterial. En la familia 3, se encontró que una de las mujeres con diagnóstico de hipotiroidismo, no llevaba un control adecuado de su condición, dada la

sintomatología que refería. Fue así como se realizó la valoración médica, se realizaron los paraclínicos y se llevó a cabo un seguimiento de su estado de salud.

Para intervenir dos determinantes centrales, el cocinar con fogón de leña y la falta de agua potable, se presentaron dos proyectos, uno para acceder a filtros de agua (OPS) y otro para el uso de cocinas ecológicas (Secretaría de Desarrollo Social del Departamento de Caldas), no solo resultaron beneficiadas las 3 familias del estudio, sino también todas las pertenecientes al proyecto de emprendimiento.



En la [Tabla 3](#), se observa la disminución del puntaje de riesgo de cada familia después de intervenirlas con la estrategia de APS y realizar acompañamiento. Al aplicar la prueba de normalidad de los puntajes obtenidos se encontró una distribución normal, sin embargo, al realizar la prueba T-student pareada no se encontraron

diferencias estadísticamente significativas entre ambas mediciones. Pese a lo anterior, se destaca que la variación presente en la tabla, tiene una significancia cualitativa, cuya principal relevancia radica en los cambios presentados a partir de las intervenciones realizadas por parte del equipo interprofesional.

**Tabla 3. Riesgo Social**

Puntaje de riesgo según el observatorio social					
Familia 1		Familia 2		Familia 3	
Antes	Después	Antes	Después	Antes	Después
10,17	6, 67	8	6,6	7,6	7,2

*Fuente: Elaboración propia*

## DISCUSIÓN

### 1. Análisis de los determinantes sociales de la salud en la visita familiar

Esta investigación se llevó a cabo con un equipo interprofesional, no obstante, el liderazgo en todo momento fue del personal de enfermería para generar un proceso de análisis de determinantes sociales de la salud y de intervención, que permitiera emprender acciones para mejorar las condiciones de salud y entorno de las familias seleccionadas por riesgo.

Villar y Berenguer, en sus estudios argumentan la importancia de partir de la promoción de la salud, prevención de la enfermedad y recuperación y/o rehabilitación en relación con los factores determinantes de la salud y de esta manera, favorecer a que las acciones se reflejen en la disminución del riesgo familiar, a través del abordaje de las causas que generan

mayores desigualdades en salud<sup>11, 16</sup>. Esta orientación permite mejorar las condiciones de salud y vida, además de aportar a tener una vida armoniosa como la mejor fuente de salud y bienestar, teniendo en cuenta que la familia es el determinante primario de la salud<sup>11</sup>.

Ahora bien, en otro estudio del 2015 sobre determinantes sociales de la salud asociados a la salud familiar, se encontró, que para una efectiva intervención de dichos determinantes, es indispensable que la familia y la sociedad promuevan espacios de debate y análisis. Además, una adecuada cultura de diálogo como elemento activo y mediador en todas las relaciones, decisiones y apropiación activa de la realidad, dejando la imposición en un segundo plano<sup>17</sup>.

Aquí, el papel de enfermería en los equipos de Atención Primaria en Salud es fundamental, pues

tal como lo expresa González, en esta profesión se encuentra inherente la competencia de la comunicación terapéutica, lo cual le permite preguntar, actuar e integrar la información de manera más efectiva y con esto negociar, motivar y escuchar a las personas en función de los procesos de mejora y cambio<sup>18</sup>.

De esta manera, para el análisis de los determinantes sociales de la salud, el papel de enfermería permite no solo crear un buen clima relacional, sino también, asumir la responsabilidad de gestionar el cuidado de la salud. Esto se encuentra relacionado con lo investigado por Aguayo y Mella en 2015, quienes encontraron que las/os enfermeras/os son las/os principales gestoras/es del cuidado, bajo una responsabilidad ética y una calidez humana<sup>19</sup>.

## 2. Avanzar sobre los determinantes mayormente afectados

Héctor Abad en su artículo “Investigación social y cualitativa”, establece que la bioética en relación con la investigación, se ha construido en torno a tres principios básicos: la autonomía, la beneficencia y la justicia. El primero trata de la libre voluntad de las personas para participar en la investigación bajo consentimiento informado, el segundo hace referencia a la capacidad de generar beneficios a todos los involucrados y el tercero habla acerca de la distribución igualitaria de los beneficios resultantes. Aplicar dichos principios a proyectos de investigación con familias y comunidad –*como este*–, impulsa a las partes investigadoras a responsabilizarse y comprometerse con acciones que sean de

utilidad, teniendo como resultado la generación de bienestar con un flujo bilateral y no unilateral<sup>20</sup>. En este estudio de caso en particular, se pudieron intervenir los principales factores alterados que se encontraron en las tres familias estudiadas, los cuales, y como lo expone Lasso en su reflexión sobre inequidad y desigualdad, permiten modificar las distribuciones sociales y a su vez repensar la manera en que se actúa y se piensa, es decir, generar transformaciones<sup>21</sup>.

Así pues, de acuerdo con los hallazgos expuestos por Guillén et al, en su investigación sobre intervención familiar en situación de riesgo social, se encuentra que, las estrategias de apoyo social deben desarrollarse en los planos individual, familiar, grupal, comunitario e institucional, dado que es de esta manera que los programas dirigidos, permiten disminuir las situaciones de riesgo y construir condiciones de protección. Ellos, exponen la existencia de tres niveles de intervención, el primero se enmarca de un modo general, por ejemplo, aplicar técnicas de afrontamiento; el segundo, busca la protección y mejorar las condiciones de vida; finalmente, el tercero, busca favorecer el desarrollo de competencias evolutivas y capacidades de resiliencia<sup>22</sup>.

Sin embargo, dichos niveles de intervención aplicados en un contexto más real, pueden ser adaptados, como lo definen Salazar de la Cruz y Vega: - nivel 1, establecimiento de relaciones – nivel 2, información y consejería informativa – nivel 3, consejerías de sentimientos y apoyo emocional – nivel 4, evaluación funcional e intervenciones planificadas – nivel 5, terapia familiar y retroalimentación con los integrantes del núcleo familiar<sup>23</sup>.

En el marco de estas intervenciones, también es necesario hacer un análisis y una reflexión del factor impacto, que para esta investigación se refleja en la disminución del riesgo inicial reportado en el observatorio social. Esto significa, pasar de una visión instrumental basada en cifras, a materializarse el bienestar de cada persona, a través de un proceso de acompañamiento para mejorar su calidad de vida.

Al respecto Álvarez y Kuri, afirman que los procesos de salud y enfermedad en las personas no solo tienen una relación directa con los factores de riesgo bajo los cuales se encuentra influenciadas, sino también, por el medio donde desarrollan su cotidianidad, su relación con el sistema de salud y el nivel socioeconómico<sup>24</sup>. Es por ello, que determinar el estado de salud de la familia, estar conscientes y acceder a los servicios de salud, conocer sus dificultades físicas, psicosociales, culturales y demás factores que interactúen con su entorno, es de vital importancia para realizar un diagnóstico más aproximado a su realidad, como se muestra en este estudio.

García y Vélez, recomiendan incrementar y progresar en los estudios que tengan como eje central los determinantes sociales de la salud y su relación con el bienestar de las personas, con la finalidad de tomar decisiones acertadas a la hora de intervenir las áreas prioritarias y así poder generar un impacto positivo en el estado de salud de las personas<sup>25</sup>.

Es decir, determinar el estado de salud de la familia, pero no propender por el bienestar y calidad de las personas, convierte la visita en una tarea instrumental para el cumplimiento de indicadores, pero sin ningún impacto social.

### 3. El desplazamiento forzado como un factor de exposición del curso de vida de las familias.

Un hallazgo interesante que puede extraerse de este estudio de caso es la situación de desplazamiento forzado, como parte de la dimensión histórica familiar y social, pues esta se constituye en un eje fundamental para comprender el curso de vida de los integrantes de las familias, durante la realización de la visita.

De forma contextual, Colombia es el segundo país del mundo con el mayor desplazamiento asociado al conflicto y la violencia, con 5.7 millones de víctimas, solo superado por Siria, con 6.5 millones lo que representa uno de los casos más dramáticos de crisis humanitaria del mundo. Según CODHES, al menos 5.905.996 personas han sido desplazadas forzosamente desde 1985 hasta diciembre de 2013, lo que demuestra las variaciones de las cifras de desplazamiento en Colombia, presentándose a finales de los años 90 e inicio de los años 2000, un aumento significativo de la cifra<sup>26,27</sup>. Esta situación se convierte en la tragedia social más grave que produce el conflicto armado<sup>28</sup> porque afecta los derechos a la vida, a la integridad personal, a la libertad, a la seguridad, a tener una familia y a no ser separado de ella<sup>29</sup>.

Los resultados confirman lo encontrado por Acosta et al, quienes sostienen que la situación de desplazamiento forzado sitúa a la familia bajo constantes dinámicas de reajuste y los enfrenta a la complejidad de la sociedad y la apropiación identitaria de la comunidad a la que llegan<sup>30</sup>.

Los determinantes sociales de la salud en este tipo de familias, se ven mayormente afectados al vivir en condiciones de carencia continua, con grandes dificultades para la satisfacción de sus necesidades, tales como vivienda digna, comida, acceso a servicios públicos, la pérdida de propiedades, inadecuadas condiciones laborales -informalidad laboral, subempleo o desempleo-, la reubicación social, y en general la alteración de la productividad económica<sup>31</sup>. Se refleja un complejo duelo y empobrecimiento en las familias, pues como lo plantea Campo y Herazo, con esta situación se puede observar “un proceso en espiral de empobrecimiento de las víctimas”<sup>32</sup>.

Uno de los problemas mayormente identificados no solo es enfrentarse a un lugar extraño, sino también el resquebrajamiento de redes de apoyo producto de la ruptura de lazos de su lugar de origen -modificaciones en los modelos familiares-, y la exclusión de participación en los roles sociales y políticos a la que deben enfrentarse en los nuevos lugares que habitan, todo esto dadas las pocas o nulas oportunidades<sup>28</sup>.

De acuerdo a lo anterior, para realizar la visita familiar desde los determinantes sociales de la salud, se hace indispensable comprender las vidas y las realidades concretas de los sujetos, y para este caso en particular, conocer las vivencias producto del desplazamiento, permitió identificar que estas familias construyen su propio significado de salud, influenciado por las condiciones sociales y políticas a las que se vieron expuestas<sup>33,34</sup>. Así mismo, el grado de influencia de los determinantes, parece depender de la interpretación y arraigo que las familias le dan a su nueva condición de vida y a su historia, es decir, el nivel de aceptación de su situación.

## Limitaciones

La principal limitación presentada en el proceso con las familias fue el difícil acceso a sus viviendas, en tanto, residen en la zona rural dispersa del municipio, lo que afectó en repetidas ocasiones la realización de las visitas familiares.

## CONCLUSIONES

Al realizar el análisis de la visita familiar con enfoque de determinantes sociales de la salud, se pueden comprender las dinámicas familiares en su contexto, teniendo en cuenta las realidades, la historia, los modos de vida y las oportunidades de cambios y emprendimiento de cada una de las familias a las que se les acompaña integralmente. Es necesario priorizar los determinantes sociales de la salud mayormente afectados en cada una de las familias intervenidas, con el fin de lograr impacto de las acciones de intervención y educación interprofesional realizadas y de esta manera generar cambios familiares tanto en la manera de pensar como en la de actuar.

Finalmente, en las visitas familiares se debe contar con la presencia de un equipo interdisciplinario e interprofesional que posibilite un acompañamiento integral a las familias. Se destaca la presencia del profesional de enfermería como agente de cuidado y como guía en la realización de la visita familiar con enfoque de determinantes sociales de la salud. Se recomienda para futuras investigaciones realizar trabajos desde los paradigmas cualitativos y cuantitativos con familias rurales en donde se analicen sus saberes y prácticas populares. Se requiere seguir

trabajando desde el enfoque de determinantes sociales de salud y empoderamiento de los sujetos.

## Agradecimientos

Las autoras dan especial agradecimiento por la realización de este estudio de caso, a las familias participantes, al equipo de Atención Primaria del municipio de Villamaría (Alcaldía de Villamaría), al Programa de Enfermería y Departamento de Salud Pública (Facultad de Ciencias para la Salud, Universidad de Caldas), al Sistema Universitario de Manizales (SUMA), a la Dirección Territorial de Salud de Caldas y a la Organización Panamericana de la Salud.

**Conflicto de intereses:** Las autoras declaran no tener conflicto de intereses.

## REFERENCIAS

1. Cardona, JA. Determinantes y determinación social de la salud como confluencia de la salud pública, la epidemiología y la clínica. *Archivos de Medicina*. 2016; 16(1): 183-91. <https://doi.org/10.30554/archmed.16.1.1090.2016>
2. Zuliani L, Villegas M, Galindo L, Kambouroba M. Visita domiciliaria familiar: estrategia didáctica para la formación integral del personal médico. *Revista Latinoamericana de Ciencias Sociales, Niñez y Juventud*. 2015; 13(2): 851-63. <https://doi.org/10.11600/1692715x.13221280813>
3. Godoy A, Henriquez S, Uranga R, et al. Posta de salud estella maris: una apuesta por un modelo de atención más humano, integral y democrático. *Archivos de Medicina Familiar y General*. 2014; 11(1): 7-12.
4. Giordano D, Gonzales D, Pinto D. Proceso de enfermería en un estudio de familia de persona adulta mayor en atención primaria de salud. *Enfermería Universitaria*. 2017; 14(1): 67 -75. <https://doi.org/10.1016/j.reu.2016.11.003>
5. González R, Cardentey J, Careaga D, Pérez R. Comprehensive teaching-assistance home visit from the Primary Health Care. *Rev Ciencias Médicas*. 2015; 19(5): 811-9.
6. MINSALUD. Política de Atención Integral en Salud. 2016. Disponible en: <https://www.minsalud.gov.co/sites/rid/Lists/BibliotecaDigital/RIDE/DE/modelo-pais-2016.pdf>
7. Serrano CA, Carrillo TM, Santamaría W, Cordero I, Espinosa K. Metodología para el pase de visita de Enfermería en la atención primaria de salud. *Rev Méd Electrón*. 2018; 40(4): 1245-56.
8. Simons H. El estudio de caso: Teoría y práctica. Madrid: Morata. 2011.
9. DANE. Población censada después de compensada por omisiones de cobertura geográfica (1,22%) y contingencia de transferencia (0,26%). 2018.
10. Dirección Territorial de Salud de Caldas. Ficha familiar. Disponible en: <https://saluddecaldas.gov.co/ficha-familia/>
11. Berenguer MC, Pérez A, Dávila F, Sánchez I. Determinantes sociales en la salud de la familia cubana. *MEDISAN*. 2017; 21(1): 61-73.
12. Sancho M, López VM. Perspectiva del alumnado sobre su participación en los procesos de evaluación formativa y compartida en educación física en primaria. *Revista digital de educación física*. 2017; 48(1): 27-48.
13. Farago CC, Fonfoca E. A análise de conteúdo na perspectiva de Bardin: do rigor metodológico à descoberta de um caminho de significações. *Linguagem*. 2013; 18(1): 2-5.
14. Asociación Médica Mundial. Declaración de Helsinki de la AMM - Principios éticos para las investigaciones médicas en seres humanos. Finlandia: WMA Press; 1968.
15. Ministerio de Salud de Colombia. Resolución Número 8430. Por la cual se establecen las normas científicas, técnicas y administrativas para la investigación en salud. Diario Oficial 28765.
16. Villar M. Factores determinantes de la salud: Importancia de la prevención. *Acta méd. peruana*. 2011; 28(4): 237-41.
17. Berenguer MC. Determinantes Sociales de la Salud asociados a la salud familiar. *Dominio de las Ciencias*. 2015; 1(1): 12-7.
18. González C. La comunicación terapéutica usuario-enfermera en las consultas de atención primaria. *RqR Enfermería Comunitaria*. 2014; 2(2): 82-92.
19. Aguayo F, Mella R. Significado práctico del concepto gestión del cuidado en las enfermeras/os que se desempeñan en atención primaria en salud. *Cienc. enferm*. 2015; 21(3): 73-85. <https://doi.org/10.4067/S0717-95532015000300007>
20. Abad B. Investigación social cualitativa y dilemas éticos: De la ética vacía a la ética situada. *Empiria. Revista de metodología de ciencias sociales*. 2016; 34: 101-20. <https://doi.org/10.5944/empiria.34.2016.16524>
21. Lasso RA. Inequidad y desigualdad: las reformas de la salud en los estados plurinacionales de nuestra América. *Rev Salud Pública y Nutrición*. 2016; 15(3): 36-42.
22. Guillén E, Gordillo MJ, Ruiz MI, Gordillo MD. Intervención familiar en situación de riesgo social. *International Journal of Developmental and educational psychology*. 2014; 4(1): 285-294. <https://doi.org/10.17060/ijodaep.2014.n1.v1.409>



23. Salazar de la Cruz M, Jurado A. Niveles de Intervención Familiar. *Acta méd. peruana*. 2013; 30(1): 37-41.
24. Álvarez R, Kuri P. Salud pública y medicina preventiva. México; El manual moderno; 2014. Capítulo 1. Avances de la medicina en el siglo XXI.
25. García J, Vélez C. Determinantes sociales de la salud y la calidad de vida en población adulta de Manizales. Colombia. *Revista Cubana de Salud Pública*. 2017; 43(2): 191-203.
26. Rojas G, Hurado P. Grupos posdesmovilización y desplazamiento forzado en Colombia: una aproximación cuantitativa. *CODHES*. 2014.
27. Agencia Colombiana para la reintegración. Por la paz soy capaz. Informe de gestión. Enero – diciembre de 2013. 2014.
28. González L, Bedmar M. Población infantil en situación de desplazamiento forzado en Colombia y sus manifestaciones de ciudadanía. *Revista de Paz y Conflictos*. 2012; 5, 120-37.
29. ACNUR. Tendencias globales. 2010.
30. Acosta D, Castaño, GA, Sierra GM, Semenova N, Salas C, et al. Salud mental de adolescentes y jóvenes víctimas de desplazamiento forzado en Colombia. *Revista CES Psicología*. 2019; 12(3): 1-19.  
<https://doi.org/10.21615/cesp.12.3.1>
31. Chávez YA, Bohórquez MC. Desplazamiento forzado y reconfiguraciones familiares: una mirada a la situación de madres solteras adolescentes en Soacha. *Rev. Prospectiva*. 2011; 16(16): 1-11.
32. Campo A, Herazo E. Estigma y salud mental en personas víctimas del conflicto armado interno colombiano en situación de desplazamiento forzado. *Revista Colombiana de Psiquiatría*. 2014; 43(4): 212-7.  
<https://doi.org/10.1016/j.rcp.2014.09.004>
33. Díaz VE, Molina AN, Marín MA. Las pérdidas y los duelos en personas afectadas por el desplazamiento forzado. *Pensamiento Psicológico*. 2015; 13 (1): 65-80.  
<https://doi.org/10.11144/Javerianacali.PPSI13-1.pdpa>
34. Posada IC, Mendoza A, Restrepo C, Cano SM, Orozco IC. Factores determinantes de la salud y la enfermedad: mujeres en condición de desplazamiento en Medellín, Colombia. 2015. *Revista Gerencia y Políticas de Salud*. 2017; 15(31): 262-76.  
<https://doi.org/10.11144/Javeriana.rgyaps15-31.fdse>