



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
ESPECIALIDAD DE ENFERMERÍA EN SALUD PÚBLICA**

**INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA ESPECIALIZADA
PARA LA PREVENCIÓN Y CONTROL DE
ENFERMEDADES CRÓNICAS
(DIABETES MELLITUS E HIPERTENSIÓN ARTERIAL)**

ESTUDIO DE CASO

QUE PARA OBTENER EL GRADO DE
ESPECIALISTA EN ENFERMERÍA EN SALUD PÚBLICA

P R E S E N T A

DIANA GRACIELA PÉREZ MARTÍNEZ

CON LA ASESORÍA DE LA
LIC. MARCELA DÍAZ MENDOZA



Universidad Nacional
Autónoma de México

Dirección General de Bibliotecas de la UNAM

Biblioteca Central



UNAM – Dirección General de Bibliotecas
Tesis Digitales
Restricciones de uso

DERECHOS RESERVADOS ©
PROHIBIDA SU REPRODUCCIÓN TOTAL O PARCIAL

Todo el material contenido en esta tesis esta protegido por la Ley Federal del Derecho de Autor (LFDA) de los Estados Unidos Mexicanos (México).

El uso de imágenes, fragmentos de videos, y demás material que sea objeto de protección de los derechos de autor, será exclusivamente para fines educativos e informativos y deberá citar la fuente donde la obtuvo mencionando el autor o autores. Cualquier uso distinto como el lucro, reproducción, edición o modificación, será perseguido y sancionado por el respectivo titular de los Derechos de Autor.

AGRADECIMIENTOS

Agradezco en primer lugar a Dios, por darme la oportunidad de vivir y por estar conmigo en cada paso que doy, por fortalecer mi corazón e iluminar mi mente y por haber puesto en mi camino a aquellas personas que han sido mi soporte y compañía durante mi formación académica.

A mi esposo quien me acompaño con su amor, apoyo y comprensión incondicional, en esta aventura que significó el posgrado, porque entendió mis ausencias y mis malos momentos, porque siempre tuvo una palabra de aliento en los momentos difíciles y quien ha sido un incentivo en mi vida.

A mis padres y a mi abuela Celestina por ser el pilar fundamental en todo lo que soy, en toda mi educación, tanto académica, como de la vida, por su incondicional apoyo perfectamente mantenido a través del tiempo.

A mis hermanos, quienes han sido mis amigos fieles y sinceros, en los que he podido confiar y apoyarme para seguir adelante.

A toda mi familia por quererme y apoyarme siempre, esto también se lo debo a ustedes.

A mis compañeros quienes nos apoyamos mutuamente en nuestra formación profesional, me permitieron entrar en su vida y que hasta ahora, seguimos siendo amigos.

Finalmente a las profesoras, quienes marcaron cada etapa de mi formación, por su apoyo y motivación para la culminación de la especialidad, para la elaboración de este estudio de caso y por impulsar el desarrollo de mi formación académica.

ÍNDICE

1. Introducción	Pág. 1
II. Objetivos del estudio de caso	3
2.1 General	3
2.2 Específicos	3
3. Fundamentación	4
3.1 Antecedentes	4
4. Marco Conceptual	12
4.1 Conceptualización de enfermería	12
4.2 Paradigmas	18
4.3 Teoría de Enfermería	22
4.4 Teoría de otras disciplinas	49
4.5 Proceso de Atención de Enfermería	121
5. Metodología	133
5.1 Estrategia de investigación. Estudio de caso	133
5.2 Selección del caso y fuentes de información	133
5.3 Consideraciones éticas	134
6. Presentación del caso	138
6.1 Descripción del caso	138
6.2 Antecedentes generales de la familia	139
7. Aplicación del Proceso de Atención de Enfermería	142
7.1 Valoración	142
7.1.1 Valoración focaliza, según la teoría del Autocuidado	142
7.2 Plan de Cuidados	154
8. Plan de Alta	163
9. Conclusiones	169
10. Sugerencias	170
Referencia bibliográficas	
Anexos	

1. INTRODUCCIÓN

La transición epidemiológica que experimenta México se caracteriza por el traslape de desafíos: el rezago de la salud y riesgos emergentes: se refleja en un aumento de enfermedades no transmisibles y lesiones asociados a la industrialización y urbanización.

La enfermedad crónica tiene como característica insoslayable que nunca se cura y sus repercusiones familiares están en función de su progresivo y pronostico limitado.

Las enfermedades crónicas ocasionan una serie de procesos que afectan no solo al individuo que las padece sino que dan lugar a cambios radicales en el interior de la familia, fundamentalmente influidos por el sufrimiento y la posible limitación de las capacidades del enfermo que requiere ser atendido, cuidado y medicado. Estos cambios dependen en gran medida de las características propias de cada familia, de la etapa del ciclo vital que ocupe el grupo familiar y de los requerimientos de la enfermedad y su tratamiento. Dependiendo de su funcionalidad familiar estos cambios pueden provocar reacciones crónicas que exacerben la situación prolongando un círculo vicioso difícil de romper.

Es de esperar que la estructura familiar del paciente crónico cambie, los niveles de jerarquía se modifican, de tal manera que si el jefe es el afectado su función parental es delegada a otro miembro así mismo pueden aparecer alianzas y coaliciones que aunadas a los sentimientos del paciente pueden obstaculizar el manejo eficaz de la enfermedad.

Esto deja como reflexión la importancia de la intervención de la Enfermera Especialista en Salud Publica en el núcleo familiar de manera anticipatoria para que la familia opte por decisiones saludables, lo cual constituye uno de los cinco componentes de la promoción de la salud, establecidos en la Primera Conferencia

Internacional sobre promoción de la salud, en Ottawa Canadá, donde se dijo que: “la promoción de la salud favorece el desarrollo personal y social en la medida que aporte información sobre el cuidado, educación sanitaria para tomar decisiones informadas y se perfeccionen las aptitudes indispensables para la vida; de esta manera se aumentan las opciones disponibles para que la gente pueda ejercer un mayor control sobre su salud, el medio social y natural, y así opte por todo aquello que propicie la salud”.

Para este estudio de caso se selecciono a la familia SH, quien habita en el Distrito Federal en la delegación Tlalpan, está conformada por siete integrantes de los cuales uno es adolescente, dos adultos mayores quienes presentan diabetes, hipertensión e hipercolesterolemia y tres adultos, es una familia extensa, urbana, moderna e integrada.

La primera parte de este estudio de caso, se conforma principalmente del marco teórico que le da sustento a este, en donde se abordan temas como la promoción de la salud para la prevención de enfermedades crónicas, conceptualización de enfermería, teoría general del autocuidado, teoría del desarrollo familiar, la fisiopatología de la hipertensión arterial y diabetes mellitus y proceso de atención de enfermería.

En el siguiente apartado se establece la metodología y las consideraciones éticas que se utilizaron para la realización del estudio de caso.

Por ultimo, se desarrolla el proceso de atención de enfermería, en donde se abordan sus cinco etapas y se establece el plan de alta de enfermería.

2. OBJETIVOS DEL ESTUDIO DE CASO

2.1 General

Elaborar un estudio de Caso de Familia a través de la integración de las intervenciones que ofrece la Enfermera Especialista en Salud Pública apoyándose del proceso de atención de enfermería, la teoría del déficit de autocuidado de Dorotea Orem, y de diversas teorías de familia que permitan la atención especializada.

2.2 Específicos

- Identificar las necesidades de la familia en estudio, con base a la primera etapa del proceso enfermero.
- Identificar la etapa de desarrollo en la que se desenvuelve actualmente la familia en estudio.
- Identificar el tipo de sistema familiar de acuerdo a los principios de la teoría Familiar Sistémica.
- Establecer el plan de cuidados para la familia en estudio, de acuerdo a los principios de la teoría del déficit de autocuidado del modelo de enfermería de Dorotea Orem.
- Aplicar intervenciones de enfermería en la familia en estudio para articular el sistema de enfermería de apoyo y educación más adecuado, para corregir y limitar el daño ocasionado por el déficit de autocuidado presente en la familia.
- Evaluar el plan de intervenciones, establecido para limitar el daño y articular el sistema de apoyo y educación, acorde al déficit de autocuidado.

3. FUNDAMENTACIÓN

3.1 Antecedentes

En las dos últimas décadas del siglo XX se han producido de forma acelerada transformaciones importantes en la estructura y organización familiar, y a las edades tradicionales de atención preferente de infancia y ancianidad, se han añadido los jóvenes y los adultos, con una influencia de género determinante a su vez en términos de cuidados y feminización, relacionados con un incremento de la esperanza de vida.

Hoy en día se viven con intensidad diversos problemas que afectan al todo el mundo, como la globalización y las consecuencias de la situación internacional, con implicación directa para todos en relación con el binomio «seguridad-libertad».¹

Todo ello constituye un marco cambiante, que lleva consigo también un importante y rápido cambio en los problemas de salud y en las causas de morbilidad que registran los análisis epidemiológicos. De estos análisis se obtiene un perfil no solo ya de enfermedades que puedan afectar a cambios importantes de la morbilidad, sino también de problemas y situaciones relacionados con la salud y que a su condición de emergentes, se añade la de prevalentes, motivando una gran preocupación social.

Como ejemplo de estos últimos tenemos las adicciones legales, la violencia, los trastornos alimentarios, el suicidio, etc., todos ellos decisivos en las edades juveniles. Otros como la nutrición y el ejercicio físico son hoy la llave de padecimientos como las enfermedades cardiovasculares y la diabetes, de tanta

¹ Salud 21: El marco político de salud para todos de la Región Europea de la OMS. Ministerio de Sanidad y Consumo. OMS. Madrid; 1999.

incidencia en los adultos, y que han constituido los contenidos prioritarios para las organizaciones internacionales sanitarias.²

Muchos de estos problemas tienen su origen en factores sociales que provocan desigualdades en la salud por razón de género y nivel socioeconómico: por ejemplo la situación que viven núcleos de inmigrantes debido a las condiciones de vida en el país de acogida, a los que se añaden situaciones de prostitución, drogadicción y salud mental sin apoyo familiar.

En la etapa actual podemos hablar entonces de problemas tradicionales, cuya respuesta ha de seguir contemplando como prioridad la asistencia clínica convencional, y de otras situaciones y problemas, que de hecho conducen a enfermedades prevalentes y que tienen como base las relaciones entre las personas y de éstas con su entorno. Las respuestas a estas últimas situaciones exigen una intervención más integral en las que, la prevención que afecta a los hábitos y la promoción de la calidad de vida, son factores esenciales.³

El primer grupo centrado en las enfermedades, está más relacionado con la labor sanitaria, más vinculada con la visión sectorial de los servicios y cuyo avance hoy se relaciona con la calidad asistencial y la innovación tecnológica. Los otros problemas de salud, más relacionales y de influencia social, precisan de la participación de varios sectores (intersectorial) y exigen un abordaje más integral.

La promoción de la Salud constituye hoy un instrumento imprescindible y una estrategia básica en la respuesta a los problemas y situaciones de salud más relacionales, no sólo por su condición de problema o enfermedad sino por la

² Cartera de Servicios de Atención Primaria. Definiciones, criterios de acreditación, indicadores de cobertura y normas técnicas mínimas. INSALUD 4. 3ª edición. Madrid; 2001.

³ López A. La reorientación de los sistemas y servicios de salud con criterios de promoción de salud: Componente decisivo de las reformas del sector de la salud. 5a Conferencia Mundial de Promoción de Salud. 5-9 de junio. México; 2000.

obtención de un nivel de salud compatible con una buena calidad de vida, con la satisfacción y el disfrute.⁴

A partir de la Conferencia de la Organización Mundial de la Salud realizada en Alma Ata (Kazajstán) en 1978, la concepción sobre la salud cambió radicalmente. Dejó de vincularse sólo con la medicina y comenzó a pensarse como una temática donde tienen gran influencia factores sociales, económicos y culturales.⁵

Éste fue el primer paso hacia un enfoque integral, pero el nuevo modelo debía lograr que se dejara de pensar en la salud como la ausencia de enfermedades y se le concibiera de modo "positivo". Es decir, el objetivo es conservar la salud, evitando las situaciones que pueden llevar a perderla. Así, las ciencias de la salud debieron ampliarse e incluir no sólo la terapéutica, sino también la promoción de la salud. La prevención se diferencia de la terapéutica porque su tarea es evitar enfermedades a través de vacunaciones, hábitos higiénicos (como el cepillado dental) o proponiendo medidas para evitar el riesgo de contraer enfermedades (por ejemplo, el uso del preservativo para evitar las infecciones de transmisión sexual).⁶

En un principio, la promoción de la salud se equiparó a la educación para la salud; es decir, la transmisión de información a la población para que las personas adopten hábitos saludables que las alejen de situaciones de riesgo de enfermedad. Luego, esta idea se amplió, incluyendo los estilos de vida saludables dirigidos no sólo a evitar enfermedades sino especialmente a cuidar la salud y mejorar la calidad de vida.

En la Primera Conferencia Internacional sobre Promoción de la Salud, en Ottawa (Canadá) en 1986⁷, se propuso ampliar el ámbito de la promoción de la salud, dirigida hasta ese momento a personas individuales. Se planteó la necesidad de

⁴ Unión Internacional para la Promoción y de Educación para la Salud. La evidencia de la eficacia de la promoción de la salud. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid; 2000.

⁵ Organización Mundial de la Salud. Alma-Ata. Atención Primaria de Salud; 1978.

⁶ Costa M, López E. Educación para la salud. Una estrategia para cambiar los estilos de vida. Madrid: Pirámide; 1996.

⁷ Organización Mundial de la Salud. Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud. Ginebra; 1986.

considerar la salud comunitaria, identificando cinco estrategias:

1. Diseñar políticas de salud; esto es, las directrices del Estado en temas de salud
2. Crear ambientes de apoyo a las personas
3. Reforzar la acción comunitaria
4. Desarrollar habilidades personales acordes con esos fines (recursos personales, sociales y materiales que permiten a una persona dirigir su vida, tomar decisiones, resolver conflictos, comunicarse con otros)
5. Reorientar los servicios de salud, reforzando la atención primaria de salud; es decir, la asistencia que se realiza en el primer nivel de asistencia (usualmente centros que dependen de hospitales generales)

En la Cuarta Conferencia Internacional de Promoción de la Salud, en Yakarta (Indonesia) en 1997⁸, se propusieron acciones clave para la promoción de la salud en el siglo XXI entre las que encontramos:

- Promover la responsabilidad social de la salud; o sea, alentar la acción de los sectores público y privado para evitar los daños a la salud.
- Incrementar las inversiones en desarrollo de la salud, mediante un enfoque multisectorial que involucre diversos órganos del Estado (ministerios de Salud, de Desarrollo Social, de Economía, de Educación).
- Consolidar y expandir la cooperación entre actores sociales en torno a la salud.
- Incrementar la capacidad de la comunidad y de los individuos en temas de salud, es decir, concebir la promoción de la salud por y con las personas.
- Asegurar una infraestructura para la promoción de la salud, en particular a través de la acción en escuelas y lugares de trabajo.

Por otro lado, la Organización Panamericana de la Salud, a través de la resolución OPS CD43/14 2001⁹, fija los lineamientos políticos y la preeminencia para la continuidad de la estrategia de promoción de la salud; sugirió políticas públicas

⁸ Organización Mundial de la Salud. Declaración de Yakarta sobre la Promoción de la Salud en el Siglo 21. Ginebra; 1997.

⁹ Organización Panamericana de la Salud. 43 Consejo Directivo. 53ª Sesión del Comité Regional. Promoción de la Salud. Washington; 2001.

saludables de aplicación para todos los sectores relevantes, a fin de mejorar los determinantes de la salud y reducir las inequidades.

Finalmente, la Declaración de Bangkok de 2005¹⁰, reafirmo el compromiso de fortalecer la efectividad de la promoción de la salud para mejorar los determinantes de la salud, reorientar las políticas públicas, las alianzas y el empoderamiento en salud como eje central en el desarrollo, empoderar e involucrar a los ciudadanos y a las comunidades, y reiterar los valores, principios y líneas estratégicas de acción para la promoción de la salud adoptadas desde la Carta de Ottawa y ratificadas por los Estado Miembros.

En este contexto, en México dentro del Programa Nacional de Salud (PNS)¹¹ 2007-2012 señala a la promoción de salud como uno de los ejes rectores. Específicamente, las estrategias 2 y 6 mencionan la necesidad de fortalecer las acciones en promoción de la salud.

En la 15ª Reunión Nacional en Promoción de la Salud, organizada por la Dirección General de Promoción de la Salud, de la Secretaría de Salud en 2006¹², se concluyó que las áreas que necesitan mayor énfasis en promoción de la salud en México son la generación de evidencia y evaluación del impacto de las estrategias de promoción de la salud, la reorientación de servicios de salud, así como el fortalecimiento de capacidades y el apoderamiento de la comunidad.

La promoción de la salud es concebida como una estrategia fundamental para proteger y mejorar la salud de los mexicanos, es una acción política, educativa y social que incrementa la conciencia pública sobre la salud, promueve estilos de vida saludables y la acción comunitaria en favor de la salud; brindando oportunidades y posibilidades a la gente para que ejerzan sus derechos y responsabilidades para la formación de ambientes, sistemas y políticas que sean

¹⁰ Organización Mundial de la Salud. Carta de Bangkok; 2005.

¹¹ Secretaría de Salud. Programa Nacional de Salud 2007-2012. Por un México sano: construyendo alianzas para una mejor salud. México; 2007.

¹² Secretaría de Salud. 15ª Reunión Nacional en Promoción de la Salud, organizada por la Dirección General de Promoción de la Salud. México; 2006.

favorables a su salud y bienestar. Esto implica no solamente instrumentar acciones dirigidas a modificar las condiciones sociales, ambientales y económicas, sino a que se desarrolle un proceso que permita a las personas incrementar el control sobre los determinantes de su salud y en consecuencia, mejorarla.¹³

La participación de Enfermera Especialista en Salud Pública, es sin duda uno de los pilares fundamentales sobre los que se apoyan los servicios de salud para lograr las estrategias que ha propuesto el Sistema Nacional de Salud, el arsenal de recursos que poseemos los profesionales de Enfermería están orientados a la Promoción, Educación, Fomento de la Salud y Prevención de Enfermedades; sin olvidar que la atención a la salud de la familia constituye una necesidad si se desea progresar en las estrategias de promoción, prevención y recuperación de la salud.

Por otro lado la transición epidemiológica que el país enfrenta con la presencia de Enfermedades que se pueden prevenir y detectar a tiempo para evitar complicaciones, mediante la promoción y educación a la salud; en donde la promoción de la salud es una de las intervenciones más importantes para la Enfermera Especialista en Salud Pública, la cual desarrolla a través del fomento del autocuidado en donde busca estimular el cambio en las personas, de una actitud pasiva frente al cuidado de su salud a una activa, lo cual implica que las personas tomen la iniciativa y actúen en busca del bienestar deseado; además pretende lograr cambios de hábitos, costumbres y actitudes frente al cuidado de la propia vida y la del colectivo; para que esto se dé, se requiere internalizar la importancia de la responsabilidad y el compromiso que se tiene consigo mismo.

Con respecto a la Promoción de la Salud para la prevención de enfermedades crónicas y su importancia en la prevención de estas, ha sido señalada en múltiples publicaciones por ejemplo en el artículo del autor Hernández Herrera¹⁴, en donde de manera estadística nos da a conocer el contexto que vive su país con respecto

¹³ Ibid.

¹⁴ Hernández H J M. Avances en promoción de la salud y prevención de la enfermedades crónicas en Costa Rica. Rev. Costarr Salud Pública 2010; 19:48-55.

a las enfermedades crónico degenerativas y posterior a esto señala que la presencia de estas enfermedades se pueden prevenir y detectar a tiempo para evitar complicaciones, mediante la promoción y educación para la salud. Villar Aguirre¹⁵, en el 2011 opina que la prevención de enfermedades crónicas a través de la promoción para la salud, pertenecen al ámbito de la doctrina de la Salud Pública, además de que afirma que los efectos negativos de los determinantes de la salud se pueden reducir a través de la educación y promoción para la salud.

Por lado la autora García González¹⁶, discute las premisas, desafíos y derivaciones prácticas que impone el modelo de la promoción de la salud, menciona que para prevenir las enfermedades crónicas es importante el diagnóstico de salud de la comunidad y el carácter interdisciplinario o intersectorial de los programas de promoción y educación para la salud.

Córdova Villalobos¹⁷ en el 2008, da a conocer la iniciativa de una estrategia del gobierno federal para reducir la mortalidad por las enfermedades crónicas, en este artículo nos describe la atención en las unidades médicas llamadas UNEME, en donde se atienden personas con preobesidad, obesidad, riesgo cardiovascular y diabetes, estrategia en la que un grupo multidisciplinario brinda educación al paciente sobre su salud, se incorpora a la familia en el tratamiento. Con esta estrategia se espera como resultado ahorros para el sistema de salud.

Por último este mismo autor¹⁸ y colaboradores publican un artículo en donde señalan a las enfermedades cardiovasculares y la diabetes como las principales causas de muerte en el continente americano y que en México, la diabetes ocupa el primer lugar como causa de muerte, vuelve a describir a la estrategia UNEME, dentro de la cual uno de los pilares fundamentales de esta es la educación y

¹⁵ Villar A M. Factores determinantes de la salud: Importancia de la prevención. Acta médica peruana, oct. /dic. 2011, vol.28, no.4, p.237-241. ISSN 1728-5917.

¹⁶ García G R. Dimensión educativa del cuidado de las enfermedades crónicas.

¹⁷ Córdova V J. A., Las enfermedades crónicas no transmisibles en México: sinopsis epidemiológica y prevención integral, Rev. Salud Pública México v.50 n.5 Cuernavaca sep. /oct. 2008.

¹⁸ Córdova V J A et al. Plan de prevención clínica de las enfermedades crónicas: sobrepeso, riesgo cardiovascular y diabetes mellitus 2007-2012 y sistema de indicadores de Diabetes en México. Revista Mexicana de Cardiología, Vol.20 No. 1. Enero-Marzo 2009. p. 42-45.

promoción para la salud, dentro de este plan de prevención también se menciona la importancia del autocuidado, además de subrayar la importancia de la adaptación de los programas educativos de los profesionales de la salud.

4. MARCO CONCEPTUAL

4.1 Conceptualización de Enfermería

Enfermería se ha descrito en numerosas oportunidades como una serie de tareas y técnicas; como un servicio humano amplio, compasivo y de apoyo; como una vocación aprendida; y más recientemente como una disciplina del área de la salud y del comportamiento humano que maneja el cuidado de la salud en los transcurso del proceso vital humano.

La conceptualización incluye el entendimiento de aquellos factores biológicos, del comportamiento, social y cultural que tienen influencia en la salud y en la enfermedad, incluyendo las definiciones de indicadores y resultados de salud. Estas características se reflejan en los temas manejados por Donalson y Crowley (1978)¹⁹:

1. Los principios y leyes que gobiernan los procesos vitales, el bienestar y el funcionamiento óptimo de los seres humanos.
2. Los patrones del comportamiento humano en interacción con el ambiente o contexto en situaciones normales o críticas de la vida.
3. Los procesos a través de los cuales se suceden cambios en la vida de los seres humanos y que afectan el estado de la salud.

Se reconoce que enfermería es una Disciplina profesional (Johnson 1959²⁰; Leininger 1978²¹; Dickoff y James 1968²²; Donalson & Crowley 1979; Rogers 1970²³; Bilitsky 1981²⁴; Fawcett 1984²⁵; Woods & Catanzaro 1988²⁶); un campo

¹⁹ Donaldson S & Crowley D. The discipline of nursing. Nursing Outlook; 1978. p. 113-120.

²⁰ Johnson D E. The nature of a science in nursing. Nursing Outlook; 1959. p. 291-294.

²¹ Leininger M M. Transcultural Nursing: Concepts, Theories and Practices. New York: Wiley & Sons; 1978.

²² Dickoff J & James. A theory of theories: A position paper. Nursing Research; 1968. p. 197-203.

²³ Rogers M. An Introduction to the Theoretical Basis of Nursing. Philadelphia: F.A. Davis Company; 1970.

²⁴ Bilitski J S. Nursing science and the laws of health: The test of substance as a step in the process of theory development. Advances in Nursing Science; 1981. p. 15-29.

científico de aplicación derivados de las ciencias naturales, sociales y de las humanidades.

4.1.2 Evolución de las Definiciones de Enfermería

Mucho se ha discutido y escrito sobre la conceptualización de enfermería y su definición. Algunos han llegado a definirla por sus acciones o por el área de especialidad, es decir por lo que se hace. Este tipo de definición es confusa como guía orientadora para la disciplina y la practica porque enfermería ha llegado a ejecutar un sinfín de acciones profesionales y no profesionales adicionales y colaterales. Otros la definen de acuerdo con lo que creen debería ser. Esta conceptualización es la que han adoptado algunas teoristas y según la experiencia puede llevar cierto grado de confusión y desconcierto cuando se discuten sin el suficiente conocimiento y dominio de su significado e implicaciones. Otros simplemente no la definen, lo que hace mucho más incierta y difícil su ubicación dentro del concierto de las profesiones de la salud (Fuller 1978²⁷).

Después de Florence Nightingale quien primero definió enfermería y la diferencio como profesión independiente de la medicina, con metas propias; enfermería duro casi setenta años en el oscurantismo conceptual. Durante este periodo su definición se transformo en algo metafórico asimilado a la imagen de la maternidad que se caracteriza por acciones tales como nutrir, cuidar, consolar, reconfortar y otras formas maternas de comportamiento que influyen en la imagen misma de la enfermera y su forma de actuar y pensar; al mismo tiempo que en la manera como la sociedad percibe y deduce cual debe ser el comportamiento de enfermería.

Las definiciones de enfermería se deben interpretar y tienen sentido si se analizan a través del periodo histórico y de desarrollo por el que atraviesa. Al establecer la disciplina de enfermería, Nightingale conceptualizo acerca de su naturaleza y la

²⁵ Fawcett The metaparadigm of nursing: Current status and future refinements. Image; 1984. p. 84-87.

²⁶ Woods N K & Catanzaro M. Nursing Research: Theory and Practice. St. Louis: The CV. Mosby Company; 1988.

²⁷ Fuller S S. Wholistic man and the science and practice of nursing. Nursing Outlook; 1978.p. 700-704.

necesidad de desarrollar un cuerpo de conocimientos diferentes al de medicina. En sus Notas de Enfermería señala: “Enfermería es cuidar y ayudar al paciente que sufre de alguna enfermedad al vivir; lo mismo que la enfermería de la salud es mantener o lograr que la salud de cualquier niño o persona sana se mantenga y no sea susceptible a la enfermedad”. Agrega Nightingale que lo que la enfermera debe hacer es lograr llevar al paciente a tal estado que la naturaleza, de manera natural pueda actuar en el (Nightingale, 1969 original de 1859²⁸).

Esta primera definición despreciada y olvidada por la comunidad de enfermería en años posteriores muestra claramente una conceptualización teórica y da pautas claras para la práctica y la investigación. Lo que Nightingale quiso decir fue que el enfoque de enfermería debía basarse en el ambiente que rodea al paciente, sus necesidades y su observación. Igualmente define las relaciones entre el paciente y la enfermera. Así el quehacer está determinado y si se analiza en todas sus dimensiones se llega a la conclusión de la complejidad de su naturaleza. En la definición se ve con claridad la separación de enfermería y medicina e igualmente muestra los rumbos que enfermería ha debido tomar en su aspecto educativo.

Lamentablemente la evolución de enfermería cambió de rumbo y las directrices de Nightingale se eclipsaron, colocando a enfermería como algo sumiso a la medicina, sin identidad propia, con un cuerpo de conocimientos no estructurado y prestado, utilizando reglas, principios y tradiciones que iban afirmándose a través del aprendizaje repetitivo y la sabiduría común derivada de la experiencia, sin motivación para la investigación.

El hecho más deformante y alejado de la definición de enfermería de Nightingale fue el de confundir el conocimiento de la patología con el de las leyes de la salud. La patología enseña sobre el daño que hace la enfermedad, pero no enseña nada más. La situación de dependencia no requería conceptualizaciones o definiciones y así vivió enfermería hasta 1950, a pesar de los muchos esfuerzos hechos por numerosas líderes profesionales y académicas, y del cambio de la educación

²⁸ Nightingale F. Notes on Nursing: What it is and what is not. New York: Dover; 1969.

hospitalaria a la universitaria, cambio que aún hoy en día es difícil de llevar a cabo puesto que persiste en muchos predomina la organización por áreas de especialización médica, o con áreas de enfermería basadas en patología (Chinn & Jacobs 1987²⁹, Archivos Acofaen³⁰).

Dorothy Johnson, antes de definir sus postulados teóricos en forma del Modelo de Sistemas de Comportamiento enfatizo en la necesidad de tener claridad sobre la meta de la profesión. Para Johnson tener claro este aspecto es indispensable para conceptualizar. Su meta inicial fue brindar atención a individuos y grupos en situaciones de estrés derivadas de la naturaleza de la salud enfermedad. El propósito primario era eliminar la tensión y la incomodidad hasta el punto de restaurar y mantener el equilibrio interno e interpersonal. La meta aquí señalada tiene un enfoque diferente y más sofisticado ya que se deriva de una concepción netamente psicodinámica (Johnson, 1959)³¹.

En 1960 Virginia Henderson definió enfermería como “la asistencia o cuidado al individuo sano o enfermo, en la ejecución de aquellas actividades que contribuyan a su salud o a la recuperación de la misma (o a una muerte tranquila y digna), y que las podría ejecutar el paciente por sí mismo si tuviera la capacidad, el deseo y el conocimiento”, (Henderson 1994)³². Esta definición tiene semejanzas con la de Nightingale e incluye elementos nuevos como son el de educación en salud, la capacidad y el conocimiento de aspectos de desarrollo físico y emocional del paciente. Lo interesante de estas dos definiciones es que juntas manejen el concepto de prevención, al cual se le dio muy poca importancia hasta años recientes.

En el mismo año Ida Orlando también definió enfermería como: “brindar la ayuda que el paciente necesite para satisfacer las necesidades que se requieren para

²⁹ Chinn P & Jacobs M. Theory and Nursing. 2nd Ed. St Louis: The CV. Mosby Company; 1987.

³⁰ Acofaen. Primer Coloquio Panamericano de Investigación en Enfermería: Memorias Bogotá: Ministerio de Salud/Acofaen/OPS. 1989.

³¹ Op cit. Johnson D E. pág. 292.

³² Henderson V. Naturaleza de la Enfermería: Después de Veinticinco Años. Madrid: Interamericana-Mc Graw Hill; 1994.

que su bienestar físico y mental sea asegurado“(Iyer 1986)³³. Esta definición requiere para su ejecución las determinaciones causales, que son las necesidades satisfechas que se requieren para el bienestar físico y mental. Es diferente a la de Henderson en tanto se habla del paciente enfermo y no de la persona sana.

Stevens (1984)³⁴ sugiere que la definición de enfermería esta fuera del alcance de la comunidad interesada en su clarificación. Sin embargo reconoce que se requiere por lo menos un supuesto, una conceptualización que se constituya en el criterio aclaratorio de lo que es y no es enfermería. Propone además una definición amplia para allanar el camino hacia un consenso. Su definición es la siguiente: “La enfermería es una actividad o suceso que ocurre cuando algún agente utiliza su poder para ayudar a manipular a otro agente o entidad con relación a algún hecho enlazado con la situación de salud”. A pesar de la experiencia y conocimiento de Stevens como metateorista de enfermería, su definición no es lo suficientemente aclaratoria, ni concreta para que las metas que sugiere se puedan lograr a partir de la definición. Adolece de ambigüedad y carece del elemento fundamental que centra la actividad profesional.

Donalson y Crowley (1978)³⁵ sugieren que no es absolutamente necesario al definir enfermería que se llegue a la esencia única del conocimiento propio de la práctica y la disciplina, pero que si se requiere ubicar a enfermería dentro de un terreno diferenciado que en última instancia la lleve a definir esa esencia. La definición de Stevens hace difícil enfocar esta ruta conductora hacia la esencia de la profesión puesto que cualquier otro profesional del área de la salud puede intervenir con un cliente en sucesos referentes a la situación de su salud. El esfuerzo de Stevens es importante como referente en el sentido de ubicar hasta cierto punto la enfermería pero su definición no aclara el concepto de enfermería.

³³ Iyer P. Nursing Process and Nursing Diagnosis. Philadelphia; W B Saunders Company; 1986.

³⁴ Stevens B J. Nursing Theory. Boston: Little, Brown and Company; 1984.

³⁵ Op cit. Donaldson S & Crowley D pág.20.

Meleis (1985)³⁶ la define como sigue: “La enfermera interactúa en la situación de cuidado de la salud con el ser humano, quien es parte integral de su contexto sociocultural y que está en alguna forma de transición o de anticipación a esta; las interacciones del cliente enfermera están organizadas alrededor de algún propósito y la enfermera utiliza acciones deliberadas para reforzar, causar o facilitar la situación de salud”. Esta definición pone en presente aspectos como la transición, interacción, el proceso de enfermería, el contexto, la terapéutica de enfermería y la salud.

Leininger (1988)³⁷ define a enfermería como una ciencia y un arte humanístico, aprendido que tiene como fundamento el cuidado personalizado y transcultural (individual o de grupos) de comportamientos, funciones y procesos dirigidos a la promoción y mantenimiento de conductas saludables o a la recuperación de la enfermedad cuando esta tiene significado físico, psicocultural o social para quien es sujeto de cuidado.

Benner (Marriner, 1994)³⁸, describe a enfermería como una relación de cuidado ya que se crea la posibilidad de dar y recibir ayuda. La enfermería es la ciencia del cuidado guiada por la ética y el arte. Es el entendimiento de las experiencias vividas en la salud, bienestar, malestar, enfermedad y las relaciones que existen entre ellas.

Las conceptualizaciones de Leininger, y Benner introducen una serie de aspectos humanísticos, éticos y artísticos que cambian las características de las conceptualizaciones.

Martha Rogers (1990)³⁹, define enfermería como la ciencia del hombre unitario. Dice que enfermería es una ciencia y un arte y que lo que hace exclusiva a enfermería es su preocupación por las personas y el mundo en que viven, el cual

³⁶ Meleis A, *Theoretical Nursing: Development and Progress*. Philadelphia: JB. Lippicott Company. 1985.

³⁷ Leininger M M. *Care: The Essence of Nursing and Health*. Detroit: Wayne University Press.1988. Cap. I.

³⁸ Marriner A. *Modelos y Teorías de Enfermería*. 3ª edición. Madrid; 1994.

³⁹ Rogers M. *Vision of Rogers Science- Based Nursing*. New York: National League for Nursing Press. 1990. Unit I.

es un predecesor natural de un sistema abstracto y organizado que engloba a las personas y sus contextos. La naturaleza irreducible y unitaria de las personas y sus contextos (seres humanos dinámicos, que desarrollan procesos no lineales caracterizados por el aumento y la diversidad de sus campos energéticos) difiere de la suma de sus partes. La integralidad persona contexto se coordina con el universo multidimensional a manera de un sistema abierto.

El propósito de las enfermeras es promover la salud y el bienestar de las personas en cualquier situación del proceso vital. El arte de Enfermería es la utilización creativa de la ciencia para el mejoramiento humano.

Margaret Newman (1994)⁴⁰ conceptualiza a enfermería como el estudio del cuidado de la experiencia de la salud de los humanos. Entendiendo la experiencia de la salud como expansión de la conciencia que en última instancia debe conducir a una mayor comprensión de la situación de salud y a mayor libertad y aumento de autodesarrollo.

Con las definiciones anteriores se puede observar la esencia que cada una de las teoristas ha querido imprimir a su conceptualización de enfermería. Fácilmente se nota el contraste entre algunas de ellas, y la complementación o semejanza entre otras.

4.2 Paradigmas

Desde hace muchos años, las enfermeras han intentado precisar su propia área de investigación y de práctica. Han hecho el esfuerzo de buscar las palabras que describan justamente sus actividades de cuidado al lado de las personas provenientes de diversos lugares. Estas enfermeras, a menudo llamadas enfermeras teorizadoras y metateóricas, han querido delimitar el campo de la disciplina enfermera.

⁴⁰ Newman M. Health as Expanded Consciousness. New York: National League for Nursing Press. 1994.

Mientras que disciplinas como la física, fisiología, sociología y la historia son llamadas teorías, otras, como el derecho, la medicina y la ciencia enfermera, son disciplinas profesionales, es decir que están ante todo orientadas hacia una práctica profesional. Según su perspectiva única y sus propios procesos de reflexión, conceptualización e investigación, las disciplinas profesionales tienen por objeto desarrollar los conocimientos que servirán para definir y guiar la práctica.

Con el fin de precisar las características de la disciplina enfermera, Fawcett (1984)⁴¹ ha examinado los escritos de varias enfermeras teorizadoras y ha reconocido, que los conceptos cuidado, persona, salud y entorno están presentes en estos escritos, a menudo de manera explícita y a veces de manera implícita. Desde 1859, estos cuatro conceptos están presentes en los escritos de Nightingale. Es precisamente gracias a la manera particular con la que las enfermeras abordan la relación entre el cuidado, la persona, la salud y el entorno que se clarifica el campo de la disciplina enfermera.

Además, es difícil, casi imposible, hablar de la disciplina enfermera sin tener en cuenta los contextos que han marcado su evolución. En el área de la ciencia enfermera, los autores han propuesto una terminología específica de estos paradigmas teniendo en cuenta su influencia sobre las concepciones de la disciplina. Newman, Sime y Corcoran-Perry (1991)⁴², clasifican a los paradigmas en tres de la categorización, de la integración y de la transformación.

4.2.1 Paradigma de la categorización

Según este paradigma, los fenómenos son divisibles en categorías, clases o grupos definidos, considerados como elementos aislables o manifestaciones simplificables.

⁴¹Op cit. Fawcett J. pág. 87.

⁴²Newman M, Sime A M, Corcoran-Perry S A. The focus of the discipline of nursing. *Advances in Nursing Science*. 1991. p. 1-6.

El paradigma de la categorización ha inspirado particularmente dos orientaciones en la profesión enfermera, una orientación centrada en la salud pública que se interesa tanto en la persona como en la enfermedad y, más tarde, una orientación centrada en la enfermedad y estrechamente unida a la práctica médica.

4.2.2 Orientación hacia la salud pública

Nightingale considera a la persona según sus componentes físico, intelectual, emocional y espiritual, así como por su capacidad y su responsabilidad para cambiar la situación existente. Este potencial de la persona es asimismo reconocido en la actividad enfermera orientada hacia el cambio del entorno, puesto que tiene por objeto la mejora de las condiciones de vidas personales y comunitarias.

Si el aire fresco, la luz, el calor, la limpieza, el agua pura, la tranquilidad y una dieta adecuada permiten a la persona que sufre movilizar sus energías hacia la curación y a la que goza de salud, conservarla, luego, estos factores del entorno son válidos tanto para la recuperación de la salud como para la prevención de la enfermedad. La salud no es solamente lo opuesto a la enfermedad: este concepto significa igualmente “la voluntad de utilizar bien cada capacidad que tenemos” (Nightingale 1885). El cuidado es a la vez un arte y una ciencia, por lo que requiere formación formal.⁴³

4.2.2.1 Orientación hacia la enfermedad

Según esta orientación, el cuidado está enfocado hacia los problemas, los déficits o las incapacidades de la persona.

La persona se puede definir como un todo formado por la suma de sus partes, cada parte es reconocible e independiente; empieza y se termina en un punto fijo, sin contacto con ninguna otra parte.

La salud es un equilibrio altamente deseable.

⁴³ Op cit. Nightingale F.

El entorno es un elemento separado de la persona. El entorno es físico, social y cultural.⁴⁴

4.2.3 Paradigma de la integración

El paradigma de la integración prolonga el paradigma de la categorización reconociendo los elementos y las manifestaciones de un fenómeno e integrando el contexto específico en que se sitúa un fenómeno.

El paradigma de la integración ha inspirado la orientación enfermera hacia la persona.

4.2.3.1 Orientación hacia la persona

Según esta orientación, el cuidado va dirigido a mantener la salud de la persona en todas sus dimensiones; salud física, mental y social.

La persona es un todo formado por la suma de cada una de sus partes que están interrelacionadas, los componentes biológicos, psicológicos, sociológicos, culturales y espirituales están relacionados, de ahí la expresión: la persona es un ser bio-psico-socio-cultural-espiritual.

La salud es un ideal que se ha de conseguir y está influenciada por el contexto en el que la persona vive.

El entorno está constituido por los diversos contextos (histórico, social, político, etc.) en el que la persona vive.⁴⁵

4.2.4 Paradigma de la transformación

El paradigma de la transformación representa un cambio de mentalidad sin precedentes.

⁴⁴ Gortner S R. The history and philosophy of nursing science and research. *Advances in Nursing Science*; 1983. p. 1-8.

⁴⁵ Op cit. Rogers M.

Según el paradigma de la transformación, un fenómeno es único en el sentido de que no se puede parecer totalmente a otro. Algunos presentan similitudes, pero ningún otro se le parece totalmente. Cada fenómeno puede ser definido por una estructura, un pattern único; es una unidad global en interacción recíproca y simultánea con una unidad global más grande, un mundo que lo rodea. Conocida desde hace tiempo en el mundo oriental, esta gran corriente del pensamiento está ya bien situada en todas las esferas del mundo occidental.

Dentro de esta óptica, la persona es considerada como un ser único cuyas múltiples dimensiones forman una unidad.

La salud está concebida como una experiencia que engloba la unidad del ser humano-entorno. La salud no es un bien que se posee, es un estado estable o una ausencia de enfermedad.

El cuidado va dirigido al bienestar, tal como la persona lo define.

El entorno está compuesto por el conjunto del universo del que la persona forma parte.

4.3 Teoría de enfermería

4.3.1 Teoría de Dorothea Elizabeth Orem

La búsqueda de Dorothea Orem de una mayor comprensión de la naturaleza de la enfermería empezó formalmente a finales de la década de los años 50 y se centró en tres cuestiones:

1. ¿Qué hacen y que deberían hacer las enfermeras como profesionales de la enfermería?
2. ¿Por qué hacen las enfermeras lo que hacen?
3. ¿Cuáles son los resultados de las intervenciones de enfermería?

El deseo de abordar estos problemas surgió sustancialmente de la experiencia práctica, incluyendo el trabajo como enfermera asistencial en unidades de medicina, cirugía y pediatría y como supervisora de urgencias y quirófanos. Durante un tiempo se dedicó a la enseñanza de ciencias biológicas y de enfermería, así como a la dirección de la escuela de enfermería de un hospital. Orem dedicó mucha energía a comprender el significado de la enfermería.

Orem no preconiza, en modo alguno, que su modelo sea la respuesta completa a sus preguntas o una panacea para la práctica. Simplemente proporciona un marco desde el que contemplar la práctica, la educación y la gestión de la enfermería.⁴⁶ Es cuestión de cada uno de los profesionales usar este modelo para el propósito con que se construyó: mejorar los cuidados de enfermería.

4.3.1.1 Naturaleza del autocuidado

En su aspecto más sencillo, el autocuidado podría considerarse como la capacidad de un individuo para realizar todas las actividades necesarias para vivir y sobrevivir. Orem contempla el concepto “auto” como la totalidad de un individuo, incluyendo no solo sus necesidades físicas, sino también las psicológicas y espirituales, y el concepto “cuidado” como la totalidad de actividades que un individuo inicia para mantener la vida y desarrollarse de una forma que sea normal para él. El autocuidado es la práctica de actividades que los individuos inician y realizan en su propio beneficio para el mantenimiento de la vida, la salud y el bienestar. Específicamente puede considerarse que un individuo cuida de sí mismo si realiza efectivamente las siguientes actividades:

1. Apoyo de los procesos vitales y del funcionamiento normal.
2. Mantenimiento del crecimiento, maduración y desarrollo normales.
3. Prevención y control de los procesos de enfermedad o lesiones.
4. Prevención de la incapacidad o su compensación.

⁴⁶ Orem D, Taylor S G, Mc Laughling R K, Nursing: concepts of practice. United States of America. 1991. p. 37.

5. Promoción del bienestar.⁴⁷

Como parte central del concepto de autocuidado esta la idea de que el cuidado se inicia voluntaria e intencionadamente por los individuos. Las personas no pueden dedicar mucho tiempo a pensar sobre las acciones específicas que emprenden para mantener su salud o su desarrollo natural; la vida diaria puede convertirse en un proceso automático. El autocuidado, sin embargo, no debería considerarse como un conjunto de acciones rutinarias que los individuos realizan sin pensar o tomar decisiones: de hecho, se trata de lo contrario, ya que el autocuidado es un fenómeno activo que requiere que las personas sean capaces de usar la razón para comprender su estado de salud, y sus habilidades en la toma de decisiones para elegir un curso de acción apropiado. En este sentido, el autocuidado es la práctica, después de haberla considerado, de las actividades que mantendrán la vida y la salud, y también promoverán el bienestar.

Las actividades necesarias para mantener la salud y el desarrollo se aprenden, y están condicionadas por muchos factores incluyendo la edad, maduración y cultura.

4.3.1.2 Requisitos de Autocuidado

Esenciales en el modelo de Orem son los llamados requisitos de autocuidado. No solo son un componente principal del modelo, sino que también constituyen una parte importante de la valoración del paciente. Orem ha identificado y descrito ocho actividades que son esenciales para el logro del autocuidado, independientemente del estado de salud, edad, nivel de desarrollo, o entorno ambiental de un individuo. Estas actividades son las llamadas requisitos de autocuidado universal. El término “requisito” se usa para indicar una actividad que un individuo debe realizar para cuidar de sí mismo. Hay dos tipos más de

⁴⁷ Ibid, p. 131.

requisitos de autocuidado, los de desarrollo y los de desviación de la salud que se comentaran posteriormente.⁴⁸

4.3.1.2.1 Requisitos de autocuidado universal

Los ocho requisitos de autocuidado comunes a todos los seres humanos incluyen:

1. Mantenimiento de un aporte suficiente de aire.
2. Mantenimiento de un aporte suficiente de agua.
3. Mantenimiento de un aporte suficiente de alimentos.
4. Provisión de cuidados asociados con los procesos de eliminación y los excrementos.
5. Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo.
6. Mantenimiento del equilibrio entre la soledad y la interacción social.
7. Prevención de peligros para la vida, el funcionamiento humano, y el bienestar humano.
8. Promoción del funcionamiento y el desarrollo humanos dentro de los grupos sociales de acuerdo con el potencial humano y las limitaciones humanas conocidas y el deseo humano de ser normal (normalidad).

Estos requisitos de autocuidado universal abarcan los elementos físicos, psicológicos, sociales y espirituales esenciales de la vida. Cada uno de ellos es importante para el funcionamiento humano. El mantenimiento de aire, agua y alimentos suficientes, y la provisión de cuidados para la eliminación son fundamentales para nuestros procesos vitales. Los problemas que ocurren en estas áreas podrían conducir a estados potencialmente peligrosos para la vida. El equilibrio entre la actividad y el reposo es importante para evitar problemas de agotamiento, fatiga o estrés potencialmente lesivos. La interacción social es

⁴⁸ Ibid, p. 135

importante para la socialización de los individuos en su cultura, así como para proporcionar la oportunidad de intercambiar ideas y opiniones. La interacción social también proporciona el calor y la proximidad esenciales para el desarrollo humano normal. La interacción social tiene asimismo una importancia práctica, puesto que pueden requerirse habilidades sociales para obtener los materiales necesarios para la vida, incluyendo los alimentos. La soledad requiere igualmente una importante consideración ya que proporciona a los individuos la oportunidad de reflexionar y pensar sobre su existencia y la de otros, así como sobre el entorno que les rodea.

La prevención de peligros para la vida es esencial si el individuo tiene que sobrevivir, al tiempo que es un prerrequisito para el desarrollo humano. Parte del desarrollo humano necesita que el individuo aprenda que situaciones son potencialmente peligrosas, y que sea capaz de apartarse de tales entornos. Finalmente, hay una tendencia humana a ser “normal”. Deriva de características genéticas y culturales, así como de las limitaciones humanas conocidas.⁴⁹ La normalidad, como denomina Orem a esta tendencia, implica que el individuo tenga un autoconcepto realista, y sea capaz de cultivar su propio desarrollo. Adicionalmente, puede referirse al hecho de que un individuo sea “aceptado” en un grupo semejante o en la sociedad en general. Realizar acciones para mantener la salud se considera parte de la normalidad, al igual que identificar y prestar atención, cuando sea posible, a los cambios en la salud. Este requisito requiere que un individuo busque y realice la acción apropiada cuando aparecen problemas de salud, emocionales o de otra índole.

Estos requisitos de autocuidado universal son tareas esenciales que un individuo debe ser capaz de realizar para cuidar de sí mismo. Sin embargo, estos ocho requisitos no deberían considerarse aisladamente, ya que interactúan entre sí. Por ejemplo, la prevención de peligros debe considerarse en el contexto de todos los demás requisitos –por ejemplo, aunque el mantenimiento de un aporte suficiente

⁴⁹ Ibid, p. 137.

de aire, agua y alimentos es esencial debe considerarse la presencia de posibles sustancias tóxicas o nocivas-.

4.3.1.2.2 Demandas de autocuidado y capacidad humana

El autocuidado para los individuos sanos, puede contemplarse en términos del equilibrio de varios factores. Por una parte, existe la necesidad de cuidar de uno mismo; deben satisfacerse los requisitos de autocuidado universal. Por otra parte, el individuo debe tener la capacidad de satisfacer o cubrir las demandas de autocuidado que se hacen al individuo: un individuo debe cubrir activamente estas demandas mediante el empleo de habilidades que ha aprendido y que tienen un contexto cultural apropiado. Esta idea de equilibrio entre las demandas y las actividades es central en el modelo de Orem, no solo a nivel conceptual, sino también en términos del cuidado práctico de los pacientes.

4.3.1.3 Requisitos de autocuidado del desarrollo

Además de los requisitos de autocuidado universal, esenciales para todas las personas en todas las etapas de desarrollo, Orem ha identificado un segundo tipo de requisitos, hallados en especiales circunstancias, asociados con el desarrollo humano (Orem 1991)⁵⁰.

4.3.1.3.1 Etapas específicas de desarrollo

Algunos requisitos del desarrollo están relacionados con la producción y el mantenimiento de condiciones que apoyen los procesos vitales y promuevan el desarrollo –es decir, el progreso humano hacia niveles más altos de organización de las estructuras humanas y hacia la maduración-. Este grupo de requisitos de autocuidado se asocia con etapas específicas del desarrollo, como el ser un neonato. En tales etapas debe prestarse una especial consideración a aspectos del cuidado necesario para sostener la vida y dirigidos específicamente a la promoción del desarrollo.

⁵⁰ Ibid, p. 146.

Las etapas de desarrollo específicas incluyen:

1. Vida intrauterina y nacimiento.
2. Vida neonatal, ya sea un parto o término o prematuro, o un niño con peso normal o con bajo peso.
3. Lactancia.
4. Etapas de desarrollo de la infancia, adolescencia y adulto joven.
5. Etapas de desarrollo de la edad adulta.
6. Embarazo, ya sea en la adolescencia o en la edad adulta.

Orem argumenta que en cada una de estas etapas de desarrollo deben considerarse los requisitos de autocuidado universal, pero también puede haber demandas específicas de salud a causa de nivel prevalente de desarrollo del individuo.⁵¹

Un ejemplo de ello sería el neonato y la regulación de la temperatura: mientras que los adultos sanos son capaces de cuidar el control de su propia temperatura corporal, por razones de desarrollo, un neonato requiere asistencia para cubrir esta necesidad.

4.3.1.3.2 Condiciones que afectan el desarrollo humano

El segundo grupo de requisitos de autocuidado del desarrollo implica la provisión de cuidados asociados con condiciones que pueden afectar adversamente el desarrollo humano. Este requisito de autocuidado del desarrollo tiene dos subtipos.

El primer subtipo se refiere a la provisión de cuidados para prevenir los efectos negativos de estas condiciones adversas: los ejemplos incluyen la provisión de descanso y nutrición adecuados durante el embarazo. Orem también se preocupa

⁵¹ Ibid, p. 147.

por el posible peligro para la vida y el desarrollo de los materiales tóxicos que se encuentran en el entorno.

El segundo subtipo se refiere a la provisión de cuidados para mitigar o superar los efectos negativos existentes (o potenciales) de una condición o acontecimiento vital particular. Los ejemplos incluyen las respuestas a acontecimientos vitales específicos, como la paternidad/maternidad, o los cambios en las condiciones económicas y sociales. La consideración clave es la provisión de cuidados para reducir los efectos adversos de estas condiciones sobre el desarrollo humano. Las condiciones relevantes incluyen⁵²:

1. Derivación educacional.
2. Problemas de adaptación social.
3. Pérdida de familiares, amigos o colaboradores.
4. Pérdida de posesiones o del trabajo.
5. Cambio súbito en las condiciones de vida.
6. Cambio de posición, ya sea social o económica.
7. Mala salud, malas condiciones de vida o incapacidad.
8. Enfermedad terminal o muerte esperada.
9. Peligros ambientales.

Esto constituye una amplia gama de eventos identificados por Orem como importantes para los procesos naturales de desarrollo de un individuo. Estar sujeto a una de estas condiciones o a una combinación de ellas podría representar una demanda creciente para la capacidad que tiene el individuo de enfrentarse con sus propias necesidades de autocuidado. Por ejemplo, la deprivación educacional

⁵² Ibid, p. 147.

podría inhibir o evitar el desarrollo de las habilidades de un individuo para la búsqueda de información y ayuda cuando la necesita.

4.3.1.4 Requisitos de autocuidado en la desviación de la salud

En el modelo de Orem hay un nuevo grupo de requisitos de autocuidado: los requisitos de autocuidado en la desviación de la salud (Orem 1991)⁵³. Estos requisitos existen cuando el individuo está enfermo, sufre alguna lesión, tiene incapacidades o está recibiendo cuidados médicos. Bajo estas circunstancias, el individuo tiene las siguientes demandas adicionales de cuidados a la salud:

1. Buscar y asegurar la ayuda médica apropiada en caso de exposición a condiciones ambientales o agentes físicos o biológicos específicos asociados con acontecimientos y estados patológicos humanos, o cuando hay indicios de condiciones genéticas, fisiológicas o psicológicas que se sabe que producen patología humana o están asociadas a esta.
2. Ser consciente de los efectos y resultados de las condiciones y estados patológicos, incluyendo sus efectos sobre el desarrollo, y atender a ellos.
3. Realizar eficazmente las medidas diagnósticas, terapéuticas y de rehabilitación medicamente prescritas, dirigida a la prevención de tipos específicos de la propia patología, a la regulación del funcionamiento humano integrado, a la corrección de deformidades o anomalías, o a la compensación de incapacidades.
4. Ser consciente de los efectos molestos o negativos de las medidas terapéuticas realizadas o prescritas por el médico, incluyendo su influencia sobre el desarrollo, y atender a dichos efectos o regularlos.
5. Modificación del autoconcepto (y autoimagen) aceptándose uno mismo como un ser con estado particular de salud y que necesita formas específicas de cuidados de salud.

⁵³ Ibid, p. 148.

6. Aprender a vivir con los efectos de condiciones y estados patológicos y los efectos de las medidas diagnósticas y terapéuticas, en un estilo de vida que promueva el desarrollo personal continuado.

La principal premisa de los requisitos de autocuidado en la desviación de la salud es que los cambios en el estado de salud requieren que el individuo busque consejo y ayuda de otras personas competentes para ofrecérselos cuando él es incapaz de satisfacer sus propias necesidades de cuidado de la salud. Se espera que la persona cumpla entonces con cualquier intervención terapéutica legítima que se le ofrezca. Orem reconoce que la alteración del propio autoconcepto puede ser una parte importante de sentirse mal, y que es esencial para adaptarse a los cambios provocados por la enfermedad o lesión.

4.3.1.4.1 Cuidados preventivos de salud

Orem destaca la importancia de los cuidados preventivos de salud como un componente esencial de su modelo (Orem 1991)⁵⁴. La satisfacción efectiva de las exigencias de autocuidado universal apropiadas para un individuo se considera como prevención primaria. La prevención secundaria consiste en evitar, mediante la detección temprana y la pronta intervención, los efectos adversos o complicaciones de la enfermedad o la incapacidad prolongada; mientras que la prevención terciaria ocurre cuando hay una rehabilitación después de la desfiguración o incapacidad. Estos conceptos están en consonancia con el creciente interés que la enfermería manifiesta por la salud en vez de hacerlo por la enfermedad.

4.3.1.4.2 Visión general de los requerimientos de autocuidado

Desde una perspectiva general, los individuos son capaces de hacerse cargo de su propio autocuidado pueden:

1. Apoyar los procesos vitales físicos, psicológicos y sociales esenciales.

⁵⁴ Ibid, p. 215.

2. Mantener la estructura y funcionamiento humano.
3. Desarrollar plenamente su potencial humano.
4. Prevenir las lesiones o enfermedades.
5. Curar o regular la enfermedad (con la ayuda apropiada).
6. Curar o regular los efectos de la enfermedad (con la ayuda apropiada).⁵⁵

4.3.1.5 Déficit de autocuidado

Aparte de la necesidad diaria y natural de sobrevivir, desde muchos puntos pueden producirse demandas adicionales sobre la capacidad de un individuo para cuidar de sí mismo. La enfermedad reciente o crónica, o la experimentación de un trauma emocional pueden requerir que la persona emprenda nuevas medidas para cuidar de sí misma o solicitar ayuda de otros (Orem 1991)⁵⁶. Los individuos pueden tener diversas capacidades de responder a las demandas que se les hacen para realizar las actividades de autocuidado. Es probable que las personas sanas, que controlan su vida sin sufrir enfermedades o sin la ayuda de otros, satisfagan todas sus necesidades diarias de autocuidado. Las personas que tienen una enfermedad o patología, que han experimentando un trauma emocional o que no han aprendido o desarrollado suficientemente las capacidades de autocuidado pueden tener solo una capacidad limitada para satisfacer sus necesidades de autocuidado.

Los seres humanos tienen gran capacidad de adaptarse a los cambios que producen en sí mismos o en su entorno. Sin embargo, puede darse una situación en que la demanda total que se le hace a un individuo exceda su capacidad para responder a ella. En tal situación, la persona puede requerir ayuda a fin de satisfacer sus necesidades de autocuidado; la ayuda puede proceder de muchas

⁵⁵ Ibid, p. 214.

⁵⁶ Ibid, p. 78.

fuentes, incluyendo las intervenciones de familiares, amigos y profesionales de enfermería.

Hay tres escenarios que demuestran la capacidad de un individuo para realizar el autocuidado puede verse influida por el aumento de las demandas que se le hacen.

Considere primero al individuo sano, que es capaz de hacerse cargo de sus demandas de autocuidado, y que coge un resfriado. En esta situación a su sistema habitual de cuidado de sí mismo se sobrepone una demanda adicional – un requisito de autocuidado de desviación de la salud-. Los efectos del resfriado pueden influir en su capacidad para el autocuidado; puede haber cansancio, falta de motivación y deseo de soledad. También hay requerimientos para que use el conocimiento y habilidades aprendidos para buscar el consejo y ayuda adecuados y para aprovecharse de ellos. Las acciones adecuadas podrían ser no hacer nada, o quizás usar remedios domésticos o visitar al médico internista. Cualquiera que sea el curso de la acción que se decida seguir, el resultado debe ser una actuación consciente e intencionada. Sin embargo, una alteración relativamente menor, como un resfriado, es improbable que requiera asistencia. La capacidad del individuo sano para buscar información, hacer juicios sobre su salud y realizar las acciones adecuadas puede indicar que está abordando satisfactoriamente el cuidado de sí mismo.⁵⁷

Considere ahora a una persona que se ha fracturado una extremidad, pero que, por lo demás, está sana. En esta situación, necesitara buscar ayuda competente, incluyendo asistencia de enfermería, para satisfacer los requisitos de autocuidado universal sus habilidades de autocuidado serian inadecuadas. Considere los requisitos de autocuidado que podrían verse influidos por la fractura de una pierna. Podría tener dificultad para obtener suficientes nutrientes; la eliminación podría ser un problema, como podría serlo el lograr un reposo adecuado, a causa del dolor. El hecho de estar hospitalizado podría interferir con los procesos sociales

⁵⁷ Ibid, p. 80.

normales que la persona, en caso de no estarlo, podría realizar, como reunirse con sus amigos o participar en diversas actividades. Estos problemas podrían verse complicados por la edad de desarrollo del paciente. Un niño pequeño podría experimentar ansiedad por la separación de sus padres, mientras que una persona anciana tal vez necesite especial atención para afrontar la posibilidad de desorientación en un entorno desconocido. Cualquiera que sea la situación, los requisitos de autocuidado de desviación de la salud deben ser atendidos, en particular siguiendo el consejo médico y de enfermería, así como afrontando los cambios en la imagen corporal o en el autoconcepto y aprendiendo a controlar eficazmente la situación actual o adaptarse a ella.

Continuando con la situación anterior, el tercer escenario se encuentra cuando el paciente con la pierna fracturada recibe ayuda de enfermería para hacerse cargo de los requisitos universales, del desarrollo o de la desviación de la salud. Inmediatamente después de la lesión es improbable que la persona pueda cuidar de sí misma. No obstante, parte de los procesos para convertirse en alguien capaz de cuidar de sí mismo se muestran en la capacidad para adaptar y cambiar las prácticas de vida actuales por otras más adecuadas a las nuevas situaciones –en este caso, la de convertirse en paciente-.

Los déficit de autocuidado son una forma de describir la relación entre las capacidades de los individuos para actuar y las demandas que se les hacen para el autocuidado, o para el cuidado de los niños o adultos que depende de ellos (Orem 1991)⁵⁸. El “déficit” debe contemplarse como la relación entre las aptitudes de un individuo y las demandas que se le hacen; en sí mismo no es un trastorno, aunque el individuo también puede tener problemas físicos y psicológicos.

4.3.1.5.1 Demanda de autocuidado terapéutico

La demanda de autocuidado terapéutico es el conjunto de acciones de autocuidado necesarias para satisfacer los requisitos de autocuidado conocidos

⁵⁸ Ibid, p. 81.

(Orem 1991)⁵⁹. La demanda de autocuidado terapéutico puede verse como “el resumen” de la relación entre los requisitos de autocuidado que se sabe que existen para un paciente (o los que pueden ocurrir en el futuro) y lo que puede o debería hacerse para satisfacerlos. La formulación de la demanda de autocuidado terapéutico de un individuo es, por lo tanto, una descripción del individuo, en términos de su desarrollo, estructura y función.

4.3.1.5.2 Agencia de autocuidado

Orem usa la palabra “agente” para referirse a la persona que realmente proporciona los cuidados o realiza alguna acción específica (Orem 1991)⁶⁰. Cuando los individuos realizan su propio cuidado se les considera agentes de autocuidado. La capacidad de los individuos para participar en su propio cuidado recibe el nombre de agencia de autocuidado.

En la persona media, sana y ocupada en la realización de sus propias actividades de autocuidado, la agencia de autocuidado existe en forma desarrollada o en proceso de desarrollo. Se considera que los individuos que saben cómo satisfacer sus propias necesidades de salud tienen una agencia de autocuidado desarrollada capaz de satisfacer sus necesidades de autocuidado. En otros casos, la agencia de autocuidado está aun desarrollándose, como en los niños cuando se les está enseñando el control esfinteriano: hay un desarrollo creciente del control esfinteriano y una comprensión creciente del proceso de eliminación; y su aprendizaje tiene lugar dentro de límites culturales bien definidos. En tercer lugar, los individuos pueden tener una agencia de autocuidado desarrollada que, sin embargo, no funciona. Por ejemplo, una persona puede darse cuenta de que necesita ayuda, ser capaz de buscarla, pero preferir no hacerlo, a causa del temor o la ansiedad.

⁵⁹ Ibid, p. 138.

⁶⁰ Ibid, p. 174.

4.3.1.5.3 Agencia de cuidado dependiente

Orem reconoce que hay situaciones en que las personas cuidan unas de otras sin que esto implique directamente cuidados de enfermería. Este concepto se denomina agencia de cuidado dependiente. En esencia es la capacidad de algunas personas maduras de reconocer que otras (como los niños, adolescentes o adultos con limitaciones relacionadas con la salud) tienen requisitos de autocuidado a los que no pueden responder por sí mismos, y satisfacerlos total o parcialmente (Orem 1991)⁶¹. En esta situación de adultos que cuidan de niños y personas jóvenes, el énfasis está en satisfacer o modificar los requisitos de autocuidado universales, del desarrollo o de la desviación de la salud.

Los adultos pueden verse implicados en una amplia gama de actividades de cuidado dependiente, proporcionando cuidados parciales o totales. Considere el caso de un neonato incapaz de satisfacer necesidades, tales como mantener un aporte suficiente de alimentos, o de un paciente en coma, incapaz de realizar diversas funciones vitales básicas. En estas situaciones, un progenitor o una enfermera asumirá el papel de cuidador y les ayudarán a satisfacer los requisitos de autocuidado universales, del desarrollo y de desviación de la salud. Orem describe al individuo que proporciona cuidados a otros para satisfacer sus necesidades de autocuidado como agente de cuidado dependiente; en las situaciones en que la enfermera proporciona cuidados, usa la agencia de enfermería.

4.3.1.5.4 Ayuda de enfermería

El trabajo de Orem es importante porque intenta establecer los límites de la acción de enfermería: ¿Cuándo se requieren cuidados de enfermería y cuando (una vez iniciados) pueden cesar? Generalmente, sin embargo, un paciente es un individuo que requiere la ayuda de enfermería para satisfacer demandas de autocuidado específicas, y esta ayuda puede compensar o superar a una limitación de sus

⁶¹ Ibid, p. 196.

capacidades (Orem 1991)⁶². La definición de paciente que Orem propone desde una perspectiva de enfermería, requiere tres condiciones para darse:

1. Debe alguna demanda de autocuidado (universal, del desarrollo o de la desviación de la salud) que se ha de satisfacer por otra persona. Esto sugiere que si la persona puede realizar su propio autocuidado no se requerirá la ayuda de enfermería. Sin embargo, esto no siempre es tan claro como parece: diferencias culturales y sociales puede conducir a distintas opiniones respecto a si la ayuda se necesita realmente, y antes que puedan ofrecerse los cuidados, el individuo debe tener algún conocimiento sobre la salud y la posibilidad de decidirse a buscar ayuda.

2. Algunas capacidades de autocuidado deben existir real o potencialmente (disponibles para ser desarrolladas en el futuro). Debe haber algún deseo, por parte del individuo, de llegar a cuidarse a sí mismo, o una expectativa de que tras las intervenciones medicas y de enfermería apropiadas el individuo podrá adoptar algunas conductas para el cuidado de sí mismo. Por ejemplo, el paciente con una lesión de medula espinal puede tener ahora una limitación de las capacidades de autocuidado, pero después de las intervenciones apropiadas puede esperarse que asuma un papel creciente en su autocuidado.

3. Debe existir un déficit de relación entre las demandas de autocuidado de la persona y su capacidad para satisfacerlas: es decir, actualmente el individuo es incapaz de satisfacer por si mismo sus requisitos de autocuidado, o existe la posibilidad de que no sea capaz de hacerlo en el futuro. Así, un paciente con una alteración articular degenerativa puede ser capaz de hacerse cargo actualmente de sus cuidados diarios, pero a medida que se desarrolle su trastorno tal vez necesite ayuda.

⁶² Ibid, p. 32.

4.3.1.5.5 Naturaleza de la acción de enfermería

Las enfermeras pueden realizar muchas funciones para ayudar a los pacientes. Orem ha clasificado estas acciones en cinco categorías (Orem 1991)⁶³, que pueden expresarse de la siguiente manera:

1. Actuar por otros o hacer algo por otros.
2. Guiar o dirigir a otros.
3. Brindar apoyo, ya sea físico o psicológico.
4. Proporcionar un entorno adecuado para brindar los cuidados y para que se desarrollen las capacidades personales.
5. Enseñar.

Quizá la función más obvia de las enfermeras es actuar en beneficio de otro que es incapaz de realizar una tarea específica relacionada con el cuidado de la salud. No obstante, mientras esto puede cubrir las tareas tradicionales de cuidado físico que las enfermeras realizan, también tienen otras muchas responsabilidades. Guiar y dirigir al paciente es un papel que requiere proporcionar información o consejo relevante al paciente para ayudarlo a satisfacer sus necesidades de autocuidado. El proporcionar apoyo fisiológico y psicológico es otro papel importante de la enfermera. El apoyo físico puede contemplarse como una asociación un equipo cooperativo del paciente, la enfermera y otros para satisfacer las necesidades de cuidados de la salud, mientras que Orem contempla el apoyo psicológico como la provisión de una “presencia comprensiva”, una persona capaz de escuchar y proporcionar una variedad de métodos de ayuda al paciente. El entorno es muy importante en el cuidado del paciente, y la enfermera es la encargada de proporcionar un entorno que favorezca la satisfacción de las necesidades de cuidados de salud del paciente, y que le ayude a desarrollar nuevas aptitudes y a evitar que se produzcan limitaciones. Finalmente, la

⁶³ Ibid, p. 320.

enfermera debe ser una maestra. Este papel requiere que las propias enfermeras tengan conocimientos y habilidades y sean capaces de comunicárselos a otros. Específicamente, la enfermera debe ser capaz de describir y explicar al paciente sus propias demandas de autocuidado, los métodos y cursos de acción o tratamientos necesarios para satisfacer sus necesidades de autocuidado, y los métodos para compensar sus limitaciones en su habilidad para el autocuidado. Estas acciones no son mutuamente excluyentes; puede haber muchos casos en que se inician simultáneamente varios tipos de acción de enfermería para alcanzar objetivos específicos de salud. El hecho de brindar cuidados físicos, por ejemplo, puede asociarse a un intercambio de opiniones con el paciente sobre sus cuidados, y sobre la educación requerida para prevenir futuras dificultades.

4.3.1.6 Proceso de Enfermería

Orem ha destacado en todo su modelo que la enfermería es acción y, al igual que con otros modelos de enfermería, las ideas deben traducirse de manera que puedan ser utilizadas en la práctica (Orem 1991)⁶⁴. La traducción se logra usando el proceso de enfermería, un método tradicionalmente consistente en cuatro etapas: valoración, planeación, ejecución y evaluación. Orem aboga por el uso del proceso de enfermería, pero de una forma más coherente con su teoría. Específicamente, contempla el proceso de enfermería como aquel que requiere que las enfermeras participen en operaciones interpersonales y sociales, y operaciones tecnológico-profesionales.

4.3.1.6.1 Operaciones interpersonales y sociales

Los procesos interpersonales y sociales implican que la enfermera desarrolle un estilo social e interpersonal adecuado cuando trabaje con los pacientes y sus familias. En particular, las enfermeras deberían:

1. Iniciar y mantener una relación efectiva con el paciente, su familia y otros.

⁶⁴ Ibid, p. 298.

2. Ponerse de acuerdo con el paciente y otros para responder a las cuestiones relacionadas con la salud.

3. Colaborar continuamente y revisar la información con el paciente y otros.

Los procesos deben ser mantenidos o modificados, cuando sea apropiado, mediante la relación de enfermería con los pacientes.

4.3.1.6.2 Operaciones tecnológico-profesionales

Las operaciones tecnológico-profesionales son identificadas como diagnósticas, prescriptivas, de tratamiento o reguladoras y operaciones de cuidado de casos. Mientras en estas operaciones hay una secuencia inherente, en las que las acciones lógicamente diagnósticas (valoración) deben ocurrir antes de las acciones prescriptivas (planeación), es posible que el cuidado sea iniciado y evaluado (operaciones de tratamiento o reguladoras) antes de haber obtenido toda la información requerida para la valoración. Las operaciones de cuidado de casos, sin embargo (aspectos de auditoría de cuidados del proceso de enfermería), continuarán durante toda la interacción de enfermería con los pacientes. Orem contempla las operaciones tecnológico-profesionales como las “piedras angulares” en el proceso de enfermería, pero reconoce que la realización de estas operaciones dependerá del paciente, su familia, las enfermeras y posiblemente de otros factores. Las operaciones tecnológico-profesionales son particulares del modelo de Orem, y merecen ser contempladas detalladamente.

4.3.1.6.3 Diagnóstico de enfermería

Esta operación puede tener una connotación medicamente orientada, pero para Orem (1991)⁶⁵ el diagnóstico de enfermería implica la investigación y el cumulo de factores que inciden sobre la capacidad de autocuidado del paciente y sus demandas de autocuidado y la naturaleza de la relación entre ambas. Esencialmente, el diagnóstico de enfermería determina si el paciente necesita

⁶⁵ Ibid, p. 299.

ayuda de enfermería, y que equipararse con la etapa de valoración del formato más familiar del “proceso de enfermería”.

Más específicamente, el diagnóstico de enfermería es probable que implique abordar dos puntos: Demanda de autocuidado actual y futuro y la Capacidad actual y futura para el autocuidado.

4.3.1.6.3.1 Demanda de autocuidado actual y futuro

El cálculo de la demanda de autocuidado de una persona sigue al proceso lógico de examinar el estado del paciente a la luz de los requisitos de autocuidado universales, del desarrollo y de desviación de la salud. Este proceso puede resumirse de la siguiente manera:

1. Examinar cada requisito de autocuidado universal, del desarrollo y de desviación de la salud para determinar si existe actualmente algún problema, y si hay la posibilidad de que exista en el futuro.
2. Identificar posibles efectos de interacción entre los requisitos de autocuidado universales, del desarrollo y de desviación de la salud.
3. Identificar los factores que podrían influir en la satisfacción de un requisito de autocuidado.⁶⁶

4.3.1.6.3.1 Capacidad actual y futura para el autocuidado

Es necesario determinar si el paciente puede realizar su propio autocuidado, no solo en términos de la práctica actual, sino también en el futuro. Debe hacerse una valoración del repertorio de conocimientos y habilidades que posee y con los cuales ha de cubrir las demandas diarias de autocuidado. Para lograr esto, la enfermera que hace la valoración debe identificar las prácticas de salud que el paciente es capaz de realizar sin ayuda, cuales necesitaran desarrollarse y cuales

⁶⁶ Ibid, p. 299.

tendrán que cesar. Este proceso para determinar la capacidad de autocuidado del paciente puede ponerse en práctica de las siguientes maneras:

1. Identificar y describir la gama de prácticas de autocuidado del paciente.
2. Identificar y describir las limitaciones.
3. Hacer inferencias sobre las capacidades y limitaciones generales del paciente para ocuparse en las fases de toma de decisiones y acción del autocuidado (es decir, determinar si el paciente tiene un déficit de autocuidado).
4. Validar las inferencias mediante la observación, la medición, etc.
5. Determinar la adecuación del conocimiento, capacidades y deseos del paciente de satisfacer cada requisito de autocuidado usando los llamados métodos y medidas de cuidados.
6. Juzgar lo que el paciente puede hacer, lo que no puede hacer y lo que debería hacer para satisfacer las demandas de autocuidado existentes actualmente y en el futuro.
7. Cuando existe un déficit de autocuidado, identificar lo que el paciente debería y no debería hacer para la satisfacción inmediata de las demandas de autocuidado.
8. En el caso de haber un déficit de autocuidados, real o potencial, determinar las capacidades futuras del paciente a fin de desarrollar las habilidades necesarias para el cuidado de la salud.

4.3.1.6.4 Operaciones prescriptivas

Las operaciones prescriptivas son los juicios prácticos que deben realizar la enfermera y el paciente después de la obtención de datos, y que pueden equipararse con la fase de “planeación” del proceso de enfermería tradicional. Estas operaciones abordan los problemas de lo que puede hacerse por un individuo, dadas sus circunstancias y conocimientos actuales. También considera

lo que podría suceder en el futuro. Orem destaca que las operaciones prescriptivas deben considerarse a la luz de la totalidad del individuo, y no en relación con piezas aisladas de información. Las operaciones prescriptivas especifican los siguientes aspectos del ciudadano (Orem 1991)⁶⁷:

1. Medios que se han de usar para satisfacer los requisitos de autocuidado particulares y cursos de acción o medidas de cuidados que se deben realizar para satisfacer estos requisitos.
2. Totalidad de las medidas de cuidados que han de realizarse para satisfacer todos los componentes de la demanda de autocuidados terapéuticos, incluyendo una buena organización de estas medidas de cuidados.
3. Papeles de la/s enfermera/s, el paciente y el/los agente/s de cuidado dependiente en la satisfacción de las demandas de autocuidado terapéutico.
4. Papeles de la/s enfermera/s, el paciente y el/los agente/s de cuidado dependiente en la regulación del ejercicio o desarrollo de la agencia de autocuidado.

La operación de prescripción implica unir los procesos interpersonal y social de enfermería con los papeles tecnológico-profesionales. Por ejemplo, los procesos interpersonales pueden suponer la colaboración con los pacientes o familiares para dar información o llegar a acuerdos sobre el momento de brindar los cuidados; mientras que las operaciones tecnológico-profesionales incluyen especificar los métodos para satisfacer un requisito de autocuidado particular. Se considera que esas series de operaciones de enfermería se desarrollan de manera concurrente. En otras palabras, cuanto más aspectos “técnicos” del cuidado se planifican y realizan, tanto mayor es el requerimiento de enfermería

⁶⁷ Ibid, p. 300.

para desarrollar y mantener un buen contacto social e interpersonal con el paciente y con su familia.⁶⁸

Orem acentúa la importancia de implicar a los miembros de la familia y otras personas significativas en el proceso global de prescripción. Se reconoce que algunas personas querrán tomar parte plena y activamente en su propio autocuidado o en el cuidado dependiente de otros, mientras que algunos familiares pueden no estar psicológicamente preparados para dicho cuidado. Así, Orem sugiere que las enfermeras traten de identificar las características de la personalidad de los pacientes y de sus familiares que pueden afectar la situación de enfermería –por ejemplo, pasividad o duelo- y explorar las preocupaciones que pueden interferir en la colaboración con el equipo de enfermería. Para hacer esto, las enfermeras necesitan efectuar observaciones y usar la información subjetiva obtenida durante sus valores.

4.3.1.6.5 Operaciones reguladoras o de tratamiento

Las operaciones reguladoras o de tratamiento son las actividades prácticas llevadas a cabo para realizar lo que se ha prescrito anteriormente. Es particularmente importante el desarrollo de un sistema apropiado (disposición ordenada) para brindar cuidados. Las operaciones reguladoras y de tratamiento pueden compararse con los componentes de “intervención” y “evaluación” del tradicional proceso de enfermería.

4.3.1.6.5.1 Diseños para las operaciones reguladoras: el sistema de enfermería

El diseño de un sistema de enfermería (Orem 1991)⁶⁹ incluye las siguientes tareas:

1. Crear un sistema de relaciones para autocuidado ahora y en el futuro.

⁶⁸ Ibid, p. 300.

⁶⁹ Ibid, p. 303.

2. Especificar el momento y duración del contacto enfermera-paciente, y las razones para él.

3. Identificar las contribuciones de la enfermera y del paciente en la satisfacción de las demandas de autocuidado, asegurando que:

a) Hay una rutina de tareas de autocuidado y una secuencia temporal para completarlas.

b) Hay una regulación de la participación del paciente en su propio autocuidado.

c) El paciente desarrolla un interés en su propio autocuidado y el deseo de cuidar de sí mismo.

d) El paciente desarrolla, perfecciona o domina las capacidades de autocuidado existentes.

e) El paciente desarrolla nuevas aptitudes y habilidades para satisfacer las necesidades de autocuidado, sin desarrollar nuevas limitaciones.

Enfermería es la acción realizada por las enfermeras en beneficio de otros para alcanzar objetivos de salud específicos. Una vez que la enfermera ha establecido que existe la situación de enfermería, es extremadamente importante la forma en que organiza sus esfuerzos y aborda el cuidado del paciente. La manera y el contexto en los que la enfermera y el paciente interactúan es denominado sistema de enfermería (Orem 1991)⁷⁰. Los elementos básicos constituyentes de un sistema de enfermería son:

1. La enfermera.

2. El paciente o grupo de personas.

3. Los acontecimientos ocurridos incluyendo, entre ellos, las interacciones con los familiares y amigos.

⁷⁰ Ibid, p. 319.

Todos los sistemas de enfermería tienen varias cosas en común, en particular estas:

1. Las razones para tener una relación de enfermería deben estar claramente establecidas.
2. Los papeles generales y específicos de la enfermera, el paciente y las personas significativas deben ser determinados.
3. Es preciso determinar el alcance de la responsabilidad de enfermería.
4. Debe formularse la acción específica que se va a adoptar a fin de satisfacer necesidades específicas de cuidados de la salud.
5. Debe estimarse la acción requerida para regular la capacidad de autocuidado para la satisfacción de las demandas de autocuidado en el futuro.

Orem considera que hay tres tipos de sistemas de enfermería: totalmente compensatorio, parcialmente compensatorio y de soporte-educación.

Totalmente compensatorio. Es el tipo de sistema requerido cuando la enfermera realiza el principal papel compensatorio para el paciente (Orem 1991)⁷¹. Con frecuencia el paciente es incapaz de satisfacer sus propios requisitos de autocuidado universal y la enfermera debe hacerse cargo de ello hasta el momento en que el paciente pueda reanudar su propio cuidado (si esto es posible) o hasta que haya aprendido a adaptarse a cualquier incapacidad. Este sistema de enfermería se requiere en las siguientes situaciones:

1. El paciente es incapaz de ocuparse en cualquier forma de acción intencionada de autocuidado, como por ejemplo cuando está en coma. Generalmente, cualquier persona incapaz de controlar sus movimientos, o que no responde a una amplia gama de estímulos (auditivos, visuales, táctiles, etc.) o que no puede comunicarse con otros, requerirá un sistema totalmente compensatorio.

⁷¹ Ibid, p. 321.

2. El paciente es consciente de la necesidad de ocuparse en actividades de autocuidado, es capaz de formar juicios acerca de su salud y de tomar decisiones, y tiene las aptitudes necesarias para hacerlo, pero no puede o no quiere emprender acciones que requieran deambulaci3n o movimientos de manipulaci3n. Otras caracteristicas pueden incluir el hecho de ser consciente de s3 mismo y de su entorno y de ser capaz de comunicarse con otros, aunque esta capacidad se encuentra muy restringida. Un ejemplo de esto es la persona en estricto reposo en cama despu3s de un accidente vascular cerebral y sufriendo una afasia expresiva.

3. El paciente es incapaz de atender a sus propias necesidades de cuidado de la salud, formar juicios razonados o tomar decisiones, pero puede realizar movimientos manipulativos o deambular. Esto se puede presentar en un individuo que acaba de recuperar la conciencia despu3s de una intervenci3n quir3rgica, o en un individuo con deterioro del juicio despu3s de un traumatismo craneal.

Generalmente, el papel de la enfermera en los sistemas de enfermer3a totalmente compensatorio es:

1. Compensar las incapacidades para el autocuidado que pueda tener el paciente.
2. Apoyar y proteger al paciente mientras le proporciona un entorno apropiado para cultivar las capacidades de autocuidado existentes y reforzar el desarrollo de otras nuevas.

Las enfermeras no solo deben ser las proveedoras de cuidados, sino tambi3n formar los juicios y tomar las decisiones que sean necesarios en beneficio del paciente. Esta responsabilidad se extiende a los requisitos de autocuidado universales, del desarrollo de la desviaci3n de la salud.

Parcialmente compensatorio. Este tipo de sistema de enfermer3a no requiere la misma amplitud e intensidad de la intervenci3n de enfermer3a que el sistema totalmente compensatorio (Orem 1991)⁷². La enfermera debe actuar con un papel

⁷² Ibid, p. 324.

compensatorio, pero el paciente esta mucho más implicado en su propio cuidado en términos de toma de decisiones y acción. Tal sistema de enfermería sería apropiado en las siguientes situaciones:

1. El paciente tiene una limitación de la movilidad o de las habilidades de manipulación, ya sean reales o por requerimientos médicos.
2. El paciente tiene un déficit de conocimientos o habilidades, o de ambos, que impiden la satisfacción de todas las demandas de autocuidado
3. El paciente no está psicológicamente dispuesto para realizar, o aprender a realizar conductas de autocuidado.

El papel de la enfermera en el sistema de enfermería parcialmente compensatorio puede requerir el uso de los cinco métodos de ayuda (Orem 1991)⁷³ y es probable que incluya:

1. Realizar algunas medidas de autocuidado por el paciente.
2. Compensar cualquier limitación del autocuidado que pueda tener el paciente.
3. Ayudar al paciente según requiera.

Este sistema de enfermería también otorga algunas responsabilidades al paciente, incluyendo:

1. Realizar algunas medidas de autocuidado (se espera que los pacientes se involucren en la tarea de cuidar de sí mismos cuando son capaces de hacerlo).
2. Aceptar cuidados y ayuda por parte del equipo de enfermería cuando sea apropiado.

De apoyo/educación. Este sistema de enfermería sería apropiado para el paciente que es capaz de realizar las acciones necesarias para el autocuidado y puede aprender a adaptarse a las nuevas situaciones, pero actualmente necesita ayuda

⁷³ Ibid, p. 20.

de enfermería; a veces esto puede significar simplemente alentarlo (Orem 1991)⁷⁴. Generalmente el papel de la enfermera se limitara a ayudar a tomar decisiones y a comunicar conocimientos y habilidades. Este sistema puede requerir que la enfermera enseñe al paciente, o que modifique el entorno para ayudar al aprendizaje, quizá reduciendo las distracciones innecesarias. La enfermera puede tener un papel de consultora si solo se requiere información periódica o actualización. El papel de la enfermera en el sistema de enfermería de apoyo/educación es principalmente el de regular la comunicación y el desafilado de las capacidades de autocuidado, mientras que el propio familiar realiza su autocuidado.

Estos sistemas de enfermería no deberían considerarse solo como otra forma de clasificar a los pacientes, que una vez asignados no se cambian nunca. Los sistemas de enfermería necesitan ser dinámicos. Un paciente puede requerir inicialmente un sistema de enfermería totalmente compensatorio para satisfacer requisitos de autocuidado universal; a medida que cambia su estado también lo hará el sistema de enfermería necesario. Un sistema parcialmente compensatorio sería adecuado para un paciente que cada vez participa más en su autocuidado, y finalmente puede requerirse un sistema de apoyo/enseñanza. Los sistemas de enfermería también pueden alternar; un sistema de enfermería parcialmente compensatorio y un sistema de enfermería de apoyo/enseñanza son apropiados cuando el paciente debe adquirir conocimiento y habilidades.

4.4 Teorías de otras disciplinas

4.4.1 Teoría del desarrollo familiar

4.4.1.1 Aspectos históricos

El hombre es un ser social que ha sobrevivido, a lo largo de su historia, a través de su pertenencia a diferentes grupos sociales, de los cuales la familia ha sido el ambiente más importante en el que ha evolucionado, por lo que es tan añeja como

⁷⁴ Ibid, p. 324.

la propia humanidad. Es la más antigua de las instituciones sociales humanas y según Ralph Linton, sobrevivirá mientras exista nuestra especie.

Ante las vicisitudes de la historia, la familia ha mostrado una extraordinaria capacidad de resistencia, lo cual viene a contradecir aquellas teorías que de tiempo en tiempo predicen un inminente ocaso de la familia y el matrimonio. Esta capacidad de resistencia ha quedado demostrada cuando, por ejemplo, ante alguna catástrofe, sucumben sociedades complejas y no sobrevive solo un grupo de individuos, sino una pluralidad de familias.

Simultáneamente con su evolución histórica, la familia ha experimentado transformaciones que le han permitido adaptarse a las exigencias de cada sociedad y cada época, lo cual hace augurar que la familia persistirá, según Minuchin⁷⁵ debido a que constituye la mejor unidad humana para sociedades rápidamente cambiantes. Cuanta mayor flexibilidad y adaptabilidad requiera la sociedad de sus miembros, más significativa será la familia como matriz del desarrollo psicosocial.

Lewis H. Morgan enfatizó la influencia de la sociedad sobre la forma y estructura de la familia, la cual nunca permanece estacionaria, sino que pasa de una forma inferior a una superior a medida que la sociedad evoluciona como consecuencia del desarrollo de la técnica y la economía.⁷⁶ Las etapas fundamentales de la evolución de la familia definidas por Morgan en 1877 fueron tomadas por Engels en su obra *El origen de la familia, la sociedad privada y el Estado*, quien las enriqueció con las aportaciones del marxismo, resaltando la importancia de la génesis de la familia, las relaciones de producción y estableciendo una íntima conexión entre familia y Estado como eslabones de un mismo proceso.⁷⁷

⁷⁵ Minuchin S. *Familias y terapia familiar*. Barcelona: Gedisa; 1979.

⁷⁶ Michel A. *Sociología de la familia y el matrimonio*. Barcelona: Península.; 1974.

⁷⁷ Engels F. *El origen de la familia, la propiedad privada y el estado*. Madrid: SARPE; 1983.

Morgan señala que a partir de la promiscuidad inicial absoluta aparecen otras formas diferentes de familia:⁷⁸

- Familia consanguínea: predominan las relaciones incestuosas entre hermanos, siendo excluidos padres e hijos de las relaciones sexuales recíprocas.
- Familia punalúa o familia por grupo: prohibición del incesto incluye a los hermanos. Los hombres de un grupo son considerados desde el nacimiento como esposos de las mujeres de otra familia.
- Familia sandiásmica o patriarcal: la división de las tareas, necesaria por el desarrollo de la agricultura, lleva a la conformación de este tipo de familia en la que el hombre vive con una sola mujer, pero mantiene el derecho de la poligamia y la infidelidad. En esta se funda el principio de autoridad absoluta del jefe de la familia.
- Familia monogámica: tiene su origen en la forma anterior, y se caracteriza por la unión libremente escogida de dos individuos. Es la familia de la cultura actual.

Las teorías de Morgan se completan con la descripción de los gens, un conjunto de familias unidas por determinados lazos de parentesco, que al escindirse por un aumento en su densidad daban lugar a dos gens hermanas. A su vez, un conjunto de gens formaba una patria, y dos o más patrias una tribu.

Muchos de los conceptos sobre el origen y evolución de la familia han sido obtenidos de contradictorios relatos de viajeros, de sus observaciones y vastas reconstrucciones “históricas” sobre las instituciones sociales, por lo que en gran parte pueden considerarse como meras suposiciones, algunas de las cuales parecen más probables que otras, aunque sin poder ser científicamente demostradas. Es el caso, por ejemplo, de las ahora dudosas aseveraciones de Morgan con relación a los tipos consanguíneo y punalueno de familias observadas

⁷⁸ López R F. Introducción a la sociología. México: Porrúa; 1983. p. 63-77.

en Hawái y otros sitios en que, posterior al estado inicial de promiscuidad, los hombres se casaban regularmente con sus propias hermanas. Esta deducción se basaba, probablemente, en las costumbres comunes de matrimonio y en la forma, quizá mal interpretada, que en esos lugares empleaban para describir y dirigirse a los parientes. Ahora se sabe que en aquel tiempo los hawaianos no tenían palabras acuñadas para parentescos como el de “tío”, “tía”, “sobrino”, “sobrina”, es decir todos los tíos eran llamados por el mismo vocablo que designaba a padres y madres, y todos los sobrinos eran nombrados por el mismo de hermano y hermana situación que probablemente dio lugar a la confusión.⁷⁹

Esta serie de hechos permite comprender que lo conocido sobre la organización primitiva del hombre ha llevado al reconocimiento de una tendencia central acerca del mantenimiento de relaciones sexuales permanentes, lo que de una u otra manera genera la institución familiar. Dicha institución está conformada por un grupo en permanente evolución que a través del tiempo ha sufrido diversas transformaciones, causadas fundamentalmente por factores económicos y culturales y, en menor grado, por costumbres, leyes y valores. Por otro lado, resulta imposible trazar con precisión el nacimiento y desarrollo de la familia como expresión social del instinto biológico que lleva al hombre a asegurar la reproducción de la especie. Sin embargo, es evidente que dicha institución siempre ha existido, y ha desempeñado hasta la actualidad y en todo el mundo el papel primordial que caracteriza a la cultura de la civilización a la que pertenece.

4.4.1.2 Definición

La palabra familia deriva de la raíz latina famulus, que significa siervo, la cual a su vez proviene del primitivo famul, que se origina de la voz osca famel, esclavo domestico. En la era del nomadismo, con el termino de “familia” se designaba a todo grupo de personas que se desplazaban juntas de un lugar a otro, en tanto que en la Roma antigua el nombre de familia se daba al conjunto formado por esposas, hijos, esclavos y sirvientes que eran propiedad del pater, quien poseía la

⁷⁹ Lienhardt G. Antropología social. México: Fondo de Cultura Económica; 1966.

patria potestad y ejercía el derecho sobre la vida y la muerte de todos ellos. En la actualidad, en el lenguaje cotidiano la palabra “familia” suele designar una gama de acontecimientos sociales significativos, tales como una agrupación concreta con relaciones de parentesco entre sí, el matrimonio o la red de interacciones personales que permiten al individuo sentirse cómodo y seguro, es decir, “en familia”.⁸⁰

El termino familia puede incluir variadas acepciones y definiciones, por lo que resulta difícil elaborar un concepto de familia que tenga un carácter universal, ya que esta adopta formas y dimensiones tan diferentes en cada sociedad que no siempre es fácil discernir sobre los elementos que puedan ser comunes. Sin embargo, con la evolución que ha experimentado el grupo familiar y conforme a diferentes enfoques científicos, han surgido paulatinamente múltiples definiciones de familia, cada una de ellas con diferentes niveles de aplicación, por lo que es conveniente partir de una adecuada especificación de la terminología. De esta manera, el grupo formado por marido y mujer e hijos sigue siendo la unidad básica preponderante en la cultura occidental, conservando aun la responsabilidad de proveer de nuevos miembros a la sociedad, socializarlos y otorgarles protección física y apoyo emocional. El concepto de familia incluye una compleja organización biopsicosocial con diversas dimensiones de funciones. No es simplemente un conjunto de individuos relacionados entre sí. Es la matriz de un grupo muy peculiar, con lazos especiales para vivir juntos y que tiene un potencial para crecer, desarrollarse y comprometerse.

Para el Papa León XIII (1818-1903), “la familia es una sociedad de extensión limitada, pero, con todo, una verdadera sociedad, anterior a cualquier Estado o nación, con sus propios derechos y deberes y totalmente independiente del Estado”.⁸¹ La OMS comprende como parte de la familia a los miembros del hogar emparentados entre si hasta un grado determinado por sangre, adopción y matrimonio, en tanto que el Diccionario de la Lengua Española dice que “La familia

⁸⁰ Horwitz C N. Familia y salud familiar. Un enfoque para la atención primaria. Panamá: Bol Sanit Panam; 1998. p. 144-155.

⁸¹ MD Publications. La familia humana. MD; 1989. p.70-85

es el grupo de personas que viven juntas bajo la autoridad de una de ellas. Conjunto de ascendientes, descendientes, colaterales y afines de un linaje”.⁸² La palabra linaje hace referencia, según Warner, a un grupo dotado de continuidad a lo largo de varias generaciones, siguiendo habitualmente la “línea del apellido” (líneas de descendencia unilaterales). De tal forma, en nuestro medio, las familias resultan ser patrilineales, y dado que la madre constituye el centro del afecto familiar, son matriacéntricas.

El Censo Canadiense⁸³ define a la familia como “esposo y esposa con o sin hijos; o padre y madre solo con uno o más hijos que viven bajo el mismo techo”. Según The United States Census Bureau⁸⁴ la familia es cualquier grupo de individuos que viven juntos y relacionados entre sí por lazos sanguíneos, de matrimonio o adopción. La primera definición incluye los conceptos de matrimonios, familia nuclear y seminuclear (esta como complicación del desarrollo familiar), en tanto que la segunda es más amplia por señalar los vínculos que determinan parentesco. En la actualidad, los teóricos del comportamiento familiar tienen la convicción común de que la familia debe ser concebida como una unidad funcional y que la actuación de sus miembros puede ser comprendida en relación con la estructura global de la misma; la consideran, además, como un sistema de interacción, o mejor aún, de transacción,⁸⁵ que imprime en el individuo los sentimientos de identidad e independencia. El primero de ellos está fundamentalmente influido por el hecho de sentirse miembro de un grupo y por su sentido de pertenencia a una familia específica, en tanto que el segundo se logra a través de la participación en los diferentes subsistemas familiares y en grupos extrafamiliares.

La familia es la única institución social encargada de transformar un organismo biológico en un ser humano,⁸⁶ y según los socialistas Frederic Le Play y Proudhon

⁸² Diccionario de la Lengua Española. 19ª ed. Madrid: Espasa-Calpe; 1970.

⁸³ Elkin F. The family in Canada. Ottawa: The Vanier Institute of the Family; 1964.

⁸⁴ Wamboldt F S. Social and family behavior. Pennsylvania: John Wiley; 1981. p. 171-182.

⁸⁵ Meissner W W. Aspectos psiquiátricos del estudio de la familia. Buenos Aires: Paidós; 1976. p. 157-198.

⁸⁶ Goode W J. La familia como elemento en la estructura social. México: UTEHA; 1982. p. 12-18.

“es la célula básica de la sociedad”. En ella sus miembros mantienen en forma común y unitaria relaciones directas personales “cara a cara”, con un vínculo entre sus componentes mediante el cual se comparten sentimientos, circunstancias, condiciones de vida y aspiraciones y en el que existe el compromiso de satisfacer necesidades mutuas y de crianza.

Es un grupo primario cuyas características son las propias de un sistema natural abierto, en donde las acciones de cada uno de sus miembros producen reacciones y contrareacciones en los otros y en el mismo. Es por eso que no debe ser entendida solo en función de la personalidad de sus integrantes, sino también en cuanto a las relaciones interpersonales que entre ellos se establecen. La teoría sistemática (referida por Steinglass) define a la familia como una unidad organizada, integrada por elementos (individuos) y subunidades (padres, hijos, etc.) que conviven unos con otros en una relación consistente duradera. Al definir a la familia como un sistema y cada uno de sus componentes serán afectados en su comportamiento y su desarrollo individual, así como por la naturaleza de las relaciones que existan entre ellos.⁸⁷

Este sistema familiar se diferencia y desempeña sus funciones a través de sus subsistemas, organizados por generaciones, sexos, intereses y funciones. Los principales en la estructura de una familia nuclear son:

- Subsistema conyugal: se constituye cuando un hombre y una mujer deciden unirse con la intención de constituir una familia. Las principales cualidades requeridas para la implementación de sus tareas son la complementariedad y la acomodación mutua. Las pautas de complementariedad le permiten a cada cónyuge ceder sin sentir que se ha entregado o vencido. Tanto uno como el otro deben ceder parte de su individualidad para lograr un sentido de pertenencia. Este subsistema puede constituirse en un refugio ante el estrés externo y en la base para el contacto con otros sistemas sociales. Así mismo, debe desarrollar límites

⁸⁷ Gómez –Clavelina F J et al. Selección y análisis de instrumentos para la evaluación familiar. México: Arch Med Fam; 1999. p. 45-47.

que lo protejan de la interferencia de las demandas y necesidades de otros sistemas; por ejemplo, cuando hay hijos, deben poseer un territorio psicosocial propio.

- Subsistema paterno filial: el nacimiento de un hijo ocasiona un cambio radical en la organización familiar, ya que, al aparecer este nuevo subsistema, surge también la necesidad de reorganizar los límites y las funciones familiares, satisfacer otras necesidades e iniciar el manejo de nuevas relaciones sin renunciar al apoyo que caracteriza al subsistema conyugal; no es simplemente asumir nuevos roles.
- Subsistema fraterno: constituye el entorno social en el que los hijos pueden experimentar relaciones con sus iguales. En él aprenden a negociar, compartir, cooperar y competir. Los niños sin hermanos suelen desarrollar pautas y procesos del mundo adulto que pueden manifestarse como un desarrollo precoz.

Cada individuo pertenece a diferentes subsistemas en los que posee distintos niveles de poder y en los que aprende habilidades diferenciadas. La definición interaccional de familia la señala como un grupo de intimantes relacionados por fuertes y recíprocos lazos de afecto y lealtad, con una historia y un futuro común y que participan de un sentido de hogar.⁸⁸

El individuo es un subsistema de la familia y esta lo es de la sociedad. Cada una de las partes está dotada de cierta autonomía sujeta a sus propias leyes internas, característica que permite distinguirlas entre sí.

Sin embargo, existe interdependencia entre cada uno de estos sistemas, de manera que al definir a cualquiera de ellos se hace necesaria la participación de los otros dos.⁸⁹

Para Ackerman, la familia es la unidad básica de la enfermedad y la salud, y afirma “hemos estado inclinados a examinar al individuo como una entidad aislada e intacta”, cuando que las relaciones entre la personalidad del individuo y los

⁸⁸ Op cit. Elkin F.

⁸⁹ Caparrós N. Crisis en la familia. Madrid: Kargieman; 1981.

procesos de dinámica del grupo y de la vida en familia constituyen un eslabón esencial en la cadena de causalidad en los estados de enfermedad y salud.⁹⁰

Es posible, entonces, definir a la familia como el grupo social primario de individuos unidos por lazos consanguíneos, de afinidad o matrimonio, que interactúan y conviven permanentemente manteniendo en forma común y unitaria relaciones personales directas. Poseen formas de organización y acciones tanto económicas como afectivas con el compromiso de satisfacer necesidades mutuas y de crianza y comparten factores biológicos, psicológicos, sociales y culturales que pueden afectar su salud individual y colectiva.

4.4.1.3 Tipología familiar

La familia es una unidad microsocial totalmente dependiente de la estructura social global de la cual recibe sus características y sus valores fundamentales. En su estructura y en su dinámica refleja las peculiaridades y la problemática de la sociedad en general, que es la macroestructura.

La familia como fenómeno histórico es también considerada como un fenómeno social total, de modo que no puede hablarse teóricamente de la familia en general, sino únicamente de tipos de familia tan numerosos como las regiones, las clases sociales y los subgrupos existentes en el interior de la sociedad global.⁹¹

Aun cuando todo individuo al crecer y madurar se va integrando a nuevas instituciones, siempre pertenece a una familia a lo largo de su vida.⁹² En nuestro medio, el sistema familiar global está formado por familias relacionadas entre sí; en ellas, cada persona es miembro de dos familias:

- Familia de origen, en la que nace y obtiene el estatus de hijo y de la cual se aleja para dar lugar a la familia de procreación.

⁹⁰ Ackerman N W. Diagnóstico y tratamiento de las relaciones familiares. Buenos Aires: Hormé; 1982.

⁹¹ Op cit. Michel A.

⁹² Op cit. Horwitz C N. pág.155.

- Familia de procreación, que se conforma a través del matrimonio o de la simple unión con su pareja.

La familia puede ser clasificada desde una gran diversidad de puntos de vista. Es posible tipificarla de acuerdo a la etapa del ciclo vital en que se encuentre; pueden ser tradicionales o modernas, según sus hábitos, costumbres y patrones de comportamiento. Existen familias urbanas y rurales con base al enfoque demográfico y, desde el punto de vista psicosocial y según la dinámica de las relaciones intrafamiliares, pueden ser funcionales o disfuncionales. Según los límites en su estructura pueden considerarse amalgamadas o desvinculadas; y por las características ocupacionales del jefe de familia pueden agruparse en familias campesinas, obreras, profesionistas, comerciantes, etc. En el campo de las ciencias de la salud se requiere que la familia sea clasificada de tal manera que permita comprender los parámetros suficientes que en un momento dado puede incidir en el grado de funcionalidad o disfuncionalidad familiar. Para ello, se hace necesario conocer sus características demográficas, es decir, su composición, número de miembros, grado de parentesco, generaciones que la forman y presencia de otras personas sin parentesco, además de las características familiares que resultan de las complicaciones en su desarrollo. Luis Leñero⁹³ señala la significativa diversidad de tipos familiares mediante una clasificación basada en tres factores macroestructurales:

- a. Cultura y subcultura de las comunidades a que pertenecen:
 1. Indígena.
 2. Rural tradicional.
 3. Urbana.
- b. Estratificación socioeconómica y de clase según los niveles de subsistema y actividad económica:
 1. Marginado y subproletariado.

⁹³ Leñero L. Estereotipos, tipos y neotipos de familias en México. La familia. Medio propiciador o inhibidor del desarrollo humano. 2ª ed. México: Ediciones Médicas del Hospital Infantil de México; 1980. p. 91-138.

2. Popular proletario.
 3. Medio.
 4. Elitista de dominio.
- c. Ubicación geosocial de acuerdo a:
1. La región en que habiten.
 2. Las redes de relación ecológica que mantengan.
 3. Su grado de sedentarismo o migración.

Según su conformación, se definen los siguientes tipos de familia:

- Familia nuclear (conyugal, biparental, elemental o biológica): es la que conforma la pareja con o sin hijos. Se caracteriza por los lazos de parentesco legítimos y por el hecho de vivir juntos bajo el mismo techo.
- Familia seminuclear (monoparental o uniparental): familia de un solo padre, ya sea por la soltería de la madre (con hijos que pueden ser de un solo padre o consecuencia de la monogamia serial,⁹⁴ es decir, de distintos padres) o como consecuencia de complicaciones en el desarrollo familiar como el fallecimiento (familia contraída), separación o divorcio (familia interrumpida) de la pareja. El médico familiar debe poner especial atención a las familias seminucleares que son consecuencia de alguno de los eventos críticos accidentales mencionados, ya que en muchas de ellas se afecta su evolución en los aspectos afectivos, educativos y económicos. La ausencia del padre o de la madre implica que la pareja restante o uno de los hijos asuman o se les asignen nuevos y distintos roles que ocasionan una presión extra, misma que en las familias biparentales no se encuentra. Esta situación facilita evidentemente la aparición de patología, tanto biológica como psicosocial, y puede exacerbar la ya existente, con el consecuente incremento de la utilización de los servicios de salud. Aunque las familias nucleares tienden a ser

⁹⁴ Medalie J H. Medicina familiar. Principios y prácticas. México: Limusa; 1987. p. 43-50.

más funcionales que las seminucleares,⁹⁵ Maccoby sostiene que aun en las familias que no tienen padre las mujeres sumamente productivas logran criar hijos productivos.⁹⁶

- Familia consanguínea (asociada, multigeneracional): es aquella en la que se mantiene el vínculo generacional, conviviendo en el mismo hogar más de dos generaciones. Incluye la unidad familiar nuclear y uno o más familiares consanguíneos, ya sean verticales ascendentes (abuelos, tíos, etc.), verticales descendentes (sobrinos) o laterales (hermanos, cuñados) viviendo bajo el mismo techo. En este tipo de familias es importante clarificar los límites y las funciones familiares, así como fortalecer la organización jerárquica. Se subdivide en:

- ❖ Familia extensa: es una familia nuclear que va a vivir con la familia de origen de uno de los cónyuges o que nunca salió del seno familiar y permaneció allí después de realizar su unión conyugal.

- ❖ Familia semiextensa: consiste en una familia nuclear con la que viven uno o varios miembros de la familia de origen de uno de los cónyuges.

Ante los eventos críticos de cualquier índole, el recurso más importante para enfrentarlos es la propia familia. Esta función de apoyo es mejor ejercida en las familias extensas; sin embargo, en la cultura moderna la familia tradicional extensa tiende a transformarse en familia nuclear mediante el proceso que lleva a la sociedad a la industrialización y a la urbanización. Dicha transformación se manifiesta, sobre todo, en el tamaño y composición del grupo familiar, así como en sus relaciones internas y sus funciones económicas y sociales, entre otras.

La presencia en el hogar de un pariente puede modificar su estatus positiva o negativamente,⁹⁷ de manera que la presencia del padre o la madre de uno de los cónyuges puede convertirse en una excelente ayuda en la socialización o cuidado

⁹⁵ Saldivar D R. Estudio comparativo de la funcionalidad familiar en familias nucleares versus familias seminucleares. Trabajo de investigación para obtener el Diploma de especialista en Medicina Familiar. México: UNAM, Facultad de Medicina, ISSSTE, Unidad Académica "Dr. Pedro Bárcena Hiriart"; 1998.

⁹⁶ Maccoby M. El carácter nacional mexicano. México: Plaza y Janés; 2002. p. 243-256.

⁹⁷ Revilla A L. El apoyo social y la atención primaria de salud. España: Atención primaria; 1991. p. 664-666.

de los hijos, pero en otras ocasiones su presencia motivara frecuentes conflictos entre la pareja, que pueden dar lugar a la aparición de diversos síntomas en algunos de sus miembros. La estructura y las funciones de la familia son influenciadas por diversas situaciones, entre las que destacan los movimientos migratorios, los aspectos socioeconómicos de la comunidad, la carencia de recursos y la escasez de viviendas, hechos que quizá justificarían las características de las familias extensas y compuestas. Estas situaciones afectan la salud de los integrantes de la familia, lo que a su vez influye sobre la estructura, funciones y homeostasis del grupo. Es por ello que la comprensión y el estudio de estos parámetros estructurales permiten al equipo de salud llevar a cabo acciones oportunas y eficaces que redunden en beneficio de la funcionalidad familiar.

- Familia compuesta (ampliada): puede ser cualquiera de los tipos de familia descritos, incluyendo además a otros miembros sin nexos consanguíneos ni de filiación (sirvientes, compadres, ahijados, amigos, huéspedes, etc.).
- Familia múltiple: son dos o más familias de cualquier tipo que vivan bajo el mismo techo. Pueden ser extensas o compuestas, según haya o no parentesco.
- Familia extensa modificada:⁹⁸ se refiere al sistema de redes familiares y sus pautas de ayuda mutua. Este concepto implica la idea de una estructura, organización y relaciones familiares con la parentela, en donde el parentesco es el criterio principal de afiliación al sistema o red. La estructura de esta unidad se basa tanto en los lazos de afecto como en la selección, ya que la misma cultura puede incluir ciertos mecanismos para incorporar a individuos no familiares a dicha red familiar por medio de parentescos ficticios, tales como el compadrazgo. De esta manera, la consanguinidad tiende a ser más un mero reconocimiento social que una relación estrecha, y este parentesco, al estar basado en la elección, se torna en amistad.

⁹⁸ König R. La familia en nuestro tiempo. Madrid: Siglo XXI; 1981.

El apoyo social es un proceso interactivo en el que las necesidades sociales básicas de afecto, pertenencia, identidad, seguridad y aprobación, así como las instrumentales o económicas del individuo, son satisfechas dentro de la red social en que se encuentra inmerso. En dichas redes sociales las personas mantienen su identidad social, reciben apoyo emocional, ayuda material, servicios, información y adquieren nuevos contactos sociales. Algunas características de estas redes sociales son:

- ✓ Número de personas que las integran.
- ✓ Frecuencia de contactos.
- ✓ Grado en que los miembros de la propia red pertenecen simultáneamente a otras redes.
- ✓ Composición y homogeneidad.
- ✓ Grado de intimidad y confidencialidad de los contactos en el seno de la red.
- ✓ Calidad del apoyo facilitado.

Las actividades de la familia extensa modificada y redes sociales de parentesco son básicamente:

- Cuantitativas o estructurales, que hacen referencia al número de personas y contactos sociales a los que puede recurrir el individuo. Implican la ayuda mutua económica y financiera, así como el intercambio de bienes y servicios regular u ocasionalmente, sobre todo durante situaciones críticas; el auxilio en tareas domésticas, compras, cuidado de los niños, etc.; actividades sociales a través de visitas, recreaciones y en ceremonias.
- Cualitativas o funcionales. Se refieren a aspectos de apoyo que causan en el individuo sentimientos de bienestar afectivo y que le aportan cariño, reconocimiento, consejo o guía. Este apoyo tiene un significado subjetivo y existe

únicamente cuando induce determinados sentimientos en el individuo que lo recibe.

La importancia de estos conceptos radica en que el equipo de salud, en su práctica médica integral, es centro de apoyo al que recurre la población que carece de redes sociales adecuadas o funcionales en su vida cotidiana. El restablecimiento o la aceptación de la enfermedad, el cumplimiento de los planes terapéuticos y la óptima utilización de los servicios de salud están mediatizados en gran medida por la existencia de una red social satisfactoria que, aportando el soporte social necesario, mejora las expectativas de salud y facilita la adherencia terapéutica.⁹⁹ En una familia funcional existe una actitud de apertura que permite la formación de redes de apoyo con otros grupos y personas fuera del núcleo familiar.

- Equivalentes familiares (sistemas familiares alternos): bajo este término se conoce al grupo de individuos que conviven en un mismo hogar sin constituir un núcleo familiar propiamente, como lo hacen las parejas estables de homosexuales, grupos de amigos que viven juntos, etc.¹⁰⁰ Pueden considerarse funcionales si no producen patología individual o grupal y si conservan los parámetros mencionados respecto a la dinámica familiar funcional.
- Grupo domestico: en nuestro medio, la familia nuclear como unidad de procreación sigue siendo la forma tradicional más frecuente, incluso considera como prototipo. Sin embargo, en la actualidad existe una gran variedad de organizaciones familiares totalmente distintas a la norma de la familia nuclear, por lo que el concepto de grupo domestico alcanza relevancia ante lo restrictivo de la idea de familia en relación al proceso salud-enfermedad y de las funciones medicas operativas.

Un huésped o la empleada domestica deben ser considerados dentro del hogar como miembros importantes ya que obligan a la familia a asumir

⁹⁹ Chagoya B L. Psicoterapia familiar. Manual de psiquiatría. Madrid: Karpos; 1980. p. 1048-1054.

¹⁰⁰ Op cit. Revilla A L.pág.662.

responsabilidades extras, modifican funciones y roles y crean tensiones grupales que pueden favorecer un ambiente propicio para la enfermedad.

El grupo doméstico es aquel cuyos miembros comparten los siguientes criterios:

- Criterios de locación: comparten la unidad residencial.
- Criterio funcional: establecen una relación dinámica.
- Criterio de parentesco: existen relaciones de consanguinidad, afinidad o lazos de dependencia y obligaciones recíprocas.

Aquellos miembros con relación de parentesco que ya no vivan en la misma casa, tales como hijos o hermanos que se hayan ido, aunque vivan en la misma casa, tales como hijos o hermanos que se hayan ido, aunque vivan cerca, compartan actividades conjuntas, como la comida o el trabajo, al no cumplir con el criterio de locación no son considerados como parte del grupo domestico, aunque siguen siendo miembros de la misma familia. Asimismo se considera a los visitantes, invitados y sirvientes que sean residentes semipermanentes como miembros de dicho grupo, ya que dependen de la autoridad del jefe del hogar y de la organización económica del mismo.

Según Fortes, el grupo domestico u hogar es una unidad que puede incluir generaciones sucesivas, tanto verticales (abuelos, padres, hijos) como laterales (hermanos, primos, cuñados), unidos por matrimonio, filiación o consanguinidad, y que está organizada para proveer los recursos necesarios para mantener y criar sus miembros. En base a esto, los grupos domésticos pueden estar conformados por familias tanto nucleares como extensas, compuestas o múltiples. De esta forma, la definición funcional de grupo domestico como unidad de atención médica incluye en el núcleo familiar a todas las personas que conviven e interactúan en una misma unidad residencial, entre las cuales hay lazos de

dependencia y obligaciones reciprocas y que por lo general, aunque no siempre, están ligadas por lazos de parentesco.¹⁰¹

Aunque es obvio que nadie carece de familia, ya que todos somos padres o hijos de alguien y ese vinculo nos hace tener o haber tenido una familia de origen, se ha denominado sin familia¹⁰² a aquellas personas separadas y viudos sin hijos, solteros separados de su núcleo familias y a los jóvenes que por necesidades de estudio o trabajo viven carentes de grupo domestico, sin que este hecho implique necesariamente un rechazo a la vida familiar.

Según las complicaciones del desarrollo familiar, se puede tipificar a la familia según las siguientes categorías:

- Familia interrumpida: ocurre por la separación o divorcio de los padres.
- Familia contraída: se da por la muerte de uno de sus miembros. Cuando es uno de los cónyuges quien ha fallecido, el tipo de familia resultante, al igual que el anterior, es una familia seminuclear o monoparental, en el caso de que su composición (padre o madre e hijos) así lo indique.
- Familia reconstruida (familia reestructurada, reconstituida o binuclear); Esta conformada por una pareja en la que uno de los cónyuges o ambos ha tenido una unión previa, con o sin hijos, independientemente de los hijos que conciban juntos. Por ejemplo, un hombre viudo que se casa con una mujer divorciada con hijos tiene que llevar a cabo un proceso de integración en su nueva familia.

Los problemas en las familias con alguna complicación en su desarrollo surgen por diversos motivos, sobre todo cuando no se logran acuerdos acerca de aspectos instrumentales o predominan sentimientos negativos ante la separación o el divorcio, situaciones que tienen graves implicaciones tanto en lo emocional

¹⁰¹ Op cit. Lienhardt G.

¹⁰² Revilla A L. Una nueva clasificación demográfica de la familia para su uso en atención primaria de salud. España: Atención primaria; 1991. p. 104-111.

como en lo económico y que afectan no solo a la pareja sino también, y de manera muy importante a los hijos. Las dificultades se presentan, asimismo, cuando, ante la pérdida de uno de sus integrantes, la familia no logra adaptarse, mas aun si previamente había una dinámica familiar disfuncional. El problema para establecer límites, nueva división de roles y reglas en las familias reconstruidas favorece el desarrollo de síntomas entre sus miembros, sobre todo en los sistemas familiares rígidos y resistentes al cambio.

La clasificación triaxial de la familia¹⁰³ es un sistema que estudia la compleja naturaleza de las disfunciones familiares, agrupándola en tres dimensiones. La importancia de este sistema radica en la visión multidimensional que se obtiene de la disfuncionalidad familiar.

Clasificar o tipificar a la familia sirve únicamente como punto de referencia, por lo que en la práctica se debe comprender la especificidad de cada familia en particular.

4.4.1.4 Estructura familiar

Al conjunto invisible de demandas funcionales que organizan la manera cómo interactúan los miembros de una familia se le denomina estructura familiar.¹⁰⁴ Esa trama invisible de demandas complementarias que regulan muchas situaciones de la familia constituye las pautas transaccionales a través de las cuales una familia funciona. Por ejemplo, si una madre dice a su hijo que beba su jugo y este lo hace, esta interacción define quien es ella en relación con él y viceversa, en un contexto y momento dados.¹⁰⁵

La estructura familiar es la forma en que se organiza el sistema de acuerdo a los siguientes parámetros:

¹⁰³ Tseng W S, McDermott J. Triaxial family classification. Philadelphia: Child Psychiatry; 1979. p. 22-43.

¹⁰⁴ Sánchez A J. Etapas de la familia. Familia y sociedad. México: Joaquín Mortiz; 1976. p. 25-52.

¹⁰⁵ Minuchin S, Familias y terapia familiar. Barcelona: Gedisa; 1979.

Jerarquía: la familia, como cualquier otro sistema, debe tener jerarquías, es decir, diferentes niveles de autoridad que sean parte de las reglas que gobiernan la organización familiar. Para que esta estructura de poder sea funcional, requiere de cierta flexibilidad que permita efectuar cambios ante eventos críticos en cada contexto de la vida familiar, de manera que padres e hijos tengan bien definidos sus distintos niveles de jerarquía y exista una complementariedad de funciones entre la pareja.

En esencia, la autoridad no consiste en mandar, y debería servir para ayudar a crecer a los miembros más jóvenes de las familias. En demasiadas ocasiones los padres no educan para ayudar a crecer a sus hijos, sino para satisfacerse modelándolos a la imagen y semejanza de lo que ellos quisieran haber sido.¹⁰⁶

Limites: son las reglas que definen quienes y como participan en las transacciones interpersonales mediante las cuales es posible establecer una diferenciación entre los individuos y los subsistemas. Su claridad es fundamental para el adecuado funcionamiento de la familia.

- Los límites intergeneracionales son aquellas fronteras imaginarias que dividen las funciones particularidades de padres e hijos, diferencian y definen los derechos y obligaciones entre ellos en la convivencia familiar. Cuando los límites son firmes determinan cierta separación y promueve la autonomía. Sin embargo, es deseable que conserven cierta permeabilidad que permita acercamientos y expresiones de afecto.
- Los límites individuales se refieren al espacio que deben guardar los miembros de una familia entre sí varían desde el amalgamiento hasta la desvinculación. En el primero, el individuo tiene una sensación exagerada de pertenencia hacia la familia, lo cual implica una desmedida cesión de su autonomía personal. Las familias amalgamadas tienen límites muy impermeables hacia el exterior y demasiada permeabilidad en los límites

¹⁰⁶ Savater F. El valor de educar. Barcelona: Ariel; 1997.

entre subsistemas, que se vuelven difusos y dan lugar a que la diferenciación individual entre ellos sea escasa. Esta relación no traduce necesariamente una gran unión o solidaridad familiar, sino la inseguridad personal que se maneja cediendo libertad para recibir protección. En cambio, en las familias desvinculadas, existe una excesiva permeabilidad hacia el medio externo, mientras que los límites entre sus subsistemas son muy impermeables. La autonomía personal es muy respetada, pero se pierde el sentido de unidad y pertenencia, con lo cual el individuo se ve aislado al estar impedida la comunicación abierta y clara con los otros miembros de la familia. En ambos tipos de familias la organización de los roles es inestable y la disciplina ineficaz.

Las familias funcionales actúan entre estos extremos, de tal forma que se mantienen unidas, estimulando el crecimiento individual de sus miembros y respetando su autonomía.

- Los límites externos son el grado de interrelación existente entre la familia como un todo y otros sistemas, como sus familias de origen, sus centros de trabajo y las instituciones con las que tiene contacto (sociales, culturales, recreativas, educativas y de salud), entre otros. Los límites externos difusos o permeables pueden impedir el desarrollo de sentimientos de pertenencia e identidad familiar, en tanto que los rígidos o impermeables con el exterior pueden restringir las potencialidades y limitar la autonomía e independencia de sus miembros.
- Centralidad o territorio: Se refiere al espacio que cada cual ocupa en un determinado contexto. Por ejemplo, un padre puede tener poco territorio o centralidad debido a su posición periférica dentro del grupo doméstico, sobre todo cuando se limita a su rol instrumental de proveedor e interacciona escasamente con el resto del grupo. En muchas familias, los hombres, por el solo hecho de serlo, tienen mayor centralidad, en tanto que las mujeres se ven marginadas y con menor territorio, lo cual es una de las

canonjías del machismo o, como lo llama Maccoby,¹⁰⁷ de la masculinidad compulsiva.

- Geografía o mapa: es el esquema que representa grafica y sencillamente la organización de una familia y proporciona datos para entender la dinámica del grupo familiar.

Alianzas (alineamiento): alude a la asociación abierta o encubierta entre dos o más miembros de una familia, designa una afinidad positiva entre ellos y resulta potencialmente neutra. Son funcionales cuando incluyen a miembros de la misma generación o subsistema o se dan entre personas del mismo sexo; sin embargo, Wynne (referido por Velasco y Sinibaldi) postula que tales alianzas tienden de manera automática aislarlas.¹⁰⁸ Cuando se vuelven rígidas y persistentes o cuando se dan entre miembros de diferente generación con intención de oponerse o excluir a otra parte del sistema o a otro miembro de la familia, dan lugar a alianzas disfuncionales llamadas coaliciones.

Una de las principales funciones de la familia consiste en brindar apoyo a sus integrantes. Cuando uno de estos se encuentra afectado por una situación estresante, los otros miembros sienten la necesidad de ajustarse a sus nuevas circunstancias.

Esta acomodación puede limitarse a un subsistema o difundirse en el seno de toda la familia. La desviación de conflictos conyugales involucrando a uno de los hijos generalmente reduce el peligro del subsistema conyugal, pero afecta al hijo, cuya utilización rígida en estos conflictos asume diversas formas:

a. Triangulación: es el involucramiento de un tercero en la interacción de la pareja, en cuyo caso la pareja en conflicto presiona abiertamente al hijo para que se una a él en contra del otro, y cada vez que el niño lo hace, automáticamente se le define como si traicionara a aquél a quien no se unió, y cada movimiento que hace esta

¹⁰⁷ Op cit. Maccoby M. pág.250

¹⁰⁸ Velasco M L, Sinibaldi J F. Manejo del enfermo crónico y su familia (sistemas, historias y creencias). México: El Manual Moderno; 2001.

estructura disfuncional es tomado como un ataque. La triangulación, al igual que otros patrones transaccionales, puede ocurrir en familias funcionales, que, a diferencia de las francamente disfuncionales, tienden a cambiar a otras formas de confrontación o negociación de conflictos que les permitan el aprendizaje, el crecimiento y la solución de problemas.

b. Desviación: la pareja esta ostensiblemente unida; sin embargo, cuando aparece el conflicto, este es desviado para proteger o culpar al hijo de la situación.

c. Coalición estable: uno de los padres (generalmente la madre) se une con el hijo en una coalición transgeneracional rígida y permanente en contra del otro progenitor, quien puede continuar luchando por ganarse el apoyo del hijo aunque no lo consiga, o bien darse por vencido y no buscar más acercarse a él. El rol del padre excluido varía de acuerdo al grado en que la pareja trate de romper la coalición.

En general, la estructura familiar debe ser capaz de adaptarse de acuerdo a las circunstancias, de modo que permita a todos los miembros, como grupo, enfrentar nuevas situaciones sin perder la continuidad que proporciona un marco de referencia a sus integrantes.

4.4.1.5 Funciones de la familia

En general se reconoce que la familia es la institución social básica en el seno de la cual se determinan el comportamiento reproductivo, las estructuras de socialización, el desarrollo emocional y las relaciones con la comunidad. Constituye la forma más simple de organización en la que dos o más individuos se asocian para compartir metas comunes y funciones.¹⁰⁹

Según Maslow,¹¹⁰ el comportamiento humano está motivado, controlado e influido por una jerarquía de necesidades, que son:

¹⁰⁹ Hevia R P. Participación de la comunidad en la atención primaria a la salud. México: Salud Públ Méx; 1985. p. 402-409.

¹¹⁰ Maslow A H. Motivation and personality. New York: Harper & Row; 1954.

- Fisiológicas: aire, agua, alimentos, sexualidad.
- Seguridad: orden, normas para guiar los propios actos y sentirse libre de temores y amenazas.
- Sociales: amor, afecto, sentimientos de pertenencia y contacto humano.
- Estima: respecto de uno mismo, logros, obtención del respecto de los demás.
- Realización personal: satisfacción de la capacidad personal (necesidad de superación, realización del potencial propio).

Es prioritaria la satisfacción inicial de las necesidades fisiológicas, al menos parcialmente, antes de buscar satisfacer las subsecuentes, ya que de ello depende en gran medida la salud biológica de un individuo. Deben ser cumplidas de manera conjunta y reciproca dentro del contexto del grupo familiar, y complementadas posteriormente con otras instituciones sociales. En gran medida, la homeostasis familiar está en función del estado de bienestar biológico, psicológico y social que guarden sus integrantes, lo cual favorece el mantenimiento de una unión estable durante un cierto lapso de tiempo, con el fin de favorecer el desarrollo saludable de los hijos, así como el cumplimiento de las funciones más diversas.

Fundamentalmente son dos las funciones que asume la familia: asegurar la supervivencia de sus miembros y forjar sus cualidades humanas. En ningún caso debe contentarse con satisfacer solo las necesidades biológicas,¹¹¹ ya que eso no basta para el completo desarrollo del individuo, que tiene necesidad de aportaciones intelectuales y afectivas. De acuerdo con lo anterior, las funciones específicas de la familia son las siguientes:

¹¹¹ Op. cit Ackerman.

- Asegurar la subsistencia de cada uno de sus miembros a través de la protección biopsicosocial de cada uno de ellos, lo cual implica proporcionar abrigo, alimento y seguridad física, incluyendo la satisfacción sexual de la pareja. De hecho, esta función de la familia con relación a los hijos está señalada en el Artículo Cuarto de la Constitución Mexicana, que a la letra dice: “Es deber de los padres preservar el derecho de los menores a la satisfacción de sus necesidades y a su salud física y mental”.

Ejemplos de situaciones que traducen deficiencias en el cumplimiento de la función del cuidado son: esquema de inmunizaciones incompleto, deficientes hábitos alimentarios, detecciones incompletas o no efectuadas (Papanicolaou, diabetes mellitus, hipertensión arterial, cáncer mamario, etc.), mala higiene personal, violencia intrafamiliar.

- Promover el afecto, la unión y la solidaridad social a fin de mantener la capacidad de relación con otros seres humanos. Algunos hechos que indican deficiente cumplimiento de la función del afecto son: mala adaptación conyugal, unión marital entre adolescentes, hijos sobreprotegidos y dependencia emocional de la pareja de sus familias de origen.

- A través de la socialización, es posible:
 - ✓ Favorecer el desarrollo de la identidad personal ligada a la identidad familiar, de manera que se asegure la integridad psíquica y se facilite el adiestramiento de los miembros de la familia en las tareas de participación social y el enfrentamiento de nuevas experiencias.
 - ✓ Moldear el rol sexual condicionado por la imagen de integridad y madures de los padres, para favorecer la maduración y la ulterior relación sexual de los hijos.
 - ✓ Educar y estimular el aprendizaje, la iniciativa y la realización creativa de los miembros de la familia en forma individualizada. Una familia enfrenta

problemas en la socialización cuando hay, por ejemplo: ausencia de uno de los padres, toxicomanías, desempleo inestabilidad laboral, delincuencia, problemas legales, conflictos con las familias de origen, prostitución, huida del hogar o retraso escolar, entre otros.

- ✓ Proporcionar nuevos miembros a la sociedad a través de la reproducción, con el fin de garantizar la supervivencia de la especie. Las situaciones indican problemas en el cumplimiento de esta función son, entre otros: pareja en edad reproductiva sin empleo de método de planificación familiar, embarazo no deseado o no planeado, abortos espontáneos o provocados, disfunción sexual, infertilidad, embarazo en adolescentes, excesivo número de hijos.
- ✓ Determinar la posición sociocultural de sus integrantes, de manera tal que la familia perpetúe sus tradiciones, así como las circunstancias y valores de sus miembros más viejos para transmitirlos a los jóvenes. Las disfunciones en esta área pueden ocurrir cuando hay inestabilidad laboral, enfermedades relacionadas con la pobreza, dependencia económica de las familias de origen, separación o divorcio, incapacidad laboral cambios repentinos en el nivel económico, diferentes expectativas entre padres e hijos, cambios frecuentes de domicilio o de ciudad, etc.

La familia debe satisfacer las necesidades recíprocas y complementarias de sus miembros, fomentar la libre relación entre ellos, permitir y estimular la individuación a través del respeto y del reconocimiento de cada uno de sus integrantes y mantener la unión y la solidaridad en la familia con un sentido positivo de la libertad.¹¹²

Estas funciones están estrechamente relacionadas, son interdependientes y se deben cumplir en la familia como conjunto y unidad; confirman la idea de que el

¹¹² Macías A R. El grupo familiar; su historia, su desarrollo, su dinámica. 1er Simposium sobre la Dinámica y Psicoterapia de la Familia. México: Instituto de la Familia. A.C; 1981. p. 12-28.

grupo familiar es un sistema en el que ninguna de sus partes puede ser afectada sin que ocurran repercusiones en el resto del mismo.

4.4.1.6 Roles familiares

Los miembros de una familia están ligados por una serie de lazos que los unen como familia y que conforman una relación reticular.

Los vínculos familiares se entrelazan bajo la influencia de diversos factores biológicos, psicológicos, sociales, culturales y económicos. Biológicamente a través de la familia, la especie se perpetúa, hecho que solo puede cumplirse en una organización adecuada de las fuerzas sociales. Psicológicamente, los miembros de la familia están unidos en interdependencia mutua para la satisfacción de sus necesidades afectivas respectivas, ligados económicamente para la provisión de sus necesidades materiales.¹¹³ Los lazos familiares pueden consolidarse o relajarse ante los eventos críticos que se presentan en la existencia del individuo y que se manifiestan igualmente en la vida familiar.

Desde 1928, Burgess sugirió que la familia podía ser estudiada como unidad de personas en interacción, ocupando cada una de ellas dentro de la familia una posición definida por un determinado número de roles. Los roles vitales de marido, esposa, madre, padre e hijo, adquieren un significado propio solo dentro de una estructura familiar y una cultura específicas. De este modo, la familia moldea la personalidad de sus integrantes con relación a las funciones que tienen que cumplir en un seno, y ellos, a su vez, tratan de conciliar su condicionamiento inicial con las exigencias del rol que se les imparte. La manera en que la familia asigna dentro de ella los diferentes roles está estrechamente relacionada con su estilo de vida.¹¹⁴ Los roles familiares se refieren a la forma de actuación, expectativas y normas que un individuo tiene ante una situación familiar específica en la que están involucradas otras personas u objetos. Es un modelo extraído de la posición

¹¹³ Op. cit Ackerman N W.

¹¹⁴ Epstein N B, McAuley R G. Estudio de los problemas emocionales dentro del sistema familiar. México: Limusa; 1987. p. 275-281.

legal, cronológica o sexual de un miembro de la familia, y describe ciertas conductas esperadas, permitidas y prohibidas de la persona en ese rol.¹¹⁵ Implica las funciones asumidas o asignadas, tanto instrumentales como afectivas, que cada uno de los integrantes de la familia lleva a cabo. Pueden ser múltiples y simultáneas, así como funcionales y disfuncionales. La multiplicidad de roles atribuidos a cada miembro de la familia resulta inevitable, y se admite que son funcionales cuando reúnen las siguientes características:

- Aceptados: si cada uno se ve a sí mismo como lo ven los demás y hay acuerdo sobre lo que se espera de él.
- Flexibles: de tal manera que se puedan llevar a cabo ajustes periódicos ante la presencia de eventos críticos, sin que se altere la homeostasis familiar.
- Complementarios: los roles tradicionales siempre significan pares. No se puede desempeñar el papel de esposa sin marido ni el de padre sin hijos, etc.

Además, deben resultar satisfactorios e intercambiables en las situaciones en que se requiera. Los roles disfuncionales resultan ambiguos, matizados de rivalidad y competencia, rígidos, no complementarios y en ocasiones invertidos; por ello, reflejan patología, tanto individual como familiar.

4.4.1.7 Ciclo vital de la familia

La tarea de la familia consiste en producir y preparar nuevos conjuntos de seres humanos para ser independientes, formar nuevas familias y repetir el proceso, conforme la vieja familia pierde energía y muere.

La madurez es un proceso que permite un desarrollo continuo en busca de un estado de perfección que nunca termina. Solo puede definirse por el grado y la calidad de su presencia en cada una de las etapas por las que atraviesa el ser

¹¹⁵ Jackson D D. El estudio de la familia. Buenos Aires: Paidós; 1976. p.157-198.

humano a lo largo de su vida, que van desde el nacimiento hasta cierto grado y la calidad de su presencia en cada una de las etapas por las que atraviesa el ser humano a lo largo de su vida, que van desde el nacimiento hasta cierto grado de madurez y la muerte. Así como sucede con el individuo, lo mismo acontece con la familia.

En el curso de su desarrollo la familia pasa por varias etapas de transición predecibles en las cuales existen diferentes expectativas, necesidades y fenómenos que pueden afectar la salud de sus miembros. La comprensión de tales estados de transición familiar, así como de los del ciclo de desarrollo individual, permite al médico elaborar hipótesis acerca de los problemas que surgen en sus pacientes y estar en condiciones de ayudar a las familias a prever cada una de las situaciones y prepararse para ellas.

El ciclo vital familiar es un concepto ordenador para entender la evolución secuencial de las familias y las crisis transicionales que atraviesan en función del crecimiento y desarrollo de sus miembros.¹¹⁶ El estudio de las etapas del desarrollo familiar permite el análisis genérico de la historia natural de una familia desde que se forma hasta su disolución, y constituye, según Estrada Inda,¹¹⁷ un útil instrumento de organización y sistematización invaluable para el pensamiento clínico. Su principal valor radica en la identificación de las tareas específicas que debe desempeñar la familia en cada una de sus fases, de manera que, si en alguna de ellas no se completan dichas tareas, pueden surgir problemas de funcionamiento con efectos en las etapas subsiguientes.

Reuben Hill y Evelyn Duvall observaron que cada miembro de las generaciones joven, media y mayor en la familia tiene sus propias tareas evolutivas cuyo logro depende del éxito de las tareas de los demás y contribuye al mismo.¹¹⁸ Las tareas para el desarrollo son las actividades que deben efectuar los integrantes de la familia antes de pasar a la siguiente etapa de su ciclo vital. El cumplimiento

¹¹⁶ Vargas P. El modelo biopsicosocial, un cambio de paradigma. Madrid; Sem FYC y CIMF; 1997. p. 36-48.

¹¹⁷ Estrada I L. El ciclo vital de la familia. México: Posadas; 1982.

¹¹⁸ Op cit. Vargas P. pág. 45.

oportuno de estas acciones los lleva a una vida sana y funcional, en tanto que su incumplimiento resulta ser fuente de constantes conflictos y tensiones.

La familia comienza con la unión de una pareja, en muchos casos por medio del matrimonio, y tras un cierto periodo de tiempo, dependiendo del número de hijos, su crecimiento se reduce de nuevo a la pareja inicial, con la cual se cierra el ciclo. En esto estriba el concepto de “familia conyugal”, ya que la pareja solo es el núcleo central del grupo, sino también, prescindiendo del divorcio, su única parte permanente que determina la duración del ciclo de vida familiar, aunque otras situaciones igualmente la pueden modificar, como la edad en que la pareja se una, el número de hijos y la secuencia de nacimientos. Como es natural no todas las familias pasan de modo secuencial por el ciclo completo. Un hijo puede permanecer en el hogar tras alcanzar la edad adulta y puede quedarse en el hasta que fallecen los padres. Cuando las personas divorciadas con hijos vuelven a casarse, pasan al mismo tiempo por varias etapas.¹¹⁹

El ciclo vital de la familia es una evolución en el curso de la cual la familia se contrae a medida que el medio social con el que cada uno de sus miembros está en contacto se va extendiendo. Este ciclo se ha distribuido para su estudio en cuatro etapas, (constitutiva, procreativa, dispersión y final), conformadas, a su vez, por varias fases (preliminar, recién casados, consolidación, expansión, Independencia y disolución) que explican el desarrollo del grupo familiar, que están relacionadas con entradas y salidas de miembros de la familia y con eventos nodales de la crianza.

4.4.1.7.1 Etapas y fases de la familia

4.4.1.7.1.1 Etapa constitutiva

Se inicia desde el momento en que la pareja decide adquirir el compromiso de vivir juntos, aunque no necesariamente independientes ni separados de sus respectivas familias de origen. Termina con el nacimiento del primer hijo.

¹¹⁹ McWhinney I R. Medicina de familia. Barcelona: Mosby/Doyma Libros; 1995.

4.4.1.7.1.2 Fase preliminar

En esta fase se sientan las bases de lo que será la vida futura en pareja, es el noviazgo, que, definido como “el encuentro histórico de dos biografías que convergen”,¹²⁰ resulta fundamental para comprender muchos de los fenómenos que suceden en las fases siguientes. La elección de pareja no es un hecho al azar, ya que generalmente se da a través de una selección voluntaria, influida en cierto modo por el enamoramiento, por esa compulsión neurótica, como la llama Freud, que por sus características en muchas ocasiones deja de lado la capacidad de juzgar acertadamente con quien vivir en armonía por el resto de la existencia. No obstante, la mayoría de las parejas se adaptan a su situación marital, aunque no a todas les resulta completamente satisfactoria o estable.

La libertad para elegir con quien vivir está basada, pues, en el amor, pero “el gran amor nace de un gran conocimiento del objeto amado”, dice Leonardo da Vinci. Por eso es que, mientras más coincidan los intereses y antecedentes de ambos, mas probabilidad hay de que la vida en pareja sea duradera. Medalie señala que las parejas que se tratan durante dos o más años se divorcian o separan menos frecuencia que las que se unen después de un breve periodo de noviazgo cuando menos existen tres factores que influyen en el proceso de elección de pareja.¹²¹

- Residencia en una determinada comunidad.
- Pertenencia a determinada clase social.
- Involucramiento en un determinado círculo social.

Sánchez Azcona¹²² señala que, además, la pareja debe cubrir los siguientes requisitos para poder constituirse como tal: haber alcanzado un grado de madurez física, psicológica y social; reconocer creencias afines; contar con antecedentes educativos y culturales semejantes; tener expectativas económicas similares, así

¹²⁰ Monroy V A. La educación de la sexualidad dentro del ciclo de vida de la familia. México; 1985. p. 327-332.

¹²¹ Leñero L. La familia. México: EDICOL-ANUIES; 1976.

¹²² Op cit. Sánchez A J. pág. 22.

como actitudes parecidas con respecto a la vida sexual. No obstante lo anterior, existen múltiples razones por las que muchas parejas deciden casarse o vivir juntas: atracción sexual o sentimental, deseo de independizarse de sus familias de origen; anhelo por procrear hijos; temor a la soledad y a la soltería; necesidad de reafirmar su identidad sexual; embarazo inesperado, mismo que con lleva, entre otras, la desventaja de ya no disponer del tiempo suficiente para adaptarse a vivir en pareja por la llegada prematura de los hijos. Independientemente de los motivos de su unión, una de las tareas que enfrenta la nueva pareja es la negociación de su relación con la familia de origen del cónyuge, la cual, a su vez, debe adaptarse a la separación de uno de sus miembros o la inclusión de un integrante más, si es que este se incorpora a la familia, situación que implicaría la simulación del nuevo subsistema conyugal en el marco del funcionamiento de la familia de origen. Por eso se dice que, en las más tradicionales sociedades, el matrimonio es algo más que la unión de dos personas, entraña relaciones entre grupos completos de gente.

Afirma Octavio Paz que la estabilidad de la familia reposa en el matrimonio, que se convierte en una mera proyección de la sociedad, sin otro objeto que la recreación de esa misma sociedad.¹²³

Uno de los principios ideales del funcionamiento familiar depende de que cada uno de los cónyuges este bien diferenciado y que haya desarrollado suficientemente su independencia emocional antes de separarse de su familia para formar su propio hogar.

4.4.1.7.1.3 Fase de recién casados

En esta fase la pareja debe lograr mayor estabilidad personal, una unión matrimonial mutuamente satisfactoria y una paulatina independencia y separación emocional de sus respectivos padres, a fin de lograr un territorio libre de la influencia de ellos, sin que esto implique romper con los lazos afectivos que los

¹²³ Paz O. El laberinto de la soledad. 3ª ed. México: Fondo de Cultura Económica; 1999.

unen. “El matrimonio, señala Haley, bueno es meramente la unión de dos personas, sino la conjunción de dos familias que ejercen su influencia y crean una compleja red de subsistemas”:

Con relación a esta fase del ciclo vital de la familia, la pareja debe llevar a cabo el establecimiento de las siguientes actividades básicas que señala Duvall (referido por Medalie):¹²⁴

- Un hogar.
- Sistema de ingreso y distribución de dinero.
- Sistema de patrones de responsabilidad.
- Relaciones sexuales mutuamente satisfactorias.
- Sistema funcional de comunicación.
- Relaciones funcionales con ambas familias de origen.
- Interacción con amigos, asociaciones, grupos, etc.
- Concepto filosófico de la vida como pareja.
- Sistema de planificación familiar.
- Educación y superación ininterrumpida de ambos.

Conforme los cónyuges efectúan la negociación de reglas y llevan a cabo su progresivo ajuste sexual, resulta sumamente importante la práctica de la regulación de la natalidad, así como la evaluación de los intereses y valores de su pareja.

¹²⁴ Medalie J H. Etapa pre y postmatrimonial temprana. México: Limusa; 1987. p. 147-162.

La omisión de estas tareas puede ocasionar sentimientos de culpa, embarazos no deseados, conflictos sexuales y propagación de infecciones sexuales transmisibles.

4.4.1.7.1.4 Etapa procreativa

En esta etapa se inicia la expansión del grupo familiar, ya sea por embarazo o por la adopción de los hijos, e incluye la crianza y desarrollo de estos durante sus primeros años. Corresponde al periodo en que los hijos son económica, afectiva y jurídicamente dependientes de sus padres.

Al inicio de esta etapa la pareja debe adaptarse al proceso del embarazo. Posteriormente, con el nacimiento del primer hijo, deben efectuar otra serie de ajustes para modificar sus roles exclusivamente maritales y así enfrentar los requerimientos propios de la paternidad, lo cual puede generar serias dificultades, sobre todo cuando el hijo no satisface las expectativas de uno o ambos padres. Esta fase conlleva peligros potenciales ante una serie de adversidades como la dificultad del subsistema parental para crearle un ambiente psicológico adecuado a la familia en crecimiento, o para organizar a los niños de diferentes edades y a la familia como grupo.

Pueden surgir problemas en el manejo de los aspectos de cercanía y distancia, tanto en el subsistema conyugal como entre el paterno-filial, así como conflictos para la resolución de triangulaciones en los que se involucra a alguno de los hijos ante las dificultades no resueltas de la pareja. Por ello, es necesaria la existencia de límites claros que permitan al niño el acercamiento a sus padres y lo excluyan de las funciones psicológicas propias de los esposos.¹²⁵ Por otro lado, además de una clara, directa y sencilla comunicación de sentimientos, actitudes y demandas, la relación paterno-filial requiere la disposición de los padres para estimular en el niño el desarrollo de una adecuada disciplina, evitando castigos frecuentes e incongruencia en la forma de educar, ya que tales actitudes generan agresividad,

¹²⁵ Op cit. Monroy V A. pág. 73.

pobre autoestima, confusión y comportamientos hostiles y manipuladores de los hijos.

Así como los cónyuges adoptaron el rol de padres en esta fase, es importante el reajuste de las relaciones que deben efectuar con sus familias de origen para incluir el rol de los demás parientes, sobre todo el de los abuelos.

En esta etapa ocurre la fase de consolidación de la familia.

4.4.1.7.1.5 Fase de consolidación de la familia

Esta fase comienza la apertura hacia el exterior.

Dice Savater¹²⁶ que, a diferencia de los demás seres vivos, que nacen ya siendo lo que definitivamente son, el hombre llega a serlo por medio del aprendizaje, el cual se da, en primera instancia, dentro de la familia a través de la “socialización primaria”. Después, la escuela, los grupos de amigos, el lugar de trabajo, etc., llevarán a cabo la socialización secundaria, en cuyo proceso el niño adquirirá conocimientos y competencias de alcance más especializado. Esta fase inicia con la separación incipiente del primero de los hijos, que se da a través del proceso de socialización secundaria al ingresar a la escuela, y termina al finalizar su adolescencia, época en la que los hijos suelen dejar el grupo doméstico y dar inicio así a la etapa de dispersión.

En este momento de la vida familiar resulta fundamental la adquisición de conocimientos que los padres deben tener sobre las características del crecimiento y el desarrollo de sus hijos, así como acerca de la alimentación, higiene, inmunizaciones, etc.

4.4.1.7.1.6 Fase de expansión familiar

Los lapsos largos en la fase de expansión familiar, originados por razones culturales que propician matrimonios tempranos y familias con muchos hijos,

¹²⁶ Op cit. Savater F.

pueden provocar patrones de morbilidad materna importantes, ya que aumenta la exposición a los riesgos del embarazo, de la multiparidad y de los embarazos tempranos y tardíos.

De estas situaciones surge la necesidad de implementar y llevar a cabo programas de control prenatal y planificación familiar que incidan sobre los hechos mencionados, además de actividades tendientes a prevenir enfermedades y a mantener el bienestar biopsicosocial de todos los miembros de la familia mediante el uso adecuado y oportuno de los servicios de salud.

4.4.1.7.1.7 Etapa de dispersión

Una de las principales tareas de los padres en las etapas anteriores ha sido la de facilitar la autonomía de sus hijos, ayudándoles a convertirse en seres productivos para su propio grupo social. En la familia con hijos en edad escolar es de trascendental importancia abordar aspectos como el ingreso de los niños a la escuela; el incremento y facilitación de la socialización; la estimulación de la responsabilidad y los logros escolares; orientación sobre sexualidad, drogadicción y alcoholismo, entre otros. Al llegar a la adolescencia, los padres deben confrontar la difícil tarea de aceptar la diferenciación de roles de los hijos mayores, así como su paulatina separación del hogar, lo cual ocurre en esta etapa. El desprendimiento de los hijos comienza con la salida definitiva del hogar del primero de los hijos lo cual puede ocurrir cuando aun la familia no termina de cursar la etapa procreativa. Durante este tiempo, los límites familiares deben ser más flexibles para permitir al adolescente moverse dentro y fuera del sistema familiar. Esta etapa termina con la salida del último de los hijos, momento en que la pareja debe ser capaz de ajustarse al final del periodo parental, mientras que sus hijos, ahora adultos, dan lugar a la formación de nuevas familias. La familia incorpora nuevos miembros solo por medio del nacimiento, adopción o

matrimonio, y es dejada por ellos de modo definitivo solo a través de la muerte o la separación radical de los esposos.¹²⁷

4.4.1.7.1.8 Etapa familiar final

Ante la salida de los hijos, resulta de vital importancia para la pareja aprender a ser independientes nuevamente y a renegociar sus funciones dentro del subsistema conyugal, recurriendo el uno al otro para sobreponerse al síndrome del nido vacío y a otros eventos críticos propios de esta etapa. Sin embargo, si previamente las funciones parentales superaron o nulificaron a las maritales por la excesiva atención centrada en los hijos, la ausencia de estos puede ocasionar creces individuales o de pareja importantes. Esta crisis también puede conducirlos al fortalecimiento de su unión si logran resolverlas favorablemente, o llevarlos a una separación mayor o a una intolerable relación, si se percatan de que ahora ya nada tienen en común. En esta etapa adquiere gran relevancia estimular e incrementar la convivencia y la comunicación entre la pareja por medio de la práctica de actividades conjuntas, así como mantener vigentes los vínculos familiares con las generaciones más jóvenes y más viejas. Igual importancia tiene la promoción de cambios en los estilos de vida que prevengan o retarden la aparición de enfermedades crónicas y degenerativas.

En esta etapa comprende dos fases:

- Independencia: inicia cuando la pareja queda nuevamente sola. En esta fase debe llevarse a cabo el ajuste final del rol de proveedor por jubilación o retiro del jefe de familia.
- Disolución: La pareja debe enfrentar diversas situaciones como el desarrollo de nuevas relaciones con los hijos, nietos y demás miembros de la familia residual; la pérdida de sus habilidades; la dependencia de otros y el fallecimiento de amigos y familiares.

¹²⁷ Kornblit A. Somática familiar. Barcelona: Gedisa; 1984.

La vejez parafraseando a Santiago Ramón y Cajal, es un proceso crónico, necesariamente mortal, que todos debiéramos evitar que, sin embargo, todos deseamos. Es una etapa en el ciclo de vida del ser humano en la que al viejo hay que llamarlo viejo, como al niño lo llamamos niño en su niñez y tal como amorosamente le dicen al padre en muchos lugares, “mi querido viejo”. Viejo es como ellos mismos prefieren ser llamados en su vez de ancianos, abuelos y de todos esos epítetos que se acuñan y que frecuentemente resultan confusos, como adulto mayor, gente grande, tercera edad, adulto en plenitud, vejez, etc. Términos que surgen, quizás, como muestra del miedo a las palabras o de la venganza que para muchos implica llegar a viejo.

En general, la enfermedad del viejo trasciende más profundamente en el núcleo familiar que cuando se presenta en otros grupos de edad. Las características de mayor fragilidad, el mayor riesgo de presentar enfermedades crónicas no susceptibles de curación y de secuelas invalidantes, ponen en peligro al individuo ante la amenaza de dependencia y muerte. El grado de dependencias físicas, mentales o ambas, será determinante en el funcionamiento familiar por las nuevas obligaciones, a veces de manera permanente, que deben enfrentar las personas que rodean al viejo.¹²⁸

El buen funcionamiento de la pareja en esta etapa debe ser mantenido de acuerdo a su declinación fisiológica mediante la exploración de nuevas opciones en los roles familiares y sociales. La limitación física, la aparición de enfermedades crónicas o las propias de la edad, además de otros eventos críticos como el síndrome del nido vacío, la jubilación o la muerte, son situaciones que deben ser oportunamente abordadas por el equipo de salud, ya que por su trascendencia en la familia requieren de adecuada programación de actividades para la óptima atención integral al paciente en su vejez.

La planeación para el final de la vida familiar resulta tan difícil como planear el principio; por ello, los conflictos encontrados en esta etapa son habitualmente

¹²⁸ Mejía M J, Ortiz H D. La familia. México: McGraw-Hill; 1999. p. 8-13.

exacerbados por la escasa preparación y capacidad para ajustarse a un nuevo patrón familiar, así como a la dificultad para aceptar la pérdida del cónyuge y hacer frente a la soledad y a la inseguridad en esta última etapa de la vida.¹²⁹

Este lapso de la familia anciana termina con el fallecimiento de uno de los cónyuges, en tanto que en su viudez el restante se enfrenta entonces a diferentes alternativas, como el continuar viviendo solo, casarse nuevamente, mudarse al hogar de alguno de sus hijos o recluirse en un asilo hasta el final de sus días, cerrando así el ciclo vital de su familia, cuando el reemplazo ya está dado por las nuevas familias formadas.

En las últimas décadas, el ciclo vital de la familia ha sido sufriendo ciertas modificaciones que se caracterizan por el alargamiento de la esperanza de vida, la jubilación cada vez más temprana, la disminución de la natalidad y la demora en incorporación de la población juvenil a la vida adulta.¹³⁰

En cada uno de los diferentes periodos del desarrollo, la familia necesita adaptarse y reestructurarse constantemente.

Existen familias con etapas mixtas, es decir, con características de dos o más fases, como en las reconstruidas o en las que uno de los hijos continua viviendo indefinidamente dentro del grupo domestico; en tanto que el sistema de familias extensas el ciclo es de expansión y contracción, sin un comienzo ni un final definidos, ya que los hijos pasan a la adolescencia mientras más hermanos van naciendo, luego los adolescentes se vuelven adultos y los padres se convierten en abuelos, y así sucesivamente.

La misma enfermedad diagnosticada en diferentes etapas del ciclo de vida familiar tiene diferentes implicaciones en lo que respecta a su prevención, atención y tratamiento, tanto los aspectos físicos como de los psicológicos y sociales. Por

¹²⁹ Infante C C. Bases para el estudio de la interacción redes sociales-usos de servicios de salud. México: Salud Pública Méx; 1988. p. 175-196.

¹³⁰ Urdániz A P et al. Aspectos arquetípicos del envejecimiento: del Eros al Tánatos. España: Actas Esp Psiquiatr; 1999. p. 127-132.

ello, el conocimiento y manejo adecuado del paciente y su familia en cada una de sus etapas del desarrollo permite al equipo de salud prever fenómenos actuar en forma integral en las diferentes situaciones y momentos que afecten la salud del grupo familiar.

4.4.1.8 Dinámica familiar

El buen o mal funcionamiento de la familia es un factor determinante en la conservación de la salud o en la aparición de enfermedades entre sus miembros. Con base en el cumplimiento eficaz de sus funciones, o en su incumplimiento, se habla de familia funcional o disfuncional, respectivamente, en vez de referirse a ella como normal o patológica, términos que por su connotación resultan controvertidos. La funcionalidad familiar es la capacidad del sistema para enfrentar y superar cada una de las etapas del ciclo vital y la crisis por las que atraviesa. Satir utiliza los términos de familia nutridora o conflictiva, a fin de hacer una referencia más descriptiva de los mismos aspectos.

Dinámica familiar es el conjunto de pautas transaccionales que establecen de qué manera, cuándo y con quién se relaciona cada miembro de la familia en un momento dado y de acuerdo a la etapa del ciclo vital por el que esté atravesando dicha familia.

La dinámica familiar es el conjunto de fuerzas motrices (físicas, emocionales, intelectuales) y patrones de actividad (crecimiento, organización, comunicación, dotación) al cual se le atribuye una función primordial en el constante cambio crecimiento del grupo familiar¹³¹ dentro del cual estas fuerzas operan de manera positiva o negativa y son determinantes de su buen o mal funcionamiento. Una familia funcional es capaz de cumplir con las tareas que le están encomendadas, de acuerdo a la etapa del ciclo vital en que se encuentre y en relación con las demandas que percibe desde su ambiente externo. Es aquella en que los hijos no presentan trastornos graves de conducta y donde la pareja no está en lucha

¹³¹ Frugé E, Crouch M, Bray J. Dinámica y salud familiares. 2ª ed. España: McGraw-Hill-Interamericana; 2000. p. 33-51.

constante, no obstante lo cual presenta aspectos de ambivalencia, sentimientos negativos e insatisfacciones de un miembro respecto a otro. Por lo tanto, la dinámica familiar funcional es una mezcla de sentimientos, comportamientos y expectativas entre los miembros de la familia que le permite a cada uno de ellos desarrollarse como individuo y le infunde, además, el sentimiento de no estar aislado y de poder contar con el apoyo de los demás.¹³²

La manera en que el sistema familiar considera la amplia gama de los sentimientos humanos es de importancia básica para su propio bienestar; por ello, explorar como son los patrones familiares referentes a la expresión emotiva y al compromiso familiar y cuáles son los sentimientos expresados en la familia permite conocer el grado de satisfacción que resulta de vivir dentro del grupo familiar. Existe un equilibrio interno que conserva unida a la familia a pesar de las presiones producidas tanto en el interior como en el exterior de ella; este equilibrio, denominado por Jackson como homeostasis familiar, opera por medio de mecanismos relativamente automáticos e involuntarios. Cuando esta homeostasis familiar se ve amenazada, la familia puede tratar de mantener el equilibrio haciendo que un miembro de ella, generalmente uno de los hijos, desarrolle síntomas, se enferme o comience a expresar el conflicto. De esta forma surge el denominado paciente identificado, a quien se le designa así en vez de llamarlo por el rol idiosincrásico que los demás le han dado: el enfermo, el malo, el culpable, etc. La familia determina que es este el miembro del grupo que necesita ayuda; sus síntomas pueden constituir una expresión de la disfunción familiar, y cumplen con la función de mantener la homeostasis del grupo, es decir, el equilibrio en las relaciones familiares. Es por ello que el síntoma es reforzado por la familia misma.

¹³² Op cit. Chagoya B L. pág.1054.

4.4.1.9 Genograma

El genograma (familiograma, árbol familiar, árbol genealógico, pedigree familiar o carta genealógica)¹³³: fue desarrollado en 1978 por Murray Bowen. Es usado para representar gráficamente en una página gran cantidad de información referente a las principales características e interrelaciones de un grupo familiar. Esta ampliamente documentada su utilidad como instrumento para la exploración de la familia desde diferentes puntos de vista, por ejemplo:

- Biológico: patrones repetidos de enfermedad o factores de riesgo.
- Psicológico: actitudes ante la enfermedad o la vida, tendencias suicidas, depresión, etc...
- Social: estilos de vida, funcionamiento y estructura familiar, etc.

Es útil para registrar en el dato sobre la composición familiar y otros relacionados con la organización y dinámica de la familia, antecedentes hereditarios familiares y problemas potenciales de salud en cada uno de los miembros del grupo.

Es un complemento de las notas médicas del expediente o del estudio de salud familiar, y no necesariamente debe contener toda la información del caso, ya que al saturarse puede resultar confuso e impreciso.

Requiere de una simbología específica que pueda consignar, entre otra, la siguiente información:

- ❖ Tiempo de unión de la pareja, estado civil y lugar que ocuparon en sus respectivas familias de origen.
- ❖ Integrantes de la familia, sexo, edad, ocupación, escolaridad, roles, alianzas, conflictos.
- ❖ Presencia de otros familiares en el mismo hogar.

¹³³Op cit. Gómez-Clavelina FJ pág. 20.

- ❖ Nombre del paciente identificado.
- ❖ Defunciones.
- ❖ Orden de nacimiento de los hijos.
- ❖ Condiciones hereditarias, sociales o del medio ambiente que tengan importancia en el desarrollo de problemas en los miembros de la familia.

Constituye un marco de referencia para realizar el análisis crítico de la funcionalidad familiar; muestra además la conformación de este sistema al delimitar claramente a sus subsistemas, unidades y elementos, así como el tipo de relación y vínculos presentes. También sirve para identificar debilidades y fortalezas del grupo, momentos de mayor susceptibilidad, así como áreas de oportunidad.

Su elaboración debe ser simple y breve, de manera que brinde información a primera vista. Mediante el esquema de tres o más generaciones se representa a todos los miembros de ambas familias de origen de la pareja, la cual debe ser considerada como el eje que integra a los miembros del hogar en estudio. Cada generación es identificada con un número romano.

I. Los padres de la pareja, tanto paternos como maternos (familias de origen).

II. Hermanos de cada pareja.

III. Hijos de la pareja (familia de procreación).

El genograma debe contemplar los siguientes elementos:

- Tres o más generaciones.
- El señalamiento de los que viven juntos en la misma vivienda.
- Los nombres de los miembros del grupo doméstico.

- Edad o año de nacimiento de cada uno.
- Fechas de matrimonio, unión, separación o divorcio.
- Principales enfermedades o problemas de salud.
- Cualquier defunción debe incluir edad o fecha de fallecimiento y causa.
- Símbolos simples y de fácil visibilidad.
- Una clave al pie de página que describa los símbolos empleados.
- Los señalamientos de separación o divorcio aparecerán más cerca de quien se encuentre fuera del grupo domestico.
- Se debe señalar mediante los dos últimos dígitos el año en que ocurrieron los eventos tales como el matrimonio, el divorcio, la separación, fallecimientos, etc.
- El lugar que ocupan el padre y la madre de la familia de procreación en sus respectivas familias de origen, señala mediante una flecha.
- En el subsistema de los padres, el símbolo de la figura paterna se coloca del lado izquierdo, y el de la materna a la derecha.
- Los hijos se señalan en orden cronológico, de mayor a menor, de izquierda a derecha.
- Una línea continua o punteada delimita a los miembros de la familia que al vivir bajo el mismo techo, conforman el grupo domestico.
- No se considera necesario el empleo de símbolos para cada entidad nosológica, solo se recomienda escribir el nombre del problema de salud a un lado de la figura que representa a la persona afectada, a fin de evitar la saturación de figuras.

- La técnica y simbología empleada será la que el médico considere más significativa y con la cual esté familiarizado; sin embargo, es conveniente seguir las recomendaciones para el diseño de genogramas, como la de Gómez-Clavelina y col.¹³⁴

El comentario y la interpretación del caso señalado se obtienen los símbolos que representan la constitución, estructura, interrelaciones y transacciones presentes en esta familia, así como del momento de su ciclo vital. De su elaboración se obtienen los fundamentos para identificar factores de riesgo y establecer un diagnóstico estructural familiar. Con relación a los genogramas funcionales, tales como los mapas familiares¹³⁵ o el esquema dinámico-estructural (Macías, 1974), su manejo debe quedar reservado para el psicoterapeuta familiar, pues se requiere de formación técnica especializada para interpretar los patrones de interacción familiar que surgen de su elaboración.

4.4.1.10 Ecomapa

Es la representación gráfica de las relaciones externas que establecen los individuos, los subsistemas y la familia como un todo, con otros sistemas, organizaciones o individuos y que son de importancia para la familia.

4.4.1.10.1 Características

- ✓ Señala las interacciones de la familia y de cada uno de sus miembros con los sistemas que lo rodean.
- ✓ Permite identificar posibles motivos de estrés o de conflicto.
- ✓ Sugiere recursos para movilizar en momentos de crisis
- ✓ Indica si algunas personas tienen buenas relaciones con elementos externos a la familia.

¹³⁴ Gómez-Clavelina FJ et al.. Análisis comparativo de seis recomendaciones internacionales para el diseño de genogramas en medicina familiar. Arch Med Fam; 1999. p. 13-20.

¹³⁵ Op cit. Velasco ML.

- ✓ Determina si la familia en conjunto o alguno de sus componentes están aislados de aquellas fuentes de recreación, de apoyo educativo, económico y social.

4.4.2 La promoción de la salud y el autocuidado

La palabra cuidar proviene de la palabra coidar, discurrir, la que, a su vez, proviene del latín cogitare, pensar; su etimología también la relaciona con sentir una inclinación, preferencia o preocupación por... es decir, para cuidar no solo se requiere hacer cosas; se hace necesario, antes que eso, pensar, discurrir. Es un acto tanto intelectual y teórico, como práctico¹³⁶.

‘Cuidar es una interacción humana de carácter interpersonal, intencional, única, que se sucede en un contexto sociocultural, tiene un fin determinado y que refuerza o reafirma la dignidad humana. Es decir; es un proceso intersubjetivo y simétrico, en el cual ambos, quien es cuidado y su cuidador, establecen una relación de doble vía que parte del reconocimiento del otro como ser humano pero diferente, e implica ‘estar con’ la persona (s) a quien (es) se cuida. Es esto lo que hace del cuidado una experiencia energizante y de mutuo beneficio’¹³⁷

Para cuidar la vida y la salud se requiere del desarrollo de habilidades personales, para optar por decisiones saludables, lo cual constituye uno de los cinco componentes de la promoción de la salud (PS), establecidos en la Primera Conferencia Internacional sobre PS, en Ottawa Canadá, donde se dijo que: “la promoción favorece el desarrollo personal y social en la medida que aporte información sobre el cuidado, educación sanitaria para tomar decisiones informadas y se perfeccionen las aptitudes indispensables para la vida; de esta manera se aumentan las opciones disponibles para que la gente pueda ejercer un mayor control sobre su salud y el medio social y natural, y así opte por todo

¹³⁶ Pinzón, Lina. Hacia la renovación de la acreditación del Programa de Enfermería de la Universidad de Caldas: anexos seleccionados, numeral 3, Manizales: Programa de Enfermería U. de Caldas julio 2000, p.12

¹³⁷ Watson y Leininger, citado por Pinzón M. Lina. En: Hacia la renovación de la acreditación del Programa de Enfermería de la Universidad de Caldas: Anexos seleccionados: reforma curricular, objeto de estudio. Numeral 3 Manizales: Facultad de Ciencias para la Salud; Julio 2002, p. 11.

aquello que propicie la salud.”¹³⁸ Las estrategias y mecanismos para desarrollar dichas habilidades se relacionan con la autogestión, la educación e información y el autocuidado, mediados por la comunicación.

Las habilidades personales para vivir determinan el estilo de vida de las personas y la manera como ellas se cuidan. El término ‘estilo de vida’ se refiere a la manera de vivir y a las pautas personales de conducta, que están determinadas por factores sociales, culturales y personales; equivale a las actitudes, hábitos y prácticas individuales o familiares, que pueden influir positiva o negativamente sobre nuestra salud.

4.4.2.1 Tipos de cuidados

En el proceso de cuidar la vida y la salud se dan tres tipos de cuidados.

4.4.2.1.1 Cuidado o asistencia a otros: los cuidamos

Esta forma de cuidado corresponde a la atención sanitaria, que se presta a la persona enferma en una institución de salud; es el cuidado científico, sistemático y aprendido que se lleva a cabo mediante el empleo de prácticas curativas, que un profesional o un equipo de salud, realizan al usuario con algún grado de discapacidad (temporal o permanente) física, psíquica o emocional, con el fin de ayudarlo a restablecer su salud y alcanzar mayores niveles de bienestar. Quien cuida se encarga del bienestar, de la protección o del mantenimiento de alguien que, por su condición de ser humano, tiene interés, valor y significado especial.

Por extensión, también se miran bajo este tipo de cuidados, las acciones que son realizadas por personas (cuidadores) de la familia, un vecino, una partera y demás agentes informales de salud de la comunidad. Tienen como objetivo recuperar la salud.

La atención sanitaria es una actividad tanto para quien la presta como para el enfermo, puesto que produce resultados en ambos; puede decirse que, al

¹³⁸ Organización Mundial de la Salud. Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud. Ginebra: 1986.

favorecer el mantenimiento y conservación de la vida, al permitir que ella continúe, se reproduzca y termine dignamente, se generan altos niveles de satisfacción en el cuidador y en el usuario, se incrementan los niveles de autonomía, de salud y se mejora su calidad de vida.

4.4.2.1.2 Cuidado entre todos (nos cuidamos)

El cuidado entre todos es denominado autocuidado colectivo y se refiere a las acciones que son planeadas y desarrolladas en cooperación, entre los miembros de una comunidad, familia o grupo, quienes se procuran un medio físico y social afectivo y solidario; por ejemplo, la disposición de basuras, el tratamiento colectivo de aguas, el uso racional de los servicios disponibles para la atención en salud, la consecución de celadores, entre otras, en procura del bienestar común.

4.4.2.1.3 Cuidado de sí (me cuido)

Corresponde al autocuidado individual y está conformado por todas aquellas medidas adoptadas por uno mismo, como gestor de su autocuidado. Dicho de otra manera, consiste en mirar uno por su salud y darse buena vida.

4.4.2.1.4 Concepto de autocuidado

El autocuidado se refiere a las prácticas cotidianas y a las decisiones sobre ellas, que realiza una persona, familia o grupo para cuidar de su salud; estas prácticas son 'destrezas' aprendidas a través de toda la vida, de uso continuo, que se emplean por libre decisión, con el propósito de fortalecer o restablecer la salud y prevenir la enfermedad; ellas responden a la capacidad de supervivencia y a las prácticas habituales de la cultura a la que se pertenece.

Entre las prácticas para el autocuidado se encuentran: alimentación adecuada a las necesidades, medidas higiénicas, manejo del estrés, habilidades para establecer relaciones sociales y resolver problemas interpersonales, ejercicio y actividad física requeridas, habilidad para controlar y reducir el consumo de medicamentos, seguimiento para prescripciones de salud, comportamientos

seguros, recreación y manejo del tiempo libre, diálogo, adaptaciones favorables a los cambios en el contexto y prácticas de autocuidado en los procesos mórbidos.... “Cualquier cosa que una persona pueda aprender, conduce a cambios en uno de los tres campos siguientes del comportamiento: cognitivo, afectivo y psicomotor; todo aprendizaje equivale a obtener el desarrollo de una forma de comportamiento, bien sea porque surjan o cambien los comportamientos, los afectos o las destrezas psicomotoras en la persona”¹³⁹

El autocuidado es una función inherente al ser humano e indispensable para la vida de todos los seres vivos con quienes interactúa; resulta del crecimiento de la persona en el diario vivir, en cada experiencia como cuidador de sí mismo y de quienes hacen parte de su entorno. Debido a su gran potencial para influir de manera positiva sobre la forma de vivir de las personas, el autocuidado se constituye en una estrategia importante para la protección de la salud y la prevención de la enfermedad.

4.4.2.2 Tipos de prácticas

En el estilo de vida de las personas se presentan dos tipos de prácticas: las positivas o favorecedoras de la salud y las negativas o de riesgo. Entre los factores que influyen en la calidad de vida a continuación se enumeran.

4.4.2.2.1 Factores protectores

Son aquellos aspectos internos o externos a la persona, que posibilitan conservar e incrementar los niveles de salud.

4.4.2.2.2 Factores de riesgo

Corresponden al “conjunto de fenómenos... de naturaleza física, química, orgánica, psicológica o social que involucra la capacidad potencial de provocar

¹³⁹ Bersh, citado por Leddy Susan Pepper, Mae. Bases conceptuales de la enfermería profesional. 1989. p. 201

daño”¹⁴⁰; es decir, son los eventos que aumentan o crean la posibilidad de enfermar.

Como respuesta a estos factores protectores, las personas desarrollan prácticas protectoras o favorecedoras de la salud entre ellas están el cultivo de un arte, la práctica de un deporte, el desarrollo de un pasatiempo, la adopción de una dieta saludable, entre otras. Frente a los factores de riesgo la gente adopta prácticas de prevención como medidas para evitar enfermarse, por ejemplo, saneamiento ambiental, higiene, vacunación, autoexamen de testículo. Las prácticas protectoras corresponden a la promoción de la salud y las prácticas preventivas son asunto de la prevención de la enfermedad.

En realidad, la diferencia entre lo que se pretende con la realización de prácticas protectoras y prácticas preventivas es muy sutil, pues todo lo que se hace para incrementar los ‘niveles’ de salud, en cierta medida, está previniendo las enfermedades de manera general.

No se puede hablar de prácticas de ‘autocuidado negativas’ porque el cuidado es inherente a los aspectos favorables a la salud.

4.4.2.3 Principios para el autocuidado

El autocuidado es un acto de vida que permite a las personas convertirse en sujetos de sus propias acciones. Por lo tanto, es un proceso voluntario de la persona para consigo misma.

El autocuidado implica una responsabilidad individual y una filosofía de vida ligada a las experiencias en la vida cotidiana.

¹⁴⁰ Colimon C M. Fundamentos de epidemiología. Medellín; 1975. Citado por: Lozada M A. Salud ocupacional, la salud ocupacional en la práctica de la salud. Bogotá: ISSASCOFAME; 1991, p. 27.

El autocuidado se apoya en un sistema formal como es el de salud e informal, con el apoyo social. El autocuidado tiene un carácter social, puesto que implica cierto grado de conocimiento y elaboración de un saber y da lugar a interrelaciones.

Al realizar las prácticas de autocuidado, ya sea con fines protectores o preventivos, las personas siempre las desarrollan con la certeza de que mejorarán su nivel de salud.

Para que haya autocuidado se requiere cierto grado de desarrollo personal, mediado por un permanente fortalecimiento del autoconcepto, el autocontrol, la autoestima, la autoaceptación, y la resiliencia.

4.4.2.3.1 Autoconcepto

Una serie de creencias sobre sí mismo que se manifiestan en la conducta. Estas creencias se acercan más a la realidad en la medida que la persona profundice en el estudio de sus propias características.

Un mayor autoconocimiento posibilita un conocimiento de sí mismo más objetivo, lo que constituye el primer paso para la autoaceptación. Existen dos aspectos relacionados con el autoconcepto: la autoimagen y la autoeficacia. La autoimagen es el esquema mental que tenemos de nuestra propia imagen corporal, mientras que la autoeficacia es la creencia en nuestras capacidades para obtener lo que nos proponemos; ambas características se configuran a través de la confrontación con los mensajes verbales y no verbales de las otras personas, y de los modelos de conducta aprendidos durante la infancia.

4.4.2.3.2 Autoestima o autovaloración

La valoración que toda persona tiene de sí misma y que expresa como un sentimiento a partir de hechos concretos. La autoestima nace del autoconcepto que una persona tiene de sí misma y se forma a partir de las opiniones de los demás, expresadas a través de mensajes verbales y no verbales, sobre la persona

y de la manera como esta los recibe; además, pueden influir en ella factores internos, por ejemplo, una depresión endógena.

4.4.2.3.3 Autoaceptación

El reconocerse a sí mismo como persona con cualidades y limitaciones; permite asumir y aceptar constructivamente las características que difícilmente pueden ser modificadas.

4.4.2.3.4 Autocontrol

Es la capacidad que tiene una persona para controlar sus decisiones. El control tiene un papel fundamental sobre las decisiones en torno al autocuidado, es así como el control interno está relacionado con las creencias que tiene la persona y la capacidad de influir en el medio y en el curso de la propia salud; aquí se incluyen los determinantes personales, es decir, los que significan bienestar para cada persona. A su vez, el control externo es todo aquello que viene del medio externo a la persona, por ejemplo, la influencia de la familia, los amigos y los medios de comunicación.

4.4.2.3.5 Resiliencia

Aquella “capacidad humana para hacer frente a las adversidades de la vida, superarlas y salir de ellas fortalecido o incluso transformado”¹⁴¹. Permite focalizar los aspectos que protegen a las personas ante las adversidades y trabajar sobre sus recursos y fortalezas, promoviendo el desarrollo humano como posibilidad de aproximarse a sus condiciones de calidad de vida. El enfoque de la resiliencia muestra cómo es posible abordar las oportunidades de desarrollo humano, a pesar de la adversidad. De este modo, la resiliencia se convierte en un proceso de la persona en el que se involucran los aspectos internos como la autoestima, el buen humor, la seguridad, la empatía, entre otros, y condiciones del medio en lo

¹⁴¹ Op cit. Colimon C M. pág. 27.

económico, familiar, social, político, cultural.¹⁴² La resiliencia es importante en el autocuidado porque facilita a las personas actuar de manera más ‘sana’ frente a los obstáculos a la calidad de vida; por ejemplo, la enfermedad que podría ser asumida como... ¡una oportunidad para crecer!

Se esperaría que cuando la persona logre la aceptación de la propia individualidad, la autonomía y la independencia, haya introyectado el comportamiento de autocuidado.

4.4.2.4 Evolución de las prácticas de autocuidado

Las prácticas cambian de acuerdo con las circunstancias que rodean a las personas; para entender la evolución de las prácticas de autocuidado se requiere revisar algunos ejemplos de cómo se han presentado a través del tiempo, y como se han ido acumulado en la sociedad, conformando un patrimonio de ritos, creencias, actitudes, representaciones, prácticas y conocimientos, hasta llegar a nuestros días; algunas de ellas intactas y otras modificadas.

En la antigua cultura griega, en lo que ellos denominaron ‘culto de sí’, se puede identificar el enfoque integral bajo el cual miraron al ser humano, a través de las prácticas orientadas, tanto al cuidado del cuerpo como al cultivo del espíritu. “El ‘cuidado de sí’, incluía el ejercicio físico moderado, la satisfacción equilibrada de las necesidades, la meditación, la lectura, y la reflexión acerca de las verdades conocidas. Para los griegos el cuidado del cuerpo se realizaba mediante la medida, la economía del régimen, la atención detallada a las perturbaciones. Tenían en cuenta elementos como el clima, la alimentación y el modo de vida, en tanto estos podían perturbar al cuerpo y a través de éste, al alma”¹⁴³. Esta cultura aportó elementos iniciales para establecer la importancia del autocontrol como forma de autocuidado.

¹⁴² Grotberg E. Guía de promoción de la resiliencia en los niños para fortalecer el espíritu humano. Washington: OPS/OMS, Fundación Bernard Van Leer; Agosto 1996 p. 3.

¹⁴³ Núñez, r. Ariel Cesar, et al. Compiladores. Promoción de la salud y jóvenes: experiencias universitarias. Manizales: Universidad de Manizales, Alcaldía de Manizales, Universidad de Caldas; 2000. p.85.

Más tarde en el tiempo, las primeras ideas judeocristianas cambiaron la prioridad de un cuidado integral (físico y emocional), por cuidados centrados en lo espiritual. Se fomentó el ‘desprecio’ por el cuidado corporal, sustentado en el principio de ‘vencer al mundo al demonio y la carne’.

Ya en el siglo XX, en la década del setenta, se inició un análisis crítico a las formas de cuidado, a través del movimiento feminista: “grupos de mujeres en todo el mundo lucharon por una autonomía, autodeterminación e independencia de la autoridad médica masculina, predominante en el sistema médico vigente”¹⁴⁴. Debido a su punto de partida, el autocuidado fue considerado inicialmente como una actividad de la gente, al margen del mundo académico. Así las cosas, la investigación sobre autocuidado ha sido, desde sus orígenes, tema de debate político y epistemológico en la sociedad y en las ciencias sociales.

El autocuidado se ha difundido gracias a los grupos de ayuda mutua o autoayuda, que florecieron en esa misma década. Este tipo de grupos han demostrado como el afrontamiento de las enfermedades crónicas y de los procesos debilitantes, se pueden abordar a través del aprendizaje y del apoyo mutuo, y no sólo mediante los protocolos médicos. Ellos se consideran como una forma eficaz de crear ambientes favorables para la salud. Un ejemplo de estos grupos es el conformado por Alcohólicos Anónimos.

4.4.2.5 Factores determinantes del autocuidado

La toma de decisiones respecto al estilo de vida está determinada por los conocimientos, la voluntad y las condiciones requeridas para vivir. Los conocimientos y la voluntad son factores internos a la persona y las condiciones para lograr calidad de vida, corresponden al medio externo a ella. Cuando los factores internos y externos interactúan de manera favorable, se logra una buena calidad de vida.

¹⁴⁴ Foucault M. Historia de la sexualidad: la inquietud de sí. México: Siglo XXI; 1987. p.38 - 68

4.4.2.5.1 Factores internos o personales

Los aspectos internos dependen directamente de la persona y determinan, de una manera personal, el autocuidado; corresponden a:

Los Conocimientos: Determinan en gran medida la adopción de prácticas saludables, pues permiten a las personas tomar decisiones informadas y optar por prácticas saludables o de riesgo, frente al cuidado de su salud; sin embargo, estas determinaciones no dependen exclusivamente de la educación y la información, en vista de que hay variados factores internos y externos que intervienen.

La Voluntad: Es importante entender que cada persona tiene una historia de vida con valores, creencias, aprendizajes y motivaciones diferentes, de aquí que cada una tenga una 'clave para la acción' diferente, con respecto a los demás y a cada uno de sus hábitos. En las teorías psicológicas sobre la conducta, se denomina 'clave para la acción' a aquel suceso que moviliza en la persona estructuras mentales y emocionales, que lo llevan a replantearse un hábito, una costumbre o una creencia. Estos cambios pueden darse por acontecimientos muy diversos, por ejemplo, una opinión, un comercial, una catástrofe, una enfermedad, o la muerte de alguien, pueden 'disparar' un cambio, lo cual indica porqué no todas las personas reaccionan igual a la educación masiva.

Entre la gente se presentan normalmente conflictos frente a sus prácticas de autocuidado, lo cual se ve claramente cuando las personas, a pesar de tener conocimientos 'saludables', desarrollan comportamientos de riesgo, movidos por los múltiples determinantes de la conducta. A estos conflictos, el Doctor Gustavo de Roux los denomina "paradojas comportamentales", que se dan entre los comportamientos esperados por el sistema de salud y la prioridad en salud que tiene la gente, y entre los conocimientos de las personas sobre los riesgos y la conducta adoptada frente a ellos¹⁴⁵; un ejemplo podrían ser las situaciones

¹⁴⁵ Kickbusch, I. El autocuidado en la promoción de la salud En: La promoción de la salud: una antología. Publicación científica # 557. Washington: OPS; 1996. p. 235.

relacionadas con el ejercicio, frente al cual la gente en general está bien informada, sin embargo, son muchas las personas sedentarias o las que realizan ejercicio solamente el fin de semana.

En el análisis de los determinantes personales hay que considerar dos aspectos:

Las actitudes: Son el resultado del convencimiento íntimo que lleva a una persona a una actuación a favor o en contra, ante una situación determinada. Tiene que ver con los valores, los principios y la motivación. Aquí juega un importante papel la voluntad de cambio; ejemplos de actitud se observan en las formas como las personas responden ante una agresión verbal con una actitud desafiante, tolerante...

Los hábitos: Son la repetición de una conducta que internaliza la persona como respuesta a una situación determinada; es el establecimiento de patrones comportamentales por su repetición, por ejemplo el ejercicio rutinario.

4.4.2.5.2 Factores externos o ambientales

Son aquellos aspectos externos que hacen posible o no el autocuidado de las personas y sin embargo, no dependen de ellas; corresponden a los determinantes de tipo cultural, político, ambiental, económico, familiar y social. Entre los factores externos tenemos los de tipo:

Cultural: Con respecto a la forma como la cultura determina el autocuidado, es necesario considerar que a las personas se les dificulta la adquisición de nuevos conocimientos y la adopción de nuevas prácticas, debido a que los comportamientos están arraigados en las creencias y las tradiciones. Los determinantes de los comportamientos son complejos porque, según de Roux, están mediados por los conocimientos acumulados a través de generaciones y por las representaciones sociales, donde tienen un papel importante los mitos y las supersticiones; es a través del mito que la gente da la explicación final a los

fenómenos de la salud y la enfermedad. “La gente no reemplaza fácilmente creencias ancestrales por nuevos conocimientos y, por eso, es importante develarlas, entender su racionalidad, sentido y significado, para poder erosionarlas y recomponer una visión esclarecida de la salud y de la enfermedad que se traduzca en comportamientos saludables”.¹⁴⁶

No hay que olvidar que el estilo de vida depende del contexto desde donde se miren las cosas; por lo tanto, para analizar el autocuidado individual en el ámbito privado, hay que recurrir a un relativismo cultural puesto que la cultura es un determinante del estilo de vida; mientras que para observar el autocuidado colectivo, en el ámbito público, es necesario recurrir al universalismo, es decir, a pensar globalmente para actuar localmente.

De género: Las prácticas de autocuidado en nuestra sociedad han tenido un sesgo de género, el cual ha generado formas diversas de autocuidado individual y colectivo en mujeres y hombres; por ejemplo, en relación con el cuidado de la apariencia física, a las mujeres se les estimula para que sean ‘vanidosas’ y a los hombres se les dice lo contrario, como ilustra este refrán popular ‘el hombre es como el oso, entre más feo más hermoso’.

Científico y tecnológico: Con un sentido ecológico, los descubrimientos en materia de salud y en general en todo lo que se relaciona con la vida, tanto en el planeta como en el universo, tienen relación con las posibilidades de cuidar la propia salud puesto que compartimos un universo en permanente interrelación. Un ejemplo está en la discusión con respecto a los riesgos que implican para la salud humana y la vida de los ecosistemas, los alimentos transgénicos, los cuales obligan a un replanteamiento de las prácticas alimenticias de las personas y colectivos.

Físico, económico, político y social: Para optar por prácticas saludables hay que disponer de un mínimo de recursos físicos como la infraestructura sanitaria, por

¹⁴⁶ De Roux, G. citado por Uribe J. T M. El autocuidado y su papel en la promoción de la salud. Obtenido en la internet el 9 de febrero del 2003: <http://tone.udea.edu.co/revista/sep99/autocuidado.htm>.

ejemplo; en teoría, estos asuntos son competencia de los gobernantes y los colectivos, trabajando juntos en pro del desarrollo, a través de la participación social. No son patrimonio exclusivo de la persona, ni de un sector en particular, sino que requieren compromisos intersectoriales y sociales.

Para el autocuidado es necesario, tanto el respaldo político a las acciones gubernamentales y ciudadanas, como el establecimiento de políticas públicas saludables, con el fin de garantizar a personas y comunidades un marco legal que apoye los esfuerzos en pro del desarrollo y, por ende, del cuidado de su salud.

En el sector salud, se requiere avanzar en el análisis de las teorías aportadas por otras disciplinas como la antropología, la sociología, la filosofía, etc., con respecto a los condicionantes del autocuidado, envista del gran divorcio existente entre las prioridades que tiene la gente frente al cuidado de su vida, y los comportamientos saludables esperados por los profesionales de la salud.

4.4.2.6 Fomento del autocuidado

4.4.2.6.1 Objetivos

El profesional de salud busca estimular el cambio en las personas, de una actitud pasiva frente al cuidado de su salud a una activa, lo cual implica que las personas tomen la iniciativa y actúen en busca del bienestar deseado; además, se pretende lograr cambios de hábitos, costumbres y actitudes frente al cuidado de la propia vida y la del colectivo; para que esto se dé, se requiere internalizar la importancia de la responsabilidad y el compromiso que se tiene consigo mismo.

4.4.2.6.2 Herramientas

Las herramientas para el fomento del autocuidado son las mismas herramientas de la promoción de la salud: información, educación y comunicación social; participación social y comunitaria; concertación y negociación de conflictos; establecimiento de alianzas estratégicas y mercadeo social. Ellas ofrecen a las personas y a los grupos las posibilidades para lograr una mejor calidad de vida.

Información, educación y comunicación social: La información, la educación y la comunicación social propician el incremento de conocimientos acerca del fomento de la salud, los problemas de salud y sus soluciones, e influyen sobre las actitudes para apoyar la acción individual y colectiva, e incrementan la demanda efectiva de servicios de salud.

Para el fomento del autocuidado, los profesionales de la salud aplican principios de publicidad y psicología en la búsqueda de aprendizajes significativos, con el fin de promover estilos de vida más saludables. A través de la educación participativa y la información (publicidad, campañas...) se proporcionan elementos de tipo cognoscitivo, afectivo y psicomotor para que, tanto las personas como los colectivos, de manera informada, puedan optar por el empleo de prácticas para cuidarse. Para lograrlo, se recurre a las teorías sobre la conducta, en las cuales se plantea que las personas aprenden comportamientos por diversas formas. Entre estas teorías, por su utilidad en educación, vale la pena resaltar dos en particular.

4.4.2.6.3 Teoría del modelaje (ejemplo a seguir)

Expone como la persona (o el grupo) aprende de otra que le es significativa, por ejemplo, un ídolo de la televisión, un superior jerárquico o el profesional de la salud, que representan un modelo a seguir.

4.4.2.6.4 Teoría de pares (aprendizaje entre iguales)

Plantea que la persona (o grupo) aprende de las experiencias de otras personas en relativa igualdad de condiciones que ella, acerca de prácticas de riesgo o protectoras, según el caso, para vivir. Esta teoría aplica para el autocuidado, al propiciar encuentros entre personas que están viviendo circunstancias similares y han podido manejarlas de manera saludable, lo cual es muy útil sobre todo en adolescentes; por ejemplo, una mujer mastectomizada que sirve de testimonio a otra que fue operada recientemente, un club de personas con diabetes. Esta teoría se emplea en los grupos de autoayuda.

Participación Social: A través de la participación, la comunidad asume como propio el cuidado de sí misma y del ambiente que la rodea; busca aumentar el grado de control y el compromiso mutuo sobre la salud de las personas.

Para que haya participación se requiere del empoderamiento empowerment (poder con - poder sobre) el cual impulsa el autocuidado. El empoderamiento se define como “la capacidad que tienen las personas y los colectivos para hacerse cargo de sus problemas y hacer avanzar su causa, con el fin de revertir el sentimiento de impotencia, favorecer el sentido de control personal y desarrollar habilidades de movilización y así, cambiar las condiciones personales y sociales en pro de la salud” Implica acción social, control de situaciones, transformaciones personales y colectivas; cuando es individual, la persona responde a sentimientos de autoeficacia para actuar y, cuando es comunitario, se genera en el colectivo una acción social aumentada, con redes sociales más fuertes, políticas públicas mejoradas, mayor equidad y transformación de condiciones en general.

Así, las demás herramientas son útiles para apoyar los procesos tanto de autocuidado individual como colectivo.

4.4.2.7 Papel del profesional de la salud en el fomento del autocuidado

El tema del autocuidado ha sido abordado por diferentes profesiones, tanto del área de la salud como del área social, debido a que tiene un alto contenido sociológico, antropológico, político y económico, por lo tanto su estudio es de carácter interdisciplinario. Para el profesional de la salud, el autocuidado es un reto puesto que él es el llamado a promoverlo.

El fomento del autocuidado requiere de un enfoque humanista, por lo tanto, es necesario partir del concepto de persona como ser integral, y de salud como “el resultado de los cuidados que uno mismo se dispensa a sí mismo y a los demás, de la capacidad de tomar decisiones y controlar la vida propia y de asegurar que la sociedad en que uno vive ofrezca a todos sus miembros la posibilidad de gozar de

un buen estado de salud”¹⁴⁷. Cuando se piensa en promover el autocuidado en el marco del desarrollo humano, se requiere que toda persona pueda ser, tener, hacer y estar; ella necesita la satisfacción y el desarrollo en condiciones de equidad que le permitan la subsistencia, el afecto, la protección, la participación, el entendimiento, el ocio, la creación, la libertad y la identidad.

Con respecto al fomento del autocuidado el profesional de la salud requiere:¹⁴⁸

Internalizar que la salud es consecuencia de un proceso dinámico, complejo; un proceso que depende del cuerpo, de la mente, de las emociones, de la vida espiritual y de las relaciones con los demás y con el mundo que nos rodea.

Asumir que el autocuidado es una vivencia cotidiana y así, el fomento del autocuidado sería el compartir de sus propias vivencias. En la medida que el personal de salud vive con bienestar, está en condiciones de promocionar la salud de los demás. ‘la palabra enseña y el ejemplo arrastra’

Evitar que sus intervenciones sean ‘amenazantes’ o ‘coercitivas’ para la gente; por el contrario, partir del estímulo a la autoeficacia en las personas y fomentar en ellas niveles cada vez más altos de autoestima, puesto que el autocuidado es, en gran parte, un resultado del quererse. Al fortalecer la autoestima se impulsan prácticas deliberadas de autoafirmación, autovaloración, autorreconocimiento, autoeficacia y autoexpresión de los aspectos que favorecen el desarrollo integral: “más vale que el personal de salud animase a la gente a que vivieran unas vidas de un hedonismo controlado, para que fueran capaces de disfrutar plenamente la única vida que podrán vivir, probablemente”¹⁴⁹

¹⁴⁷ De Roux, G. Prevención de riesgos y promoción de comportamientos saludables: componentes integrales de la formación médica. En: Memorias del Seminario Nacional de Currículo: educación en Crisis. Cali: Facultad de Salud Universidad del Valle; junio 1994. p.224

¹⁴⁸ Op cit. Primera conferencia internacional sobre promoción de la salud. Canadá, noviembre 1986, p.4.

¹⁴⁹ Uribe, J T M. El autocuidado y su papel en la promoción de la salud. Obtenido en la Red el 9 de febrero/03: <http://tone.udea.edu.co/revista/sep99/autocuidado.htm>.

Explorar y comprender las rupturas que existen entre conocimientos, actitudes y prácticas, para así plantear propuestas de acción, y capacitación que hagan viable una armonía entre cognición y comportamientos. Sin olvidar, según Shaw, que: “ni por un momento se me ocurriría sugerir que el personal de salud debería tener poder de coerción sobre el paciente, aunque fuera por su bien”.¹⁵⁰

Contextualizar el fomento del autocuidado de acuerdo con las características culturales, de género, y etapa del ciclo vital.

Asumir que las personas realizan las prácticas de autocuidado con la certeza de que mejorarán sus niveles de salud, sin olvidar que no todas las prácticas para cuidarse redundan en mayores niveles de salud, bien porque en sí mismas no producen el efecto deseado, o porque resultan insuficiente pues no son practicadas con la frecuencia y la permanencia requeridas.

Estudiar mediante investigaciones cualitativas, con una visión antropológica, la ‘textura de la vida cotidiana’ y los imaginarios de la gente, para poder reconocer las lógicas y prácticas de las personas, con respecto al cuidado de la salud. De lo anterior se desprende la necesidad de que el profesional de la salud fomente y participe del diálogo de saberes, el cual le permite identificar, interpretar y comprender la lógica y la dinámica del mundo de la vida de las personas, mediante el descubrimiento y el entendimiento de la racionalidad, el sentido y el significado, para poder articularlo con la lógica científica y solo así, tener una visión más clara de la salud y la enfermedad, que se traduzca en el fomento de comportamientos saludables y en la adopción de los mismos; puede afirmarse que no es solamente a la luz del desarrollo de las ciencias de la salud y la evidencia científica, que se determina la bondad o no de las prácticas de autocuidado.

Buscar espacios de reflexión y discusión acerca de lo que la gente sabe, vive y siente con respecto a las diferentes situaciones de la vida y la salud, con lo cual

¹⁵⁰ Pearsall P. La salud por el placer. Madrid: EDAF; 1998. p. 34

identificar las prácticas de autocuidado que llevan a cabo y así, promover en las personas mediante un proceso educativo de reflexión y acción, un 'regreso' a estas prácticas para que, transformen las que implican algún riesgo para la salud y refuercen aquellas protectoras que ya han sido asumidas (acciones reforzadoras).

Incrementar la capacidad que tienen los colectivos para promocionar su salud, a través del empoderamiento, para influir sobre los determinantes de la salud.

Trascender, como profesional de la salud, de la persona formada para un trabajo de experto, mediante acciones instrumentales y normativas, al ser social en estrecha interacción con un ambiente en permanente cambio.

Trabajar en equipo interdisciplinario en permanente intercambio de conocimientos científicos, técnicos, humanísticos, de experiencias y vivencias; puesto que en la promoción de la salud, se necesita el 'profesionalismo' de muchos y no el profesional de la promoción.

Es necesario ejercer el rol de profesional de la salud, como una persona productiva y eficiente, con responsabilidad social, comprometida con su entorno, respetuosa de la singularidad y la tolerancia, con necesidad de crecer a través de la búsqueda, la independencia, el encuentro, y la apertura a la expresión libre del otro.

4.4.3 Hipertensión arterial

Es la elevación de las cifras de Presión Arterial (PA) por encima de los valores normal.

4.4.3.1 Fisiopatología

La Presión Arterial (PA) se define como la fuerza ejercida por la sangre contra cualquier área de la pared arterial y se expresa a través de las diferentes técnicas de medición como presión arterial sistólica, presión arterial diastólica y presión arterial media.

Con frecuencia se señala que la misma es controlada por el gasto cardíaco y la resistencia periférica total ya que como se sabe ésta es igual al producto de ambas. En cierto sentido este planteamiento es correcto, sin embargo, ninguno de ellos la controla de manera absoluta porque a su vez estos dependen de muchos otros factores fisiológicos como:

_ Gasto Cardíaco (GC): el cual está determinado por la frecuencia cardíaca y la fuerza de contracción, estos a su vez están en función del retorno venoso que depende de otros factores como son: la actividad constrictora o dilatadora de las venas, la actividad del sistema renal, etc.

_ Resistencia Vascul ar Periférica Total (RVPT): Dependerá de la actividad constrictora o dilatadora de las arteriolas, del eje renina angiotensina y de la propia magnitud del gasto cardíaco, entre otros.

En consecuencia el gasto cardíaco y la resistencia vascular periférica total son operadores para el control de la presión arterial; que se deben a sistemas de mecanismos de regulación más complejos relacionados entre sí y tienen a su cargo funciones específicas.

4.4.3.2 Clasificación y criterios diagnósticos

La Hipertensión Arterial se clasifica de acuerdo con los siguientes criterios:

Con fines de clasificación y registro, se utilizará la CIE-10.

Para efectos de diagnóstico y tratamiento, se usará la siguiente clasificación clínica:¹⁵¹

Presión arterial óptima: <120/80 mm de Hg

Presión arterial normal: 120-129/80 - 84 mm de Hg

Presión arterial normal alta: 130-139/ 85-89 mm de Hg

¹⁵¹ Norma Oficial Mexicana NOM-030-SSA2-1999, Para la prevención, tratamiento y control de la hipertensión arterial.

Hipertensión arterial:

Etapa 1: 140-159/ 90-99 mm de Hg

Etapa 2: 160-179/ 100-109 mm de Hg

Etapa 3: >180/ >110 mm de Hg

La hipertensión sistólica aislada se define como una presión sistólica > 140 mm de Hg y una presión diastólica <90 mm de Hg, clasificándose en la etapa que le corresponda.¹⁵²

4.4.3.2.1 Clasificación según la etiología

4.4.3.2.1.1 Hipertensión arterial secundaria

Es la hipertensión de causa conocida, se encuentra aproximadamente entre el 5 y el 10% del total de los hipertensos. Es importante diagnosticarla porque en algunos casos pueden curarse con cirugía o con tratamiento médico específico.

- Estos pueden ser por carga de volumen con aumento del Líquido Extracelular.

Por vasoconstricción que da un aumento de la RVPT.

- Por combinación de sobrecarga de volumen y vasoconstricción.

4.4.3.2.1.2 Hipertensión arterial primaria

La Hipertensión Arterial primaria (idiopática o esencial) la padece aproximadamente del 90 al 95% de los hipertensos.

Este término significa simplemente que no se conoce causa orgánica evidente. La etiopatogenia no se conoce aún pero los distintos estudios indican que los factores genéticos y ambientales juegan un papel importante en el desarrollo de la HTA primaria.

¹⁵² Ibid.

La Hipertensión Arterial puede ser dañina por efectos primarios:

- _ Aumento del trabajo del corazón.
- _ Lesión de las propias arterias por la presión excesiva.

El riesgo coronario es paralelo al aumento de la hipertrofia del tejido muscular; igualmente se desarrolla isquemia del ventrículo izquierdo, a medida que aumenta la HTA, esta puede ser suficientemente peligrosa para que la persona sufra angina de pecho. La presión muy elevada en las arterias coronarias desarrolla arteriosclerosis coronaria de manera que los pacientes pueden morir por oclusión coronaria.

4.4.3.2.2 Manifestaciones clínicas

La hipertensión primaria es asintomática hasta que se desarrollan complicaciones. Los síntomas y signos son inespecíficos y derivan de complicaciones en órganos blancos; no son patognomónicos de la hipertensión, ya que pueden desarrollarse signos y síntomas similares en los normotensos. El vértigo, rubor facial, cefalea, epistaxis, fatiga y el nerviosismo no son causados por la hipertensión sin complicaciones.

Entre estas figuran la insuficiencia del ventrículo izquierdo; cardiopatía aterosclerótica, hemorragia y exudados retinianos y accidentes vasculares; insuficiencia vascular cerebral e insuficiencia renal.¹⁵³

4.4.3.2.3 Diagnóstico

El diagnóstico de hipertensión primaria se basa en comprobar que las presiones sistólica y diastólica son superiores a los rangos considerados como normales, siempre y cuando se excluyan causas secundarias (hipertensión renovascular, síndrome de la bata blanca, ingesta de café previo a la toma etc.).

¹⁵³ Pocock G. Fisiología Humana: La base de la Medicina. 2da edición. España: Elsevier; 2005. p. 12.

La presión arterial se mide idealmente con un baumanómetro de mercurio, por lo menos dos veces con espacio de cinco minutos entre cada toma y en dos días diferentes; antes de calificar como hipertensa a una persona.

4.4.3.2.4 Tratamiento y control

El tratamiento tiene como propósito evitar el avance de la enfermedad, prevenir las complicaciones agudas y crónicas, mantener una adecuada calidad de vida, y reducir la mortalidad por esta causa.

En el primer nivel de atención se prestará tratamiento a los pacientes con HTA, etapas 1 y 2.

_ Los casos de Hipertensión Arterial etapa 2, más complicaciones cardiovasculares, o bien Hipertensión Arterial etapa 3, con Hipertensión secundaria y los casos de Hipertensión Arterial asociada al embarazo, como la enfermedad hipertensiva del embarazo, serán referidos al especialista para su atención.

_ También serán referidos al especialista los casos con padecimientos concomitantes, que interfieran con la Hipertensión Arterial y en general todos aquellos pacientes que el médico de primer contacto así lo juzgue necesario.

_ El médico, con apoyo del equipo de salud, tendrá bajo su responsabilidad la elaboración y aplicación del plan de manejo integral del paciente, el cual deberá ser adecuadamente registrado en el expediente clínico.

_ El plan de manejo debe incluir el establecimiento de las metas de tratamiento, manejo no farmacológico, tratamiento farmacológico, educación del paciente y vigilancia de complicaciones.¹⁵⁴

¹⁵⁴ Op cit. Norma Oficial Mexicana NOM-030-SSA2-1999, Para la prevención, tratamiento y control de la hipertensión arterial.

4.4.4 Diabetes Mellitus

4.4.4.1 Definición

La Diabetes Mellitus es una enfermedad metabólica caracterizada por una deficiencia absoluta o relativa de insulina que condiciona alteración en el metabolismo intermedio de glucosa, lípidos y proteínas. Se caracteriza por ser una enfermedad progresiva y en caso de descontrol metabólico origina complicaciones microvasculares y macrovasculares que reducen la calidad de vida.

La diabetes tipo 1 es una enfermedad con un componente autoinmune cuya manifestación clínica se efectúa cuando el 80% de la masa de células beta de los islotes pancreáticos, están afectados; en este caso existe involucro de inmunidad celular y la humoral.¹⁵⁵

4.4.4.2 Clasificación y codificación del diagnóstico CIE-10

Tipo 1. Caracterizada por destrucción total del islote pancreático e hiperglucagonemia, con deficiencia absoluta de insulina. A su vez se subdivide en dos: a) Autoinmune e b) Idiopática. E10

Tipo 2. En la que predomina la resistencia a la insulina, con una relativa deficiencia de la misma. La insulina es insuficiente para mantener la demanda impuesta por la resistencia. E11

Otros tipos específicos, donde se incluye:

- a) Defectos genéticos en la acción de la insulina.
- b) Enfermedad de páncreas exocrino.
- c) Endocrinopatías.
- d) Secundaria a fármacos.

¹⁵⁵ Harrison. Principios de Medicina Interna. 16ª. McGraw-Hill; 2009.

e) Infecciones.

f) Inmuno mediada y otros Síndromes asociados a Diabetes.

Diabetes Gestacional E13.024. Se caracteriza por presentar algún grado de intolerancia a la glucosa, diagnosticada durante el embarazo.

En nuestro país la forma más común de presentación es la tipo 2 que comprende aproximadamente el 95% del total de las personas con diabetes, ésta se caracteriza por deficiencia relativa de insulina aproximadamente del 50% al momento del diagnóstico y resistencia a la insulina que se mantiene durante toda la vida.

La diabetes tipo 1 se caracteriza por una deficiencia del 80% de la secreción de insulina y que puede ser de tipo autoinmune o idiopática por lo que su tratamiento es a base de insulina desde el momento del diagnóstico y en nuestro país la presentan del 3-5% de todos los casos de diabetes.

4.4.4.3 Pruebas de detección

La detección de la diabetes tipo 2 se debe realizar a partir de los 20 años de edad, mediante dos modalidades: a través de programas y campañas en el ámbito comunitario y sitios de trabajo y de manera individualizada, entre los pacientes, que acuden a los servicios de salud, públicos y privados.

La detección, además de servir, para identificar a los diabéticos no diagnosticados, también permite localizar a individuos con alteración de la glucosa, a fin de establecer las modificaciones pertinentes en su alimentación y en su actividad física para corregir esta situación.¹⁵⁶

Es recomendable que la detección de la enfermedad se haga de manera simultánea con la búsqueda de otros factores de riesgo cardiovascular, como hipertensión arterial, dislipidemias y tabaquismo.

¹⁵⁶ Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-1994 Para la prevención, tratamiento y control de la diabetes mellitus.

Programas y campañas de detección. Se debe utilizar una escala de factores de riesgo debidamente validada, para identificar a los individuos en alto riesgo de padecer diabetes o de llegar a tenerla.

Si la glucemia capilar, en ayuno o de tipo casual, es mayor o igual a los valores indicados en el apartado anterior, se procederá a la confirmación diagnóstica. Si no se confirma la diabetes, el individuo será apoyado por los servicios de salud para efectuar los cambios correspondientes en su estilo de vida. Aquellos con glucosa anormal en ayuno, o con intolerancia a la glucosa, deben recibir tratamiento no farmacológico; en algunos casos, según lo determine el médico tratante, se podrá establecer de manera auxiliar un tratamiento farmacológico.

En el caso de individuos con 65 años o más de edad, se les debe practicar anualmente una glucemia capilar en ayuno.

La glucemia capilar se debe efectuar mediante tira reactiva, medida con monitor de glucosa; sólo en ausencia de este equipo se utilizará la tira reactiva de lectura visual. En ambos casos se cumplen las especificaciones del fabricante y el personal recibe la instrucción adecuada.¹⁵⁷

Detección individualizada. El médico debe, dentro de su práctica profesional, incluir como parte del examen general de salud la detección de diabetes, por el procedimiento anteriormente señalado, o bien, mediante la determinación de glucosa sérica o plasmática en ayuno.

Si se utiliza la determinación de glucosa sérica o plasmática en ayuno, se deben seguir los siguientes criterios:

Si la glucemia es <110 mg/dl y no hay presencia de factores de riesgo, se aplicará esta misma prueba a los tres años, o antes en aquellos casos que el médico determine.

¹⁵⁷ Ibid.

Si la glucemia es ≥ 110 mg/dl, se procederá a la confirmación diagnóstica.

4.4.4.4 Criterios diagnósticos

Se establece el diagnóstico de diabetes, si cumple cualquiera de los siguientes criterios: presencia de síntomas clásicos y una glucemia plasmática casual ≥ 200 mg/dl (11,1 mmol/l); glucemia plasmática en ayuno ≥ 126 mg/dl (7 mmol/l); o bien glucemia ≥ 200 mg/dl (11,1 mmol/l) a las dos horas después de carga oral de 75 g de glucosa disuelta en agua. En ausencia de hiperglucemia inequívoca, con descompensación metabólica aguda, el diagnóstico debe confirmarse repitiendo la prueba otro día.

Se establece el diagnóstico de glucosa anormal en ayuno, cuando la glucosa plasmática o en suero es ≥ 110 mg/dl (6,1 mmol/l) y < 126 mg/dl (6,9 mmol/l).

Se establece el diagnóstico de intolerancia a la glucosa, cuando la glucosa plasmática, a las dos horas poscarga, es ≥ 140 mg/dl (7,8 mmol/l) y < 200 mg/dl (11,1 mmol/l).¹⁵⁸

Diabetes gestacional. Antes de efectuar la prueba de tolerancia a la glucosa, se deberá realizar la prueba de detección en toda embarazada entre las semanas 24 y 28 de gestación. Si una hora después de una carga de 50 g de glucosa por vía oral, se encuentra una glucemia plasmática > 140 mg/dl, se efectuará la prueba diagnóstica.

Se establece el diagnóstico de diabetes gestacional, si durante las semanas 24 a 28 del embarazo se presentan dos o más de los siguientes valores: en ayuno > 105 mg/dl; y, después de una carga de glucosa en ayuno de 100 g, valores superiores a 190 mg/dl a la hora poscarga, 165 mg/dl a las dos horas poscarga y 145 mg/dl a las tres horas.

¹⁵⁸ Ibid.

4.4.4.5 Indicaciones terapéuticas

El primer paso antes de iniciar tratamiento, es la educación del paciente, siendo imperativo que quede bien claro el concepto de deficiencia de insulina y los beneficios de la insulinización oportuna. El tratamiento farmacológico del paciente con diabetes mellitus debe instituirse desde el momento del diagnóstico, enfatizando en que la piedra angular son las modificaciones en el estilo de vida (plan de alimentación y ejercicio) y mantener una vigilancia estrecha en relación a las metas de control glucémico (hemoglobinas A1c, glucosa de ayuno y glucosa postprandial) con el compromiso de hacer las modificaciones pertinentes al tratamiento farmacológico para preservar la reserva pancreática y por tanto evitar la presencia de complicaciones crónicas, dando la oportunidad de otorgar al paciente una adecuada calidad de vida.

Existen múltiples algoritmos de tratamiento y todos pueden ser considerados adecuados, la respuesta a tratamiento dependerá de la acertada elección del paciente. Algo que es importante recordar es que el tiempo máximo esperado para lograr un control adecuado no debe excederse de 6 meses, idealmente las metas de control glucémico (HbA1c <7%, Glucosa de ayuno 70-100 mg/dl y glucosa postprandial < de 140 mg/dl) se deben alcanzar en los primeros 3 meses de tratamiento. El fármaco considerado de primera elección por los efectos sistémicos demostrados, impacto en la reserva pancreática, tolerabilidad, seguridad y accesibilidad económica es metformina con dosis máxima de 850 mg dos veces al día.¹⁵⁹

En caso de no lograr metas de control metabólico en 3 meses se sugiere la terapia combinada:

a) Insulina basal: (NPH, Detemir o Glargina) considerada una buena alternativa al ser la hormona que se encuentra deficiente y la amplia experiencia que se tiene en el conocimiento de la misma.

¹⁵⁹ Op cit. Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-1994 Para la prevención, tratamiento y control de la diabetes mellitus.

b) Sulfonilurea: Preferentemente de segunda o tercera generación (glimepirida o glicazida) por la selectividad de unión al receptor y menor deterioro en la reserva pancreática.

c) Inhibidores de Dipeptidil-peptidasa tipo IV (sitagliptina, vildagliptina) al favorecer la secreción de insulina y disminuir secreción de glucagon.

d) Agonistas de GLP-1 o análogos de GLP: (exenatide o liraglutida) por el impacto en la reserva pancreática e índice de masa corporal.

La terapia con insulina está completamente justificada si a los 6 meses a pesar de las diferentes alternativas de combinación no se han logrado metas de control metabólico, evitando utilizar triples esquemas ya que favorecen la falta de apego a tratamiento. En los casos en que el paciente diabético tipo 2 ebuta con glucosa mayor de 250 mg/dl o hemoglobina A1c >8.5 se puede iniciar con terapia combinada a base de insulina basal y metformina

El tratamiento para diabetes mellitus 1 siempre será con insulina basal y de acuerdo al grado de control metabólico se podrán elegir esquemas de insulina prandial.

a) Esquema basal bolo.

b) Premezclas.

Metas de control metabólico. En todo paciente diabético se deben lograr las siguientes metas con la finalidad de evitar el desarrollo de complicaciones crónicas.

a) Glucosa de ayuno entre 70-100 mg/dl y en pacientes con riesgo de hipoglucemia máximo 130 mg/dl.

b) Glucosa postprandial <140 mg/dl.

c) Hemoglobina A1c <7.0%.

- d) Colesterol total <200 mg/dl.
- e) Colesterol HDL en hombres >40 mg/dl y mujeres >50 mg/dl.
- f) Colesterol LDL <100 mg/dl y si existe antecedente de enfermedad coronaria <70 mg/dl.
- g) Triglicéridos <150 mg/dl.
- h) Tensión arterial <130/80 mm Hg y si existe microalbuminuria <125/75 mm Hg.
- i) Índice de masa corporal entre 18-25 kg/m².

En caso de encontrar niveles incrementados de colesterol, es importante solicitar previo al inicio de hipolipemiente un perfil tiroideo.

Estatificación de complicaciones. En diabetes mellitus 2 se debe solicitar:

- a) Valoración de fondo de ojo: Al momento del diagnóstico y anual.
- b) Filtrado glomerular: Al momento del diagnóstico y anual.
- c) Prueba de monofilamento al momento del diagnóstico y anual.

En diabetes mellitus 1 se recomienda la detección de los parámetros antes mencionados a los 5 años de diagnóstico.¹⁶⁰

4. 4.5 Proceso de atención de enfermería

La observación indica cómo está el paciente; la reflexión indica qué hay que hacer; la destreza práctica indica cómo hay que hacerlo. La formación y la experiencia son necesarias para saber cómo observar y qué observar; cómo pensar y qué pensar (Nightingale, 1882).

Al leer éste párrafo citado por Florence Nightingale desde hace dos siglos atrás, nos damos cuenta la importancia de desarrollar nuestra observación, reflexión, y pensamiento basado actualmente en nuestra metodología del cuidado

¹⁶⁰ Ibid.

denominado Proceso de Atención de Enfermería (PAE), esta metodología es importante para brindar cuidados de enfermería, considerándose además una forma sistematizada de pensamiento y la expresión de un arte, el arte de comprender la respuesta del ser humano, de intervenir para transformar su respuesta humana hacia lo favorable e inclusive predecir respuestas, todo en un marco de respeto y comprensión de la sensibilidad humana.

El Proceso de atención de enfermería tiene sus orígenes cuando fue considerado por primera vez como un proceso (Hall, 1955), Jhonson (1959), Orlando (1961) y Wiedenbach (1963), con la aparición del proceso de enfermería en los años sesenta, las enfermeras (os) comenzaron a tener un lenguaje común que facilitó compartir aspectos de la práctica, experiencias de dar cuidado, cambiando el enfoque procedimental hacia el de práctica basada en el conocimiento científico.¹⁶¹

4. 4.5.1 Definición

El Proceso de atención de enfermería es un método sistematizado y racional basado en el método científico, que permite a la enfermera (o) proporcionar cuidados integrales al paciente.

Según Murray¹⁶² "consiste en pensar como enfermera. Es el cimiento, la capacidad constante esencial que ha caracterizado a la enfermería desde el principio de la profesión".

Para Patricia Iyer¹⁶³ "Es el método mediante el cual se aplica un amplio marco teórico a la práctica de enfermería. Es enfoque deliberativo de resolución de

¹⁶¹ Villalobos, M. D. La ciencia, la ética y el arte de enfermería a partir del conocimiento personal. Revista Aquichan: 2005. p. 86-95

¹⁶² Murray A. Proceso de atención de enfermería. México: McGraw Hill Books; 1996. p. 14-15.

¹⁶³ Iyer P Tapich B. Proceso y diagnóstico de enfermería. México: Mc Graw Hill Interamericana; 1997.

problemas que requiere de capacidades cognoscitivas, técnicas e interpersonales dirigido a satisfacer necesidades”.

Según Alfaro-Lefevre: “...es una forma dinámica y sistematizada de brindar cuidados enfermeros. Eje de todos los abordajes enfermeros, el proceso promueva unos cuidados humanísticos, centrados en unos objetivos (resultados) y eficaces”.

Hall, (1955), Jhonson (1959), Orlando (1961) y Wiedenbach (1963), consideraron un proceso de tres etapas (valoración, planeación y ejecución); Yura y Walsh (1967), establecieron cuatro (valoración, planificación, realización y evaluación); y Bloch (1974), Roy (1975), Aspinall (1976) y algunos autores más, establecieron las cinco actuales al añadir la etapa diagnóstica.

Como todo método, el proceso de atención de enfermería configura un número de pasos sucesivos que se relacionan entre sí. Aunque el estudio de cada uno de ellos se hace por separado, sólo tiene un carácter metodológico, ya que en la puesta en práctica las etapas se superponen. En la actualidad, tenemos que el proceso de atención de enfermería consta de cinco pasos:¹⁶⁴ valoración, diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación.

4. 4.5.2 Importancia del proceso de atención de enfermería

El proceso de enfermería es importante porque:

- Como instrumento en la práctica del profesional, puede asegurar la calidad de los cuidados al individuo, familia o comunidad. Además, proporciona la base para el control operativo y el medio para sistematizar y hacer investigación en enfermería.

¹⁶⁴ Alfaro-Lefevre, R. Aplicación del Proceso enfermero. Fomentar el cuidado en colaboración. España: Elsevier Doyma; 2005.p. 5.

- Asegura la atención individualizada, ofrece ventajas para el profesional que presta la atención y para quien la recibe y permite evaluar el impacto de la intervención de enfermería.
- El proceso de enfermería proporciona un método lógico y racional para que el profesional de enfermería organice la información de tal manera que la atención sea adecuada, eficiente y eficaz.
- Por otra parte, al profesional de enfermería le facilita la comunicación; concede flexibilidad en el cuidado; le genera respuestas individuales y satisfacción en su trabajo; le permite conocer objetivos importantes para el sujeto de atención; mejora la calidad de la atención; propicia el crecimiento profesional y proporciona información para la investigación.
- Al sujeto de atención permite participar en su propio cuidado; garantiza la respuesta a sus problemas reales y potenciales, y ofrece atención individualizada continua y de calidad, de acuerdo con la priorización de sus problemas.

4. 4.5.3 Características

- Tiene una finalidad: se dirige a un objetivo.
- Es sistemático: implica partir de un planteamiento organizado para alcanzar un objetivo.
- Es dinámico: responde a un cambio continuo de la respuesta del paciente.
- Es interactivo: basado en las relaciones recíprocas que se establecen entre el profesional de enfermería y el paciente, su familia y los demás profesionales de la salud. Este componente garantiza la individualidad de los cuidados del paciente.

- Es flexible: se puede adaptar al ejercicio de la enfermería en cualquier lugar o área especializada que trate con individuos, grupos o comunidades. Sus fases pueden utilizarse sucesiva o conjuntamente.
- Tiene una base teórica: el proceso ha sido concebido a partir de numerosos conocimientos que incluyen aportes de las ciencias biológicas, sociales y humanas, por lo cual es aplicable con cualquier modelo teórico de enfermería. Se recomienda la utilización de una perspectiva teórica al implementar el método enfermero, ya que la teoría guía y orienta la práctica profesional de enfermería.

4. 4.5.4 Valoración de enfermería

4. 4.5.4.1 Definición

La valoración es el primer paso del proceso de enfermería. Es un proceso organizado y sistematizado de recogida de datos sobre el estado de salud del paciente y/o familia, con la finalidad de encontrar información relevante que conduzca a la identificación de problemas y/o riesgos. Según Alfaro-Lefevre,¹⁶⁵ la valoración consiste en recoger y examinar la información sobre el estado de salud, buscando evidencias de funcionamiento anormal o factores de riesgo que pueden generar problemas de salud.

En esta etapa se reconoce el siguiente proceso de valoración: obtención de la información, validación y contrastación; organización de la información. Para Alfaro-Lefevre el proceso de valoración consta de: recolección de datos, validación, organización de los datos, identificación de patrones, comprobación de primeras impresiones, informe y anotación de datos significativos.

¹⁶⁵ Op cit. Alfaro-Lefevre, pág. 5.

4. 4.5.4.2 Tipos de valoración

Desde el punto de vista funcional, existen 2 tipos de valoración:

- Valoración inicial: es la base del plan de cuidados. Se realiza en la primera consulta (primer contacto con la persona). Permite recoger datos generales sobre los problemas de salud del paciente y ver qué factores influyen sobre éstos. Facilita la ejecución de las intervenciones.
- Valoración continua: posterior o focalizada. Se realiza de forma progresiva durante toda la atención. Es la realizada específicamente sobre el estado de un problema real o potencial. Tiene como objetivo:
 - ✓ Recoger datos a medida que se producen los cambios, observando el progreso o retroceso de los problemas.
 - ✓ Realizar revisiones y actuaciones del plan.
 - ✓ Obtener nuevos datos y detectar nuevos problemas de salud

Según el objetivo al que vaya dirigido, la valoración se puede clasificar en:

- Valoración general: encaminada a conocer y detectar situaciones que necesiten la puesta en marcha de planes de cuidados.
- Valoración focalizada: en la que la enfermera centrará su valoración en conocer aspectos específicos del problema o situación detectado o sugerido por la persona.

Aunque algunos criterios de valoración pueden coincidir en ambos tipos de valoraciones, existirán otros más específicos de situaciones concretas que no se recogerán en las valoraciones generales. Llevar a cabo el proceso de valoración enfermera implica, desde el inicio de éste, la toma de decisiones importantes: qué información es relevante, qué áreas son de nuestra competencia, cuál debe ser el enfoque de nuestra intervención, etc.; decisiones que, sin duda, están influidas por los conocimientos, las habilidades, valores y creencias de quién lleve a cabo la valoración.

4. 4.5.4.3 Importancia de la valoración

El objetivo principal de la valoración enfermera es “captar en cada momento la situación de salud que están viviendo las personas, así como su respuesta a la misma”. La valoración enfermera es un acto de gran importancia. De ésta va a depender el éxito de nuestro trabajo ya que es la primera fase de un proceso cuyo objetivo es conseguir el bienestar de la persona sujeta a la intervención enfermera. Debido a esto, la valoración no sólo requiere conocimientos y habilidades, además es importante que la persona que la realiza sea consciente de la finalidad que se quiere alcanzar y no caiga en el error de recoger datos sin llegar a valorar. Debe recoger datos no sólo del aspecto biológico, sino también de los aspectos psicológicos y sociales.

4. 4.5.4.4 Tipos de datos a recolectar

Un dato es una información concreta, que se obtiene del paciente, referido a su estado o las respuestas del paciente como consecuencia de su estado.

Nos interesa saber las características personales, capacidades ordinarias en las actividades, naturaleza de los problemas, estado actual de las capacidades.

Los tipos de datos:¹⁶⁶

- Datos subjetivos: no se pueden medir y son propios del paciente, lo que la persona dice que siente o percibe.
- Datos objetivos: Se puede medir por cualquier escala o instrumento.
- Datos históricos-antecedentes: Son aquellos hechos que han ocurrido anteriormente y comprenden hospitalizaciones previas, enfermedades crónicas o patrones y pautas de comportamiento (eliminación, adaptaciones pasadas, etc.).
- Datos actuales: Son datos sobre el problema de salud actual.

¹⁶⁶ Cortez, G, Castillo F. Guía para elaborar proceso, registros, protocolo y cuidado de enfermería. 4ta ed. Lima, Perú: Rodhas; 2006.p. 37-38.

4. 4.5.4.5 Validación de datos

Significa que la información que se ha reunido es verdadera (basadas en hechos). En comunicación existen técnicas de reformulación que nos ayuda a comprender más fielmente los mensajes del paciente, evitando las interpretaciones.

Se consideran datos verdaderos aquellos datos susceptibles de ser evaluados con una escala de medición precisa, peso, talla, etc.

Los datos observados y que son medibles, en principio, se someten a validación confrontándolos, con otros datos o buscando nuevos datos que apoyen o se contrapongan a los primeros.

4. 4.5.4.6 Organización de los datos

Es el cuarto paso en la recogida de datos, en esta etapa se trata de agrupar la información, de forma tal que nos ayude en la identificación de problemas, el modo más habitual de organizar los datos es por necesidades humanas (Maslow 1972) o patrones funcionales (Gordon, 1987), etc. La información ya ha sido recogida y validada, ahora los datos se organizan mediante categorías de información.¹⁶⁷

4. 4.5.5 Diagnóstico

En esta fase se va a exponer el proceso mediante el cual estaremos en condiciones de establecer un problema clínico y de formularlo para su posterior tratamiento.

Las fases para la realización de un diagnóstico son las siguientes:

- 1) Identificación de problemas.
- 2) Formulación de problemas que puede ser por medio de la taxonomía de la NANDA.

¹⁶⁷ Carpenito L . Diagnóstico de Enfermería. Editorial Interamericana. 5ª Edición; 1997.

4. 4.5.5.1 Tipos de diagnóstico

1) Real: Representa un estado que ha sido clínicamente validado mediante características definitorias principales identificables. Consta de tres partes, formato PES:

Problema (P) + Factores causales o contribuyentes (E)+Signos/Síntomas(S)

2) Alto Riesgo: Es un juicio clínico de que un individuo, familia o comunidad son más vulnerables a desarrollar el problema que otros en situación igual o similar.

Problema (P) + Etología (E)

A la hora de redactar un diagnóstico hay que tener en cuenta estos puntos:

Unir la P (problema) con la segunda E (etiología) utilizando: relacionado con, debido a, la E se une con la S (signos y síntomas), manifestado por.

La primera parte del Diagnóstico identifica la respuesta de la persona y no una actividad de enfermería, no mencionar signos y síntomas.¹⁶⁸

4. 4.5.6 Planeación

En esta fase se trata de establecer y llevar a cabo los cuidados de enfermería que conduzcan al cliente a prevenir, reducir o eliminar los problemas detectados, incluye cuatro etapas.

1. Establecer prioridades de los cuidados.
2. Planteamiento de los objetivos del cliente con resultados esperados.
3. Elaborar y determinar los objetivos de enfermería. Estas acciones se consideran instrucciones u órdenes enfermeras que se han de llevar a la práctica:

¹⁶⁸ Ibid.

- Escribir los objetivos en términos que sean observables y puedan medirse.
- Describir los objetivos en forma de resultados o logros a alcanzar y no como acciones de enfermería.
- Elaborar objetivos cortos.
- Hacer específicos los objetivos
- Cada objetivo se deriva de sólo un diagnóstico de enfermería.
- Señalar un tiempo específico para realizar cada objetivo.

4. 4.5.7 Ejecución

Es en esta etapa es cuando realmente se pone en práctica el plan de cuidados elaborado. Implica las siguientes actividades:

- Realizar las actividades de enfermería.
- Anotar los cuidados de enfermería.

En esta etapa se realizarán todas las intervenciones enfermeras dirigidas a la resolución de problemas. Se debe de incluir al paciente, a la familia y a otros miembros del equipo multidisciplinario también han de tenerse presente los recursos materiales.

Las actuaciones enfermeras son aquellas intervenciones específicas que van dirigidas a ayudar al paciente al logro de los resultados esperados. Se clasifican en:

1. Dependientes: Son actividades relacionadas con la puesta en práctica de las actuaciones médicas.
2. Interdependientes: Son actividades que la enfermera lleva a cabo junto con otros miembros del equipo de salud.

3. Independientes: Son actividades de la enfermería dirigidas hacia las respuestas humanas que está legalmente autorizada a atender.

4. 4.5.8 Evaluación

La evaluación se define como la comparación planificada y sistematizada entre el estado de salud del paciente y los resultados esperados, se emite un juicio comparándolo con uno o varios criterios.

Constan las siguientes partes:¹⁶⁹

1. Recogida de datos que se quieren evaluar.
2. Comparación con los resultados esperados y un juicio sobre la evolución del paciente.

Las distintas áreas sobre las que se evalúan los resultados esperados son:

1. Aspecto general y funcionamiento del cuerpo.
2. Señales y síntomas específicos.
3. Conocimientos.
4. Capacidad psicomotora.
5. Estado emocional.

Esta etapa sirve para establecer conclusiones, que nos permiten plantear correcciones en las áreas de estudio.

- El paciente ha alcanzado el resultado esperado.
- El paciente está en proceso de lograr el resultado esperado y/o plantar otras actividades.

¹⁶⁹ Ibid.

- El paciente no ha alcanzado el resultado esperado y se realiza una revisión del problema.

La evaluación se lleva a cabo sobre las etapas del plan, la intervención enfermera y sobre el producto final.

5. METODOLOGÍA

5.1 Estrategia de investigación: Estudio de Caso de Familia

El estudio de caso de familia es un proceso continuo y dinámico caracterizado por diferentes momentos y niveles de profundización; incluye obtención de información y análisis e identificación de problemas y potencialidades de las familias para poder realizar acciones de promoción de la salud, prevención de enfermedades y recuperación de la salud en cada una de ellas. Esto debe desarrollarse a través de los procesos de dispensarización y análisis de la situación de salud familia.

Dentro del estudio de caso, se realiza un diagnóstico dinámico de salud familiar que contemple los indicadores de funcionamiento familiar, condiciones de vida del grupo y la salud de los integrantes según el impacto que esta tenga para la familia que comprende una serie de actividades que se fundamentan en estos tres ejes.

5.2 Selección del caso y fuentes de información

La familia en estudio se selecciono a partir del diagnóstico de salud de la comunidad eneo 2011, esta fue por conveniencia y disponibilidad.

Previo consentimiento informado, se realizo la valoración de enfermería a través de una entrevista utilizando como herramientas: la Cédula de Valoración Familiar del déficit de autocuidado con el modelo de Dorotea E. Orem (anexo1), se realizo un genograma (anexo2) , el ecomapa familiar(anexo3), valoración del Apgar familiar (anexo 4), método de Graffar (anexo5), evaluación del sistema conyugal (anexo 6), escala de Hamilto (anexo 7), FACES III (anexo 8), se realizo la investigación bibliohemerografica.

5.3 Consideraciones éticas

El respeto a los principios éticos es imprescindible para realizar cualquier trabajo con la familia por lo que los aspectos éticos que se tomaron en cuenta fueron los siguientes:

1. Consentimiento informado: aceptación de la familia a participar en la intervención, lo que supone explicación inicial del tipo de actividad que se va a realizar, sus objetivos y características de su desarrollo.
2. Principio de beneficencia: toda acción que se realice sobre la familia debe tener implícito su mejoramiento.
3. Garantía de confidencialidad de la información manejada, tanto fuera de la familia como para su interior.
4. No transgresión a la ética de la familia, respeto a sus ideas, creencias, cultos y prácticas religiosas u otras.
5. El especialista no debe reflejara sus vivencias familiares y personales con la familia objeto de atención.
6. Otorgar a cada miembro de la familia el mismo valor y hacerlos partícipes de la atención.
7. Asumir una posición autocrítica como profesional y buscar ayuda o asesoría en caso necesario.
8. No asumir posición a favor o en contra de algún miembro de la familia en específico.
9. Apego al código para el ejercicio de la enfermería profesional¹⁷⁰ a continuación se enumeran los capítulos más relevantes:

¹⁷⁰ Secretaría de Educación Pública. Ley Reglamentaria del Artículo 5° Constitucional, relativo al ejercicio de las profesiones en el Distrito Federal. México. 1994.

Capítulo I

Disposiciones generales

Artículo primero. El presente Código norma la conducta de la enfermera en sus relaciones con la ciudadanía, las instituciones, las personas que demandan sus servicios, las autoridades, sus colaboradores, sus colegas y será aplicable en todas sus actividades profesionales.

Capítulo II

De los deberes de las enfermeras para con las personas

Artículo segundo. Respetar la vida, los derechos humanos y por consiguiente el derecho a la persona a decidir tratamientos y cuidados una vez informado.

Artículo tercero. Mantener una relación estrictamente profesional con la persona en un ambiente de respeto mutuo y de reconocimiento de su dignidad, valores, costumbres y creencias.

Artículo cuarto. Proteger la integridad de la persona ante cualquier afectación ocasionada por la mala práctica de cualquier miembro del equipo de salud.

Artículo quinto. Mantener una conducta honesta y leal; conducirse con una actitud de veracidad y confidencialidad salvaguardando en todo momento los intereses de la persona.

Artículo sexto. Comunicar a la persona los riesgos cuando existan y los límites que tiene el secreto profesional ante circunstancias que impliquen mala intención o daño a terceros.

Artículo séptimo. Fomentar una cultura de autocuidado de la salud, con un enfoque anticipatorio de prevención del daño y propiciar un entorno seguro que prevenga riesgos y proteja a la persona.

Artículo octavo. Otorgar a la persona cuidados libres de riesgos, manteniendo un nivel de salud física, mental y social que no comprometa su capacidad.

Artículo noveno. Acordar, si fuera el caso, los honorarios que con motivo del desempeño de su trabajo percibirá, teniendo como base para determinarlo el principio de voluntad de las partes, la proporcionalidad, el riesgo de exposición, tiempo y grado de especialización requerida.

Capítulo III

De los deberes de las enfermeras como profesionistas

Artículo decimo. Aplicar los conocimientos científicos, técnicos y humanísticos debidamente actualizados en el desempeño de su profesión. Artículo decimo primero. Asumir la responsabilidad de los asuntos inherentes a su profesión, solamente cuando tenga la competencia y acreditación correspondiente para atenderlos e indicar los alcances y limitaciones de su trabajo.

Artículo decimo segundo. Evitar que persona alguna utilice su nombre o cedula profesional para atender asuntos inherentes a su profesión.

Artículo decimo tercero. Contribuir al fortalecimiento de las condiciones de seguridad e higiene en el trabajo.

Artículo decimo cuarto. Prestar sus servicios al margen de cualquier tendencia xenófoba, racista, elitista, sexista, política o bien por la naturaleza de la enfermedad.

Artículo decimo quinto. Ofrecer servicios de calidad avalados mediante la certificación periódica de sus conocimientos y competencias.¹⁷¹

Artículo decimo sexto. Ser imparcial, objetiva y ajustarse a las circunstancias en las que se dieron los hechos, cuando tenga que emitir opinión o juicio profesional en cualquier situación o ante la autoridad competente.

¹⁷¹ Ibid.

Artículo decimo séptimo. Actuar con juicio crítico en la aplicación de las normas institucionales, tomando en cuenta la objeción de su conciencia.

10. La observancia del Código de ética para el personal de enfermería que nos compromete a¹⁷²:

- 1) Respetar y cuidar la vida y los derechos humanos, manteniendo una conducta honesta y leal en el cuidado de las personas.
- 2) Proteger la integridad de las personas ante cualquier afectación, otorgando cuidados de enfermería libres de riesgo.
- 3) Mantener una relación estrictamente profesional con las personas que atiende, sin distinción de raza, clase social, creencia religiosa y preferencia política.
- 4) Asumir la responsabilidad como miembro del equipo de salud, enfocando los cuidados hacia la conservación de la salud y prevención del daño.
- 5) Guardar el secreto profesional observando los límites del mismo, ante riesgo o daño a la propia persona o a terceros.
- 6) Procurar que el entorno laboral sea seguro tanto para las personas, sujeto de la atención de enfermería, como para quienes conforman el equipo de salud.
- 7) Evitar la competencia desleal y compartir con estudiantes y colegas experiencias y conocimientos en beneficios de las personas y de la comunidad de enfermería.
- 8) Asumir el compromiso responsable de actualizar y aplicar los conocimientos científicos, técnicos y humanísticos de acuerdo a su competencia profesional.
- 9) Pugnar por el desarrollo de la profesión y dignificar su ejercicio.

¹⁷² Consejo Internacional de Enfermeras. Código de Enfermeras, conceptos éticos aplicados a la enfermería. 1973.

6. PRESENTACIÓN DEL CASO

6.1 Descripción del caso

Se trata de una familia extensa, urbana, moderna, integrada y en etapa de dispersión, de nivel socioeconómico medio alto según la escala de Graffar.

La familia vive en el Distrito Federal en la delegación Tlalpan, está conformada por siete integrantes de los cuales dos son adolescentes, dos adultos mayores y tres adultos.

Habitan en casa de tenencia propia, construida de block y techos de concreto, pisos de cemento, cuenta con 7 recámaras: una para los padres, el resto para cada uno de los integrantes de la familia, la casa tiene 2 plantas, cuenta con servicios básicos (luz, agua potable y drenaje). Tiene un baño completo y cuenta con medio baño en el patio, posee un patio lo mantienen con plantas. La basura es recolectada en bolsas para que sea llevada por camión recolector, el cual pasa 3 veces a la semana por la mañana.

Los alimentos son preparados por la madre, aunque ha habido momentos en los que las dos hijas mayores la apoyan, menciona hacerlos con medidas higiénicas adecuadas. Está basada en carne, pollo, verduras, y lácteos (3, 3, 7 y 7 veces por semana respectivamente).

La familia cuenta con servicio médico del ISSSTE.

Son personas sociables, gustan de convivir de manera cortés con sus vecinos, amigos y familiares.

6.2 Antecedentes generales de la familia

6.2.1 Historia familiar

Fase de galanteo: En Febrero de 1973 se conocieron Alberto y Guadalupe, ella de 16 años de edad, trabajaba en la farmacia parís y él de 23 años, chofer de un camión de refrescos Guadalupe a diario pasaba a las 5hrs frente al lugar en donde Alberto trabajaba junto con un cuñado de ella entonces Alberto le pidió a su amigo que se la presentara ya que ella le gustaba su amigo los presentó, diariamente se veían por la mañana solo se saludaban. Posteriormente Alberto la invito a salir, y Guadalupe acepto.

Fase preliminar o de noviazgo: Guadalupe refiere que hicieron amistad, acuden a Restaurant en Huipulco de nombre el “Naranjito” a comer fresas, platican, esto repite un par de veces más y deciden hacerse novios el 15 de Junio del 1974, el cual fue bien visto por ambas familias contando con su apoyo y duró 7 meses. Debido a las costumbres de la familia de Alberto de tener noviazgos cortos este le propone matrimonio a Guadalupe y deciden casarse en febrero del siguiente año.

Fase de recién casados: El 1 de enero de 1974, se realiza unión civil y en febrero del mismo año se realiza la unión religiosa. Deciden no salir de viaje de bodas, puesto que ven la necesidad de hacer arreglos en el lugar donde iban a vivir, que era en la casa de los padres de Alberto, así mismo se vieron en la necesidad de comprar algunos muebles que se requerían. En Julio 1975, Guadalupe presenta síntomas de embarazo con una prueba de laboratorio confirman que efectivamente van a ser padres. Es vigilada toda la gestación, por un médico homeópata, el cual le indica tomar durante todo el embarazo pastilla de hueso. Es en ese mismo año que Alberto ingresa a trabajar a la UNAM, buscando un mayor ingreso económico, lugar donde obtiene la derechohabiencia al ISSSTE.

Fase de expansión: Es 1975 es cuando nace Claudia, primera hija de la pareja. Durante el puerperio Guadalupe permanece en casa con la ayuda de su madre. Posteriormente en 1978 nace Nancy la segunda hija de la pareja y por ultimo en 1989, nace Yael la tercera y última hija de la pareja, posteriormente en 1995 nace

Uriel hijo de Claudia el 1er nieto de la pareja y en 2011 nace Erick hijo de Nancy, el 2do nieto de la pareja.

Fase de dispersión: Al cumplir Claudia los 5 años ingresa al preescolar cursándolo durante un año. Nancy y Yael En el año 2000 Alberto es jubilado de su trabajo en la UNAM, quedándose solo con la venta de comida.

En el año 1981 Claudia entra a su primer año de primaria. En 1995 debido a su maternidad Claudia ingresa a laborar en la Escuela Nacional de Enfermería, de la UNAM, como secretaria, siempre se caracterizo durante sus estudios por ser una buena estudiante, actualmente está en un curso para ingreso a la licenciatura, Nancy al igual que Claudia y debido a su maternidad ingresa a laborar a la Escuela Nacional de Enfermería, de la UNAM en el año como secretaria, actualmente Yael se encuentra cursando el quinto semestre de la licenciatura y Uriel se encuentra estudiando el tercer semestre del Colegio de Ciencias y Humanidades, Erick, estudiando en sexto año de primaria Guadalupe trabaja aun como vendedora de alimentos preparados y dan terapias físicas.

6.2.2 Valoración según la teoría de familia

Manejan aparentemente bien el estrés de tipo normativo que son las crisis propias del desarrollo de la familia.

Se realizaron los siguientes cuestionarios:

- 1- APGAR familiar
- 2- Eje triaxial
- 3- FACES III
- 4- Escala de Hamilton

1- Apgar familiar:

El aplicado a Claudia arrojó una calificación de 7 puntos, el aplicado a Uriel arrojó una puntuación de 9 puntos el aplicado a Yael arrojó una calificación de 7 puntos, el aplicado a Guadalupe arrojó una puntuación de 9 puntos, todas las puntuaciones reflejan que se trata de una familia funcional, este cuestionario se aplicó a 4 de los miembros de la familia.

2- El eje triaxial:

En el estudio de la funcionalidad familiar no se encontró alteración en ninguno de ellos. Tanto la dimensión histórica longitudinal, como en el segundo eje que corresponde a la dimensión horizontal y el tercer eje que valora la dimensión global no se ven alterados en esta familia, se encuentra cohesionada y socialmente adaptada.

3- La Escala para la Evaluación de la Adaptabilidad y Cohesión Familiar (FACES III), Encontramos a una familia cohesionada y adaptada, dando como resultado final una familia caóticamente aglutinada.

4- En instrumentos utilizados:

Se aplicó la escala de Hamilton a Guadalupe, la cual muestra una puntuación de 20 puntos, y a Alberto quien arrojó una puntuación de 18 puntos, si recordamos que con una puntuación de 18 puntos o mayor, refleja altos niveles de estrés, de aquí que podemos deducir que el nivel de estrés manejado por ambos es alto, siendo parte importante y básico de este estrés el ámbito de la salud, el resto de la familia muestra un bajo nivel de estrés, condicionado por una mejor forma de manejo del mismo.

7. APLICACIÓN DEL PROCESO DE ENFERMERÍA

7.1 Valoración

7.1.1 Valoración focalizada, según la teoría del autocuidado

7.1.1.1 Valoración familiar del déficit de autocuidado

7.1.1.1.2 Factores condicionantes básicos

7.1.1.1.2.1 Características de la vivienda

La familia SH habita en casa de tenencia propia, construida de block y techos de concreto, pisos de cemento, cuenta con 7 recámaras: una para los padres, el resto para cada uno de los integrantes de la familia, la casa tiene 2 plantas, tiene un baño completo y cuenta con medio baño en el patio, posee un patio lo mantienen con plantas, almacenan el agua en tinaco y cisterna, realizando la limpieza de ambas una vez al año.

La basura es separada por sus características en orgánica e inorgánica, recolectada en bolsas para que sea llevada por camión recolector, el cual pasa 3 veces a la semana por la mañana.

La vivienda se encuentra en una colonia urbanizada por lo que cuentan con los servicios básicos como son agua, luz eléctrica, drenaje, pavimentación y fácil acceso al transporte público.

7.1.1.1.2.2 Composición familiar

Nombre	Edad	Parentesco	Escolaridad	Ocupación
Claudia Verónica	36	Hija	Preparatoria	Secretaria
Uriel Mauricio	16	Nieto	3er semestre CCH	Estudiante
Nancy	33	Hija	Secundaria	Secretaria
Erick Uziel	10	Nieto	Sexto de primaria	Estudiante
Yael	22	Hija	5to semestre licenciatura	Estudiante
María Guadalupe	56	Esposa	Primaria	Comerciante de alimentos
Alberto	63	Esposo	Primaria	Jubilado

7.1.1.1.2.3 Tipo de familia

En relación a su estructura es una familia **extensa**, ya que está integrada por ambos padres, tres hijas y dos nietos. Con base en el desarrollo es **moderna**, puesto que ambos contribuyen al aporte económico al hogar. Por su demografía es **urbana**, debido a que viven en la ciudad contando con todos los servicios básicos en su domicilio. En base a su integración es **integrada**, los padres viven juntos y cumplen sus funciones. En cuanto a su oficio es **empleado sin profesión**, por que el padre de familia contaba con un empleo fijo, aun cuando no contaba con los estudios respectivos para el área de desempeño, es jubilado de la UNAM ENEO. Su estrato socioeconómico, se consideraría **medio alto**, los ingresos se utilizan para satisfacer las necesidades básicas de la familia y algunos paseos.

Dentro de la historia familiar la familia SH se ha enfrentado a múltiples crisis, al principio la aceptación de vivir juntos y llevar la administración de la casa, en la fase de matrimonio, aunque Alberto ya estaba independizado económicamente de su familia de origen fue difícil el ajuste.

Posterior a esto Alberto y Guadalupe presentan problemas por la diferencia de ideas, condicionados por las costumbres de Alberto lo que separa por 8 años a la familia, antes de que naciera su tercera hija, además de que el hecho de trabajar durante todo el día le condiciono deficiencias en su alimentación y en sus cuidados, lo que al mismo tiempo pudo ser una desencadenante para la patología que actualmente cursa.

Por ultimo en el 2011 Alberto sufrió una crisis hipertensiva lo que le ocasiono un infarto cerebral llegando a una rehabilitación exitosa, porque durante este periodo Alberto si tuvo apego al tratamiento, el cual solo duro dos meses después de su egreso, esta crisis paranormativa afecto al núcleo familiar ya que la familia tuvo miedo de que el padre falleciera, lo que genero en estos trastornos de ansiedad lo cual han superado, la familia trata de reincorporar Alberto al tratamiento.

7.1.1.1.2.4 Estructura familiar

7.1.1.1.2.4.1 Estudio de la interacción familiar

Se realiza con base en la evaluación según Minuchin que describe las jerarquías, alianzas, límites, roles familiares, redes de apoyo, comunicación y flexibilidad.

Jerarquías

Alberto funge su rol como jefe de familia, mantiene la disciplina de sus hijas y su nietos ellos lo ven como figura de autoridad, Guadalupe siempre mantiene comunicación con sus hijas, y nietos, se auxilia de Alberto para el control de sus tres hijas y de sus dos nietos, aun cuando es el padre quien mantiene la figura principal en las jerarquías, siempre mantiene comunicación con su esposa y entre los dos deciden las medidas a tomar en casos específicos, sobre todo en el control de una hija soltera.

Roles familiares

Alberto mantiene su rol de padre, abuelo, proveedor del hogar y esposo, Guadalupe cumple sus funciones de madre, abuela, esposa, ama de casa y trabajadora, su función ha sido básica para el buen funcionamiento de su familia, Claudia y Nancy como hijas y madres se encargan en la medida de sus posibilidades de ayudar a su padre con los gastos y de ayudar a su madre en las labores del hogar. Y cumplir como proveedoras de sus hijos. Yael, Uriel y Erick como hijos y nietos, se encargan en la medida de sus posibilidades de ayudar a Guadalupe en las labores del hogar Guadalupe es el portavoz de grupo y en algunos casos ha cumplido el rol de Chivo expiatorio.

Alianzas

La alianza más notoria es la hecha por Guadalupe y Claudia en la educación de Uriel, además de en la toma de decisiones de índole familiar. La de Yael y Uriel pues comparten mucho tiempo

Limites

Guadalupe ha marcado los límites al enseñar a Claudia, Nancy, Yael y a sus dos nietos a respetar el espacio de los demás, Alberto y Guadalupe mantienen respeto sobre las decisiones de sus hijas y sus nietos, tales como forma de vestir y elección de diversiones los fines de semana. Alberto respeta los horarios de trabajo de su esposa e hijas y su área laboral, así mismo Guadalupe, sus hijas y sus nietos lo hacen con el trabajo y amistades de Alberto.

Los límites externos son claros, tienen adecuada interacción con sus vecinos pero nunca mencionan ante ellos los problemas familiares.

7.1.1.1.2.4.2 Sistema de religión y valores

La familia profesa la religión católica.

La familia refiere que procuran preservar valores como la honestidad, el respeto, la responsabilidad y el amor.

7.1.1.1.2.4.3 Procesos de comunicación

La comunicación entre la pareja es buena, así mismo mantienen buena comunicación con su hijas y sus dos nietos. La madre sus tres hijas y sus dos nietos en ocasiones manifiestan preocupación por el padecimiento crónico del padre, quien se niega a hablar con ellos de este tema.

Sin embargo la familia no manifiesta preocupación por los padecimientos crónicos de la madre todo el núcleo familiar trata de minimizar la importancia de los mismos y no les gusta hablar de este tema.

7.1.1.1.2.5 Funciones básicas familiares

En la familia SH, Claudia cumple con el rol de madre de Uriel e hija al mismo tiempo da cariño a su hijo, hermanas y padres. Uriel Mauricio, es estudiante, cursa actualmente el 3er semestre del CCH, se caracteriza por ser muy alegre y respetuoso, realiza tareas encargadas por sus maestros de escuela, apoya en labores del hogar.

Relacionado con las funciones básicas de la familia: Guadalupe en el rol de esposa, madre, abuela y trabajadora, realiza labores del hogar, preparación de los alimentos y con apoyo de su esposo cuidado de su familia.

Socialización, encontramos que ambos padre conviven de manera cordial con sus familias de origen y sus amigos, así mismo las hijas y sus nietos muestran buen desenvolvimiento con sus compañeros de trabajo, escuela y amigos. Son personas sociables, gustan de convivir de manera cortés con sus vecinos. Acuden a misa y cuidados del templo en forma ocasional.

Afecto, se difunde entre todos los integrantes de la familia, expandiéndose con los que los rodean (amistades y familiares). Guadalupe procura mantener la armonía dentro de su hogar, siendo comprensiva y constante en el cuidado y atención que brinda a cada integrante de su familia. Refiere que sus hijas y sus nietos son cariñosos con ella, demostrando su afecto de manera verbal, con besos y abrazos, sin embargo con Alberto se les dificulta

Cuidado, los padres otorgan a su hijas y nietos el cuidado necesario, alternándose en el cuidado de los nietos, los dos abuelos y la madre ya que Claudia y Nancy trabajan, Claudia en el turno matutino y Nancy por su parte trabaja turno vespertino, Guadalupe prepara los alimentos cuidadosamente, ayuda a sus hijas en sus responsabilidades en el hogar como en el cuidado de sus nietos.

Económica, no existen problemas económicos, la mayor parte del ingreso mensual la aporta Alberto, no obstante es apoyado por Guadalupe y sus hijas mayores. Es administrado por Guadalupe de la siguiente manera: alimentación 35%, vestido 35%, diversiones 10%, agua y luz 10% y transporte 10%.

Reproducción, es una función que también se cumplió, ya que Guadalupe y Alberto tiene su paridad satisfecha. Al igual que Claudia que nos refiere sentirse bien con su único hijo y no desear otro hijo.

El **estatus** se ha cumplido ya que han conservado y superado, puesto que sus padres no recibieron ninguna educación formal, Alberto por su parte logro terminar la primaria al igual que Guadalupe. La condición de sus hijas las llevo a trabajar antes de terminar una educación universitaria, pero eso no ha sido impedimento para seguir estudiando ya que a la fecha Claudia sigue preparándose para entrar a la Universidad.

7.1.1.1.2.6 Función de atención a la salud

Reciben atención médica del ISSSTE, el padre acude mensualmente a su control de diabetes mellitus e hipertensión arterial así como por sus medicamentos, la madre rara vez acude a consulta al ISSSTE, prefiriendo hacerlo con médico particular, al igual que sus hijas y nietos.

7.1.1.1.2.6.1 Datos de salud

Nombre	Peso	Talla	IMC
Claudia Verónica	66,600	1.62	25.38
Uriel Mauricio	61,750	1.66	22.41
Nancy	61	1.58	24.43
Yael	56,200	1.55	23.39
María Guadalupe	68,600	1.55	28.55
Alberto	70,400	1.60	27.5

7.1.1.1.2.6.2 Actividades médico preventivas

La familia no acostumbra acudir al servicio de medicina preventiva que le corresponde sin embargo todos los integrantes, tienen cubiertas la mayoría de las actividades médico preventivas acorde a sus grupos de edad: como son la aplicación de vacunas, la planificación familiar y las de prevención de enfermedades de transmisión sexual principalmente.

7.1.1.1.2.6.3 Antecedentes heredofamiliares

Dentro del núcleo familiar encontramos como antecedentes hereditarios la diabetes mellitus, hipertensión arterial y cáncer de hígado.

7.1.1.1.2.6.4 Enfermedades agudas y crónicas

En el núcleo familiar ambos padres padecen de enfermedades crónicas degenerativas, la madre fue diagnosticada como hipertensa y con hipercolesterolemia hace un año por otro lado el padre ha sido diagnosticado desde hace más de cinco años con diabetes mellitus e hipertensión ambos se encuentran en tratamiento, sin embargo ninguno de los dos tiene apego al tratamiento, por lo que sus niveles de colesterol y glucosa respectivamente se encuentran elevados, según los últimos laboratorios tomados.

7.1.1.1.2.6.5 Adicciones

El padre fumo aproximadamente 20 años, actualmente suspendido, la ingesta de alcohol es ocasional, solo en eventos o celebraciones familiares.

7.1.1.1.3 Requisitos de autocuidado universal

Mantenimiento de un aporte suficiente de aire

La casa de la familia SH tiene suficiente ventilación e iluminación, todas las habitaciones tiene una ventana, la cocina y el baño son independientes con respecto a las demás habitaciones, son amplias y espaciosas.

Alberto y Guadalupe refieren que en algunas ocasiones ha presentado disnea por esfuerzo físico, tales como subir escaleras, correr o caminar a paso rápido más de 2 cuadras y que se alivia o desaparece con el reposo.

Mantenimiento de un aporte suficiente de agua

La familia SH, mantiene un aporte de líquidos adecuado para los requerimientos de cada integrante de la familia, consumen en promedio de 6 a 8 vasos de agua al día.

Sin embargo es importante mencionar que en promedio diariamente cada uno de los integrantes de la familia consume un vaso de refresco incluyendo a Alberto a pesar de estar diagnosticado como diabético.

Mantenimiento de un aporte suficiente de alimentos

Los alimentos son preparados por Guadalupe, aunque ha habido momentos en los que Claudia y Nancy la apoyan, menciona hacerlos con medidas higiénicas adecuadas. Está basada en carne, pollo, verduras, lácteos (3, 3, 7 y 7 veces por semana respectivamente). A Uriel no le gusta el pollo. A pesar de consumir casi diariamente verduras, los guisados que acostumbran son realizados con mucha grasa y harinas, gustan de las cosas capeadas y fritas, además de que las hijas y los nietos, acostumbran comer en la calle, por sus horarios de trabajo.

Refieren no presentar limitaciones para llevar la alimentación, de igual forma mencionan que ninguno de los integrantes de la familia ha experimentado pérdida o ganancia súbita de peso, sin embargo como pudimos observar en la valoración tres integrantes de la familia tienen preobesidad.

Provisión de cuidados asociados con los procesos de eliminación y los excrementos

Tienen sistema de drenaje para eliminación de excretas, en este aspecto no presentan alteraciones relacionadas con el proceso fisiológico de eliminación ninguno de los integrantes.

Refieren que la eliminación urinaria, es espontánea y que no presenta características anormales; la eliminación intestinal es de dos a tres veces al día, no refieren alteraciones en las características de estas.

Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo

Guadalupe refiere que Alberto duerme más de lo acostumbrado, durante la noche duerme de 5 a 6 horas aproximadamente y toma de dos a tres siestas con una

duración aproximadamente de 30 minutos durante el día, el le refiere que es porque se siente cansado, aunque la familia refiere que es porque

Claudia realiza zumba de 3 a 4 veces por semana y refiere dormir bien. El resto de la familia no realiza ejercicio y refieren dormir bien.

**Mantenimiento del equilibrio entre la soledad y la interacción social.
Prevención de peligros para la vida, el funcionamiento humano**

La familia SH, se reúne a la hora de la cena y es cuando platican y toman decisiones relacionadas con la familia.

La interacción de la familia SH, con el entorno y los demás integrantes de la familia (familias de origen) son principalmente, encuentros familiares esporádicos, en realidad ocurren una o dos veces al mes. La familia SH acude a las fiestas tradicionales, de su colonia, y cuando tienen oportunidad salen a caminar por la zona circunvecina.

Promoción del funcionamiento y el desarrollo humano dentro de los grandes grupos sociales de acuerdo con el potencial humano, las limitaciones humanas conocidas y el deseo humano de ser normal

Por cuestiones culturales ellos han establecido una dinámica de desarrollo humano aceptada en su estrato social, cada integrante de la familia cumple con sus funciones y con esto para ellos es suficiente, no manifiestan la necesidad de que desarrollen otro tipo de habilidades.

Prevención de peligros para la vida, el funcionamiento y el bienestar humano

Las medidas preventivas de accidentes si las tienen presentes y claras, en casa tienen especial cuidado con el manejo del gas, evitan situaciones de riesgo.

A pesar de esto en el núcleo familiar se presentan algunos riesgos tales como la falta de apego al tratamiento de las enfermedades crónicas, que padecen ambos

padres, además de la falta de actividad física y la mala alimentación que llevan los integrantes de la familia, hábitos que ponen en riesgo su salud.

7.1.1.1.4 Requisitos de Autocuidado en la desviación de la salud

Buscar y asegurar la ayuda médica apropiada en patologías específicas

La familia SH, es derechohabiente del ISSSTE, y es en donde Alberto está recibiendo tratamiento para la hipertensión arterial y la diabetes mellitus, además de que es en esta institución en donde fue hospitalizado por su crisis hipertensiva.

Cabe mencionar que a pesar de tener el conocimiento de dónde acudir en caso de enfermedad o complicaciones de sus enfermedades y de estar recibiendo tratamiento, estos no muestran apego al mismo.

Ser consciente de los efectos y resultados de las condiciones y estados patológicos

Alberto está consciente de la pérdida de su salud por lo que él se siente enojado, no le interesa la vida y no tiene motivación para el futuro.

Guadalupe a diferencia de Alberto no está consciente de la pérdida de su salud, niega su situación, con respecto a sus niveles de colesterol en sangre.

Realizar eficazmente las medidas diagnosticadas, terapéuticas y de rehabilitación medicamente escritas

Claudia es la responsable de que este Alberto y Guadalupe reciban tratamiento médico adecuado, ya que ella está al pendiente de sus consultas médicas y los acompaña a sus consultas, también verifica el horario de los medicamentos prescritos y vigilan que Alberto siga su tratamiento, en la medida de sus posibilidades, porque sus horarios de trabajo le impiden, estar todo el tiempo al pendiente. Sin embargo ambos padres no tienen apego al tratamiento y están descontrolados sus niveles.

Aprender a vivir con los efectos de condiciones y estados patológicos y los efectos de las medidas diagnósticas y terapéuticas en un estilo de vida, que promueva el desarrollo personal continuo.

Alberto se encuentra en un proceso de duelo en la etapa de negociación debido a su enfermedad afectándolo psicológicamente y modificando la interacción familiar.

Guadalupe se encuentra en negación debido a que dice no ser de importancia sus niveles elevados de colesterol.



7.2 PLAN DE CUIDADOS DE ENFERMERÍA



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
 ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
 DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
 ESPECIALIDAD DE ENFERMERÍA EN SALUD PÚBLICA

Nombre del paciente: Familia S.H.

Diagnóstico de enfermería real: Incumplimiento del tratamiento relacionado con influencias culturales sobre la dieta manifestado por hipercolesterolemia, hipertensión arterial e hiperglucemia.

Objetivo: Se apegaran al tratamiento y comprenderán los efectos negativos de los aspectos culturales en el cuidado de la salud.

Intervenciones de Enfermería	Actividades de Enfermería	Fundamentación
Identificación, con la familia las prácticas culturales que pueden afectar negativamente la salud.	<p>Determinación del cumplimiento con los tratamientos médicos y de cuidados, que debe tener cada uno de los integrantes con respecto a su enfermedad.</p> <p>Priorización a las áreas de oportunidad para la disminución de riesgos en colaboración con la familia.</p> <p>Planificación a actividades de disminución de riesgos en colaboración con la familia.</p>	El propósito final de la educación para la salud es lograr que el paciente asuma la responsabilidad de su propio cuidado, con base en lo anterior la intervención de enfermería es esencial, con apoyo educativo, que propicie cambios de conducta logre motivar y concientizar a los paciente para el autocuidado.

Evaluación Ambos padres de manera verbal enumeran cuales son los hábitos y costumbres que dañan su salud , cuales son los efectos de estos y se comprometen a modificarlos, además de apegarse al tratamiento, sin embargo al final de la intervención no se observan cambios, continúan sin apegarse al tratamiento.



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
ESPECIALIDAD DE ENFERMERÍA EN SALUD PÚBLICA**



Nombre del paciente: Familia S.H.

Requisito de Autocuidado Universal alterado: Mantenimiento de un aporte suficiente de alimento

Diagnóstico de enfermería real: Desequilibrio nutricional relacionado con ingesta superior a las necesidades metabólicas (dieta hiperhidrocarbonada hipercalórica) manifestado por índice de masa corporal de 29 Kg/m².

Objetivo: Facilitar la disminución del índice de masa corporal.

Intervenciones de Enfermería	Actividades de Enfermería	Fundamentación	Evaluación
Asesoramiento nutricional	Determinación de la ingesta y los hábitos alimentarios del paciente. Determinación de las preferencias de comidas del paciente y cada integrante de la familia.	Para el manejo de la preobesidad y obesidad la sociedad mexicana de salud pública señala que es de suma importancia primero investigar cuidadosamente los hábitos alimentarios del paciente.	Los integrantes de la familia detectaron cuales son las preferencias alimenticias que favorecen el aumento de peso.
Manejo de la nutrición	Fomento de la ingesta de calorías adecuadas al tipo corporal y estilo de vida.	Establecer un plan alimentario que asegure un balance entre el alimento que ingiere y la cantidad de energía que gasta es un componente vital para la pérdida de peso.	La familia elaboro planes nutricionales que se adaptaran a sus requerimientos calóricos y preferencias alimenticias sin embargo no lo llevaron a cabo porque consumieron
Manejo del peso	Proporcionamiento de la información de la relación que hay entre la ingesta		

	<p>de alimentos, el ejercicio, la ganancia de peso y la pérdida de peso.</p> <p>Relacionamiento de los hábitos, costumbres y factores culturales y hereditarios que ejercen influencia sobre el peso.</p> <p>Información de los riesgos asociados con el hecho de estar por encima del peso.</p>		alimentos fuera de casa.
--	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--	--------------------------

Claves del Sistema de Enfermería: (x) Apoyo Educativo () Parcialmente Compensatorio () Totalmente Compensatorio



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
ESPECIALIDAD DE ENFERMERÍA EN SALUD PÚBLICA**



Nombre del paciente: Familia S.H.

Requisito de Autocuidado Universal alterado: Mantenimiento de un aporte suficiente de alimento.

Diagnóstico de enfermería de bienestar: Disposición para mejorar la nutrición manifestado verbalmente.

Objetivo: La familia reconocerá cuales son las características de una dieta balanceada.

Intervenciones	Actividades de Enfermería	Fundamentación	Evaluación
Asesoramiento nutricional	Proporcionamiento de información, acerca de la necesidad de modificación de dieta por razones de salud. Colocación de material informativo atractivo de las guías de comidas en la cocina de la casa (el plato del buen comer).	La elaboración y entrega de folletos en que se explique la naturaleza de su preobesidad y recomendaciones sobre la dieta son métodos útiles para reforzar lo enseñado o indicado.	La familia identifico de manera adecuada cuales son los riesgos para la salud, que propicia una mala alimentación
Manejo de la nutrición	Determinación del conocimiento por parte del paciente respecto a los cuatro grupos alimenticios básicos, así como su percepción de la necesaria modificación de la dieta. Proporcionamiento información adecuada acerca de necesidades nutricionales y modo de satisfacerlas.		

Claves del Sistema de Enfermería: (x) Apoyo Educativo () Parcialmente Compensatorio () Totalmente Compensatorio



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
ESPECIALIDAD DE ENFERMERÍA EN SALUD PÚBLICA



Nombre del paciente: Familia S.H.

Requisito de Autocuidado Universal alterado: Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y reposo.

Diagnóstico de enfermería real: Intolerancia a la actividad física relacionado con sedentarismo manifestado por disnea al esfuerzo, informes verbales de fatiga al realizar ejercicio.

Objetivo: Integrar a la familia a un programa de ejercicios

Claves del Sistema de Enfermería: (X) Apoyo Educativo

Intervenciones	Actividades de Enfermería	Fundamentación
Fomento del ejercicio	<p>Indagación de las barreras para la realización del ejercicio.</p> <p>Promoción a la familia de empezar y en el caso de Claudia de continuar con el ejercicio en cada uno de los integrantes de la familia</p> <p>Descripción a la familia para desarrollar un programa de ejercicios adecuado a sus necesidades.</p> <p>Instrucción acerca de la importancia de la frecuencia, duración e intensidad deseadas de los ejercicios del programa de ejercicios. Se instruye a la familia de la toma de las pulsaciones durante el ejercicio</p> <p>Proporcionamiento de una respuesta positiva a los esfuerzos del individuo.</p>	<p>El ejercicio produce una reducción del peso corporal, una mejora del control de la diabetes por el aumento de la sensibilidad a la insulina, al provocar aumento de la capacidad de unión de esta hormona con los monocitos y eritrocitos circulantes, por lo tanto hay mejoras a la tolerancia a la glucosa. El ejercicio es una ayuda valiosa para cambiar estilos de vida.</p>
<p>Evaluación</p> <p>La familia identifico los problemas de salud generados por la inactividad así como las complicaciones que el sedentarismo puede ocasionar, refirieron las ventajas que el ejercicio proporciona y beneficio. Al final de la intervención solo 4 integrantes de la familia se había integrado a un programa de ejercicios aeróbicos, con una duración de 60 minutos 3 veces por semana</p>		



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
ESPECIALIDAD DE ENFERMERÍA EN SALUD PÚBLICA**



Nombre del paciente: Familia S.H.

Diagnóstico de enfermería real: Duelo relacionado con pérdida de la salud manifestado por alteración en el patrón de sueño, ansiedad y falta de apego al tratamiento.

Objetivo: Comunicara sus sentimientos de cólera y/o depresión, identificara estrategias para afrontar la pérdida.

Intervenciones de Enfermería	Actividades de Enfermería	Fundamentación	Evaluación
Asesoramiento	<p>Proporcionar a la persona información exacta sobre su padecimiento.</p> <p>Valorar y documentar la respuesta de la persona a la información relativa al proceso de la enfermedad, implicaciones y tratamiento. Incluir las respuestas a las pasadas experiencias de pérdida.</p> <p>Apoyar y facilitar la expresión de los sentimientos asociados a la cólera, culpabilidad, depresión y tristeza durante cualquier fase del proceso de duelo.</p>	<p>La información exacta evita los conceptos erróneos y puede disminuir los temores relacionados con la pérdida.</p> <p>Las pasadas experiencias y valores influyen en la experiencia de la perdida actual.</p> <p>Expresar abiertamente sus sentimientos puede permitir a la persona moverse más fácilmente a través de las fases de proceso de duelo. La escucha en actitud imparcial permite que la persona exprese sus sentimientos sin temor a</p>	<p>Alberto y Guadalupe, expresan abiertamente cuales son sus sentimientos con respecto a su enfermedad.</p> <p>Alberto modifica su patrón de sueño, tomando solo 1 siesta durante el día y trata de ser mas independiente sin embargo ambos continúan sin apegarse al tratamiento.</p>

	<p>Animar la participación en las actividades de autocuidado de la vida diaria.</p>	<p>ser rechazado.</p> <p>El autocuidado fomenta los sentimientos de autocontrol e independencia, aumentando la autoestima.</p>	
--	-------------------------------------------------------------------------------------	--------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------	--

Claves del Sistema de Enfermería: (x) Apoyo Educativo () Parcialmente Compensatorio () Totalmente Compensatorio



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO
ESPECIALIDAD DE ENFERMERÍA EN SALUD PÚBLICA



Nombre del paciente: Familia S. H.

Diagnóstico de enfermería potencial: Riesgo de cansancio del rol de cuidador relacionado con comportamiento del receptor de cuidados.

Objetivo: La familia se involucrara organizando turnos para el cuidado de Alberto.

Intervenciones de Enfermería	Actividades de Enfermería	Fundamentación
Asesoramiento	<p>Establecimiento de una relación terapéutica basada en la confianza y respeto.</p> <p>Demostración simpatía, calidez y autenticidad.</p> <p>Pedir al paciente que identifique lo que no puede hacer sobre lo que le sucede a su alrededor</p> <p>Identificación de cualquier diferencia entre el punto de vista del paciente y el punto de vista de los cuidadores, acerca de la situación.</p> <p>Favorecimiento de la expresión oral sobre la discrepancia entre los sentimientos y conducta del paciente.</p> <p>Información de la toma de decisiones cuando el paciente se encuentre bajo un estrés severo.</p> <p>Información al paciente los límites del cuidador.</p> <p>Determinación el nivel de conocimientos del cuidador y del</p>	<p>Apoyar al cuidador es un objetivo central en el cuidado ante este panorama la preocupación por el deterioro y compromiso en la calidad de vida que sufre el cuidador al tener que asumir un rol que implica cambios en la vida social, laboral, familiar y personal señalándolos como seres ocultos detrás de la tragedia humana de la enfermedad.</p>
Apoyo cuidador principal		

	<p>paciente.</p> <p>Preparación al paciente junto con el cuidador respecto a los puntos fuertes y débiles.</p> <p>Inclusión a la familia en los cuidados y la planificación de</p> <p>Información a los demás implicados la manera en que pueden ayudar.</p>	
<p>Evaluación:</p> <p>Aumento el interés de los integrantes de la familia sobre el tratamiento de los padres, sin embargo aun recaía la responsabilidad del cuidado de ellos aun recaía en la hija mayor.</p>		

Claves del Sistema de Enfermería: (X) Apoyo Educativo () Parcialmente Compensatorio () Totalmente Compensatorio

8. PLAN DE ALTA



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO ESCUELA
NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
ESPECIALIDAD DE ENFERMERÍA EN SALUD PÚBLICA



HOJA DE PLAN DE ALTA DE ENFERMERIA

(1) FICHA DE IDENTIFICACION

NOMBRE DEL PACIENTE: Familia SH
PADECIMIENTOS CRÓNICOS O AGUDOS DETECTADOS EN LA FAMILIA: Diabetes Mellitus, Hipercolesterolemia e Hipertensión Arterial.
DOMICILIO: Seye Manzana 184 Lote 14 Col. Héroes de Padierna C.P. 14200 Delegación Tlalpan

(2) PLAN DE ALTA DE ENFERMERIA

(3) COMUNICACIÓN

En caso de cualquier duda comunicarse al tel. 55397-----
En caso de necesitar alguna consulta de enfermería acudir al Centro Universitario de Enfermería Comunitaria (CUEC): ubicado en Av. 5 de mayo s/n esq. Calvario Col. San Luis Tlaxialtemalco C.P. 16610, Xochimilco, D.F.
Si necesita consulta médica acudir a la Clínica Tlalpan del ISSSTE.
Si tiene alguna urgencia Médica: acudir al Hospital "Adolfo López Mateos" del ISSSTE.

(4) URGENTE

En caso de que Guadalupe o Alberto presenten alguno o varios de los siguientes síntomas llevarlos a el hospital que les corresponde:
Zumbido de oídos persistente, pérdida de la visión de manera súbita, hemorragia abundante y sin explicación por la nariz o junto al ojo, aceleración del corazón, parálisis, dificultad para hablar. (esta alta la presión)
En caso de que Alberto presente alguno o varios de síntomas acudir a urgencias del hospital que le corresponde:
Debilidad, Temblores, Sudoración excesiva sin explicación, Dolor de cabeza, Visión borrosa, latidos cardiacos rápidos o saltones (puede ser que el azúcar este baja)
Dificultad para respirar, nauseas, vomito o que sienta la boca muy seca (puede ser que el azúcar este alta).

(5) INFORMACION

Se debe realizar la autoexploración de mamas cada mes, entre el 7º y 10º día de iniciada
La menstruación. La manera de realizar la exploración es la siguiente:
Colócate frente a un espejo y examina tus senos en las siguientes posiciones: 1. Manos
Sobre la cadera, 2. Brazos levantados, 3. Inclínandote hacia adelante. Lo que debes
Encontrar son mamas de tamaño, forma y color normales, mamas bien formadas
Que no presentan deformaciones ni inflamaciones visibles. Si notas alguna de las
Siguientes alteraciones acude al médico: formación de hoyuelos, arrugas o bultos en la
La piel, cambio de posición de un pezón o pezón invertido (está metido hacia adentro en
Lugar de sobresalir), enrojecimiento, dolor, sarpullido o inflamación.
De pie, levanta el brazo derecho, coloca la mano en la nuca y explora tu seno derecho.
Levantando el brazo izquierdo, haz lo mismo con el otro seno.
Comienza siempre tu exploración en la axila, pasa por el pezón y llega hasta abajo del
seno.
Resbala tus yemas en círculos pequeños y siente con cuidado todo el tejido mamario.
Asegúrate de que no salga líquido de ninguno de los dos pezones.
Acuéstate y pálpate las mamas con las manos invertidas, es decir, la mama izquierda
Con la mano derecha y viceversa. Procura utilizar un tacto firme y pausado con las yemas
De los dedos rectos y juntos. El movimiento debe ser circular, del tamaño de una moneda
Controla la mama completa de arriba abajo y de lado a lado: desde la clavícula hasta la
Parte superior del abdomen, y desde la axila hasta el escote. Sigue algún tipo de patrón
Para asegurarte de cubrir la mama entera. Puedes empezar con el pezón y avanzar en
Círculos cada vez mayores hasta llegar el borde exterior de la mama. También puedes
Mover los dedos verticalmente, hacia arriba y hacia abajo, como si estuvieras cortando el
Pasto. Asegúrate de palpar todo el tejido mamario, tanto en la parte delantera como en la
Parte trasera: para palpar la piel y el tejido superficiales, ejerce una leve presión; para
Palpar la piel y el tejido superficiales, ejerce una leve presión; para llegar al tejido ubicado
En la parte media de las mamas, una presión moderada, y para el tejido profundo, una
Presión firme. Al llegar al tejido profundo, tienes que poder sentir el tórax.

(6) DIETA

La dieta que debe consumir la familia debe de ser baja en grasas y carbohidratos principalmente se anexa ejemplo de menú para una semana y tabla de equivalencias para poder planear su menú.

Menú de 1600 kcal. recomendado para una semana











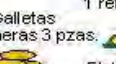

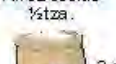

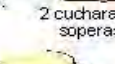
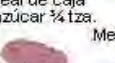
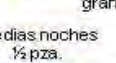

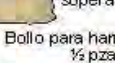





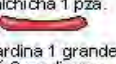



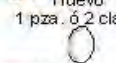

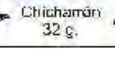
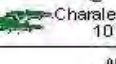
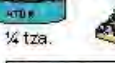
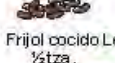
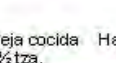
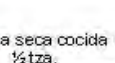
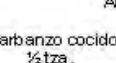
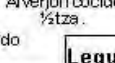
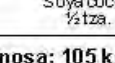





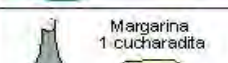






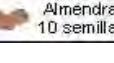





Comida	Lunes	Martes	Miércoles	Jueves	Viernes	Sábado	Domingo
Desayuno	Yogurt con amaranto, 1 taza. Tostada con frijoles, queso panela y jitomate. Papaya picada, 1 taza. Gelatina, 1 pieza.	Yogurt, 1 taza. Omelette con calabacitas, (1 pieza de huevo). Manzana mediana 1 pieza. Tortilla de maíz, 2 piezas.	Café con leche descremada, 1 taza. Quesadillas de queso, 2 piezas. Ensalada de nopales, 1 taza. Pera mediana, 1 pieza.	Yogurt 1 taza. Huevo a la mexicana, 1 pieza. Naranja en gajos, 1 pieza. Pan integral 2 rebanadas.	Café con leche descremada, 1 taza. Bistec a la mexicana, 60 g. Frijoles ½ taza. Papaya picada, 1 taza. Tortilla de maíz, 2 piezas.	Café con leche descremada, 1 taza. Quesadilla de flor de calabaza y queso panela, 2 piezas. Sandía picada, 1 taza.	Yogurt con amaranto, 1 taza. Verduras al vapor con requesón, 1 plato. Naranja en gajos, 1 pieza. Pan tostado integral, 1 rebanada
Refrigerio Matutino	Fruta fresca de temporada, 1 pieza.	Fruta fresca de temporada, 1 pieza.	Fruta fresca de temporada, 1 pieza.	Fruta fresca de temporada, 1 pieza.	Fruta fresca de temporada, 1 pieza.	Fruta fresca de temporada, 1 pieza.	Fruta fresca de temporada, 1 pieza.
Comida	Sopa de verduras, 1 tazón. Arroz hervido, ½ taza. Pescado a la plancha 60g. Ensalada de lechuga con jitomate. Tortilla de maíz 2 piezas.	Sopa de lentejas, 1 tazón. Arroz hervido, ½ taza. Atún a la vizcaína, 1 plato mediano. Piña, 1 rebanada. Galletas saladas, 4 piezas.	Acelgas al vapor, 1 plato. Mole de olla con verduras, 1 plato. Frijoles de olla, ½ taza. Guayabas, 2 piezas. Tortilla de maíz, 2 piezas.	Sopa de habas, 1 tazón. Arroz hervido, ½ taza. Bistec asado, 60 g. Ensalada verde. Pera mediana, 1 pieza. Tortilla de maíz, 1 pieza.	Sopa de calabazas con champiñones, 1 tazón. Arroz hervido ½ taza. Atún a la mexicana, 1 plato. Guayabas, 2 piezas. Galletas saladas, 4 piezas.	Sopa de frijol con nopales, 1 tazón. Pechuga asada, 1 pieza mediana. Chayote al vapor, 1 pieza. Naranja en gajos, 1 pieza. Tortilla de maíz 2 piezas.	Caldo de camarón, 1 tazón. Arroz hervido, ½ taza. Filete de pescado al mojo de ajo, 60g. Ensalada de lechuga con pepino, al gusto. Guayabas, 2 piezas. Tortilla de maíz, 1 pieza.
Refrigerio Vespertino	Ensalada de nopales a la mexicana, ½ taza.	Pepino rallado con limón, 1 taza.	Jícama rallada con limón, ½ taza.	Ensalada de nopales a la mexicana, ½ taza.	Pepino rallado con limón, 1 taza.	Jícama rallada con limón, ½ taza.	Ensalada de nopales a la mexicana, ½ taza.
Cena	Leche descremada, 1 vaso. Pan tostado con queso cottage y jitomate, 1 pieza. Duraznos 2 piezas.	Café con leche descremada, 1 taza. Quesadilla de hongos, 1 pieza. Piña, 1 rebanada.	Leche descremada, 1 vaso. Ensalada de lechuga y jitomate con pollo deshebrado, 1 plato. Melón picado, 1 taza. Galletas saladas, 4 piezas. Gelatina 1 pieza.	Yogurt, 1 vaso. Tostada de frijoles con queso panela y jitomate, 1 pieza. Toronja en gajos, 1 pieza.	Café con leche descremada, 1 taza. Rollitos de jamón rellenos con verdura, 2 piezas. Papaya, 1 taza. Galletas habaneras, 4 piezas.	Leche descremada con avena, 1 vaso. Pan integral, 1 pieza, con jitomate y aguacate. Duraznos, 2 piezas.	Yogurt, 1 vaso. Tostada de maíz con frijoles, queso panela y jitomate, 1 pieza. Papaya picada, 1 taza. Gelatina, 1 pieza.

Guía de Alimentación

Recomendado a: Familia SH

Elaboro: Diana Pérez

Ejemplo del día Lunes del menú anterior

Raciones de alimentos		Distribución de alimentos		
		Desayuno	Corrida	Cena
 Leche entera 1 tza.  Leche en polvo 3 cucharadas (cdas) soperas  Yogurt natural 1 tza. <p style="text-align: right;">Leche: 145 kcal.</p>		1		2
 Tortilla de maíz 1 pza.  Pan de caja 1 rebanada  Arroz cocido 1/2 tza.  Papa 1 pza. chica  Pasta cocida 1/2 tza.  Avena 2 cucharadas soperas  Cereal de caja sin azúcar 1/4 tza.  Galletas habaneras 3 pzas.  Elote 1/2 pza. grano 1/3 tza.  Harina 2 cdas. soperas  Palomitas 1/4 tza.  Tortilla de harina de trigo 1 pza.  Camote 1/4 tza.  Medias noches 1/2 pza.  Tamal 1/2 pza.  Bollo para hamburguesa 1/2 pza. <p style="text-align: right;">Cereales y tubérculos: 70 kcal.</p>		2	3	1
 1 pierna 30 g.  Mariscos 30 g.  Machaca 10 g.  Queso 50 g.  Jamón 40 g.  Salchicha 1 pza.  1 pata 30 g.  30 g.  30 g.  Huevo 1 pza. ó 2 claras  Sardina 1 grande ó 2 medianas  Chicharrón 32 g.  Charales secos 10 g.  ATOP 1/4 tza. <p style="text-align: right;">Carne y sustitutos: 75 kcal.</p>			2	
 Frijol cocido 1/2 tza.  Lenteja cocida 1/2 tza.  Haba seca cocida 1/2 tza.  Garbanzo cocido 1/2 tza.  Alverjón cocido 1/2 tza.  Soya cocida 1/2 tza. <p style="text-align: right;">Leguminosa: 105 kcal.</p>		1		
 Verduras grupo "A" (acelgas, apio, brócoli, calabacitas, col, coliflor, chayote, ejotes, espinacas, jitomate, lechuga, nopales, pepinos, rábanos, repollo, romeros, tomate): 1 tza = 28 kcal.  Verduras grupo "B" (betabel, calabaza de castilla, chícharo, cebolla dulce, nabo, zanahoria)*: 1 tza = 120 kcal. <p style="text-align: right;">Verduras: Grupo A=28 kcal, Grupo B=120 kcal.</p>		Gpo. A 1	Gpo. A 4	Gpo. A 1
 Fruta chica (ciruela, tejocote, guayaba, chabacano, higo, lima): 3 pzas.  Fruta mediana (durazno, manzana, naranja, pera, mandarina, tuna, kiwi): 1 pza.  Fruta grande (sandía, melón, piña, papaya): 1 tza.  Fruta especial (plátano, mango, chicozapote): 1/2 pza. (jícama y fresa): 1 tza. (mamey) 1/4 tza.  Jugo 1/2 vaso. <p style="text-align: right;">Fruta: 40 kcal.</p>		2		2
 Margarina 1 cucharadita  Aceite 1 cucharadita  5 aceitunas  2 nueces completas  Cacahuates 6 semillas  Almendra 10 semillas  Aguacate 1/2 pza. pequeña  Pepitas 1 cucharada sopera  1 cucharada sopera  Crema 1 cucharada sopera  Pistache 4 semillas <p style="text-align: right;">Grasa: 45 kcal.</p>				

(7) AMBIENTE

Procuren tener un ambiente, limpio, ordenado y con poco ruido para reducir los niveles de estrés que puede generar la convivencia de tantas personas.

(8) RECREACION

Procuren por lo menos una vez por semana realizar alguna actividad recreativa juntos, como ir al parque, ir al cine, jugar algún juego de mesa o ir a correr juntos.

Es importante que respeten las actividades de los miembros de la familia planeadas fuera del núcleo.

(9) MEDICAMENTOS Y TRATAMIENTO NO FARMACOLOGICO

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	DOSIS	VIA	HORARIO	REACCIONES ADVERSAS
(Alberto) Metformina	850mg	v.o	6 y 18 hrs	Nauseas y mal sabor de boca como a fierro.
(Alberto) Captopril	25mg	v.o	6,14 y 22 hrs	Puede presentar tos y le pueden bajar los niveles de sales en sangre por lo que es importante no perder sus citas en el laboratorio
(Gpe) Pravastatina	20 mg	v.o	6 hrs	
(Gpe) Captopril	25mg	v.o	6, 14 y 22 hrs	

(10) ESPIRITUALIDAD

Es importante que la familia, continúe con las prácticas religiosas que han realizado hasta ahora, no hay ningún impedimento.

(11) EDUCACIÓN PARA LA SALUD

Todos los miembros de la familia tienen que acudir a su clínica de adscripción el 15 de noviembre del 2012 para la aplicación de la vacuna de la influenza estacional, Claudia y Nancy para las detecciones oportunas, Uriel y Yael para recibir orientación sobre métodos anticonceptivos principalmente y Erick para que se le refuerce la técnica de cepillado dental.

(12) NOMBRE, CATEGORIA Y FIRMA DE LA ENFERMERA RESPONSABLE: Lic. En Enfermería Diana Graciela Pérez Martínez

(13) NOMBRE DEL PACIENTE Y/O FAMILIAR QUE RECIBIO EL PLAN DE ALTA DE ENFERMERIA: Es entregado el presente plan a la Hija Mayor de la Familia Claudia V.S.H.

9. CONCLUSIONES

Este estudio de caso nos deja como reflexión la importancia de la intervención de la Enfermera Especialista en Salud Pública en el núcleo familiar de manera anticipatoria para que la familia opte por decisiones saludables, lo cual constituye uno de los cinco componentes de la promoción de la salud, establecidos en Ottawa Canadá, donde se dijo que: “la promoción de la salud favorece el desarrollo personal y social en la medida que aporte información sobre el cuidado, educación sanitaria para tomar decisiones informadas y se perfeccionen las aptitudes indispensables para la vida; de esta manera se aumentan las opciones disponibles para que la gente pueda ejercer un mayor control sobre su salud y el medio social y natural, y así opte por todo aquello que propicie la salud.

Para ello es necesario además de un cambio de actitudes en los planificadores de la salud, el consecuente arrastre de políticas y recursos que apuesten realmente por esta opción, seguido de la sensibilización y capacitación técnica correspondiente que haga posible la promoción de la salud de los individuos, la familia, los colectivos sociales y por último las comunidades, para que sean éstos actores por ellos mismos y se responsabilicen en la solución de los problemas, conjuntamente con las organizaciones e instituciones públicas de los distintos sectores implicados.

Nuestra salud dependerá finalmente de nuestra implicación individual y colectiva, de nuestra situación familiar y cultural, así como de nuestra disponibilidad de recursos; además del nivel institucional que asegura la salud pública de los distintos pueblos.

Por último concluyo convencida de que en definitiva la promoción de la salud es una herramienta que hay que incorporar en la atención integral a los problemas de salud.

10. SUGERENCIAS

La atención a la salud de la familia constituye una necesidad si se desea progresar en las estrategias de promoción, prevención y recuperación de la salud. El carácter mediador de la salud de este grupo social así lo justifica.

Como se pudo observar a lo largo de este estudio de caso, la aplicación del modelo de salud familiar en la promoción a la salud, es bueno de acuerdo la pertinencia, utilidad y factibilidad. Además de que en México y en el mundo es evidente la necesidad de fortalecer y profesionalizar las competencias de los recursos humanos para la promoción de la salud.

Por lo que es importante que la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia continúe, incluyendo en la formación de las Enfermeras especialistas en Salud Pública, el estudio de caso de familia y la promoción de la salud.

REFERENCIAS BIBLIOGRÁFICAS

1. Ackerman N W. Diagnóstico y tratamiento de las relaciones familiares. Buenos Aires: Hormé; 1982.
2. Acofaen. Primer Coloquio Panamericano de Investigación en Enfermería: Memorias Bogotá: Ministerio de Salud/Acofaen/OPS. 1989.
3. Alfaro-Lefevre, R. Aplicación del Proceso enfermero. Fomentar el cuidado en colaboración. España: Elsevier Doyma; 2005.
4. Bersh, citado por Leddy Susan Pepper, Mae. Bases conceptuales de la enfermería profesional. 1989.
5. Bilitski J S. Nursing science and the laws of health: The test of substance as a step in the process of theory development. Advances in Nursing Science.; 1981.
6. Caparrós N. Crisis en la familia. Madrid: Kargieman; 1981.
7. Carpenito L. Diagnóstico de Enfermería. Editorial Interamericana. 5ª Edición; 1997.
8. Cartera de Servicios de Atención Primaria. Definiciones, criterios de acreditación, indicadores de cobertura y normas técnicas mínimas. INSALUD 4.ª ed. Madrid; 2001.
9. Chagoya B L. Psicoterapia familiar. Manual de psiquiatría. Madrid: Karpos; 1980.
10. Chinn P & Jacobs M. Theory and Nursing. 2nd Ed. St Louis: The CV. Mosby Company; 1987.
11. Colimon C M. Fundamentos de epidemiología. Medellín; 1975. Citado por: Lozada M A. Salud ocupacional, la salud ocupacional en la práctica de la salud. Bogotá: ISSASCOFAME; 1991.
12. Consejo Internacional de Enfermeras. Código de Enfermeras, conceptos éticos aplicados a la enfermería. 1973.

13. Córdova Villalobos J. A, Las enfermedades crónicas no transmisibles en México: sinopsis epidemiológica y prevención integral, Rev. Salud Publica México v.50 n.5 Cuernavaca sep./oct. 2008.
14. Córdova Villalobos J A et al. Plan de prevención clínica de las enfermedades crónicas: sobrepeso, riesgo cardiovascular y diabetes mellitus 2007-2012 y sistema de indicadores de Diabetes en México. Revista Mexicana de Cardiología, Vol.20 No. 1. Enero-Marzo 2009.
15. Cortez, G, Castillo F. Guía para elaborar proceso, registros, protocolo y cuidado de enfermería. 4ta ed. Lima, Perú: Rodhas; 2006.
16. Costa M, López E. Educación para la salud. Una estrategia para cambiar los estilos de vida. Madrid: Pirámide; 1996.
17. De Roux, G. citado por Uribe J. T M. El autocuidado y su papel en la promoción de la salud. Obtenido en el internet el 9 de febrero del 2003: <http://tone.udea.edu.co./revista/sep99/autocuidado.htm>.
18. De Roux, G. Prevención de riesgos y promoción de comportamientos saludables: componentes integrales de la formación médica. En: Memorias del Seminario Nacional de Currículum: educación en Crisis. Cali: Facultad de Salud Universidad del Valle; junio 1994.
19. Diccionario de la Lengua Española. 19ª ed. Madrid: Espasa-Calpe; 1970.
20. Dickoff J & James. A theory of theories: A position paper. Nursing Research; 1968.
21. Donaldson S & Crowley D. The discipline of nursing. Nursing Outlook; 1978.
22. Elkin F. The family in Canada. Ottawa: The Vanier Institute of the Family; 1964.
23. Engels F. El origen de la familia, la propiedad privada y el estado. Madrid: SARPE; 1983.
24. Epstein N B, McAuley R G. Estudio de los problemas emocionales dentro del sistema familiar. México: Limusa; 1987.
25. Estrada I L. El ciclo vital de la familia. México: Posadas; 1982.

26. Fawcett The metaparadigm of nursing: Current status and future refinements. Image; 1984.
27. Foucault M. Historia de la sexualidad: la inquietud de sí. México: Siglo XXI; 1987.
28. Frugé E, Crouch M, Bray J. Dinámica y salud familiares. 2ª ed. España: McGraw-Hill-Interamericana; 2000.
29. Fuller S S. Wholistic man and the science and practice of nursing. Nursing Outlook; 1978.
30. García González R. Dimensión educativa del cuidado de las enfermedades crónicas.
31. Gómez-Clavelina FJ et al. Análisis comparativo de seis recomendaciones internacionales para el diseño de genogramas en medicina familiar. Arch Med Fam; 1999.
32. Gómez-Clavelina FJ et al. Selección y análisis de instrumentos para la evaluación familiar. México: Arch Med Fam; 1999.
33. Goode W J. La familia como elemento en la estructura social. México: UTEHA; 1982.
34. Gortner S R, The history and philosophy of nursing science and research. Advances in Nursing Science; 1983.
35. Grotberg E. Guía de promoción de la resiliencia en los niños para fortalecer el espíritu humano. Washington: OPS/OMS, Fundación Bernard Van Leer; Agosto 1996.
36. Henderson V. Naturaleza de la Enfermería: Después de Veinticinco Años. Madrid: Interamericana-Mc Graw Hill; 1994.
37. Hernández Herrera J. M. Avances en promoción de la salud y prevención de la enfermedades crónicas en Costa Rica. Rev. Costarr Salud Pública 2010.
38. Hevia R P. Participación de la comunidad en la atención primaria a la salud. México: Salud Públ Méx; 1985.
39. Harrison. Principios de Medicina Interna. 16ª. McGraw-Hill; 2009.

40. Horwitz C N. Familia y salud familiar. Un enfoque para la atención primaria. Panamá: Bol Sanit Panam; 1998.
41. Infante C C. Bases para el estudio de la interacción redes sociales-usos de servicios de salud. México: Salud Pública Méx; 1988.
42. Iyer P, Tapich B. Proceso y diagnóstico de enfermería. México: Mc Graw Hill Interamericana; 1997.
43. Iyer P. Nursing Process and Nursing Diagnosis. Philadelphia; W B Saunders Company; 1986.
44. Jackson D D. El estudio de la familia. Buenos Aires: Paidós; 1976.
45. Johnson D E. The nature of a science in nursing. Nursing Outlook; 1959.
46. Kickbusch, I. El autocuidado en la promoción de la salud En: La promoción de la salud: una antología. Publicación científica # 557. Washington: OPS; 1996.
47. König R. La familia en nuestro tiempo. Madrid: Siglo XXI; 1981.
48. Kornblit A. Somática familiar. Barcelona: Gedisa; 1984.
49. Leininger M M, Care: The Essence of Nursing and Health. Detroit: Wayne University Press. 1988.
50. Leininger M M. Transcultural Nursing: Concepts, Theories and Practices. New York: Wiley & Sons; 1978.
51. Leñero L. Estereotipos, tipos y neotipos de familias en México. La familia. Medio propiciador o inhibidor del desarrollo humano. 2ª ed. México: Ediciones Médicas del Hospital Infantil de México; 1980.
52. Leñero L. La familia. México: EDICOL-ANUIES; 1976.
53. Lienhardt G. Antropología social. México: Fondo de Cultura Económica; 1966.
54. López A. La reorientación de los sistemas y servicios de salud con criterios de promoción de salud: Componente decisivo de las reformas del sector de la salud. 5a Conferencia Mundial de Promoción de Salud. 5-9 de junio. México: 2000
55. López R F. Introducción a la sociología. México: Porrúa; 1983.

56. Louro B I. Manual para la Intervención en la salud familiar. La Habana: Ciencias Médicas; 2002.
57. Maccoby M. El carácter nacional mexicano. México: Plaza y Janés; 2002.
58. Macías A R. El grupo familiar; su historia, su desarrollo, su dinámica. 1er Simposium sobre la Dinámica y Psicoterapia de la Familia. México: Instituto de la Familia. A.C; 1981.
59. Marriner A, Modelos y Teorías de Enfermería. 3ª edición. Madrid. 1994
60. Maslow A H. Motivation and personality. New York: Harper & Row; 1954.
61. McWhinney I R. Medicina de familia. Barcelona: Mosby/Doyma Libros; 1995.
62. MD Publications. La familia humana. MD; 1989.
63. Medalie J H. Etapa pre y postmatrimonial temprana. México: Limusa; 1987.
64. Medalie J H. Medicina familiar. Principios y prácticas. México: Limusa; 1987.
65. Meissner W W. Aspectos psiquiátricos del estudio de la familia. Buenos Aires: Paidós; 1976.
66. Mejía M J, Ortiz H D. La familia. México: McGraw-Hill; 1999.
67. Meleis A, Theoretical Nursing: Development and Progress. Philadelphia: JB. Lippicott Company. 1985.
68. Michel A. Sociología de la familia y el matrimonio. Barcelona: Península.; 1974.
69. Minuchin S. Familias y terapia familiar. Barcelona: Gedisa; 1979.
70. Monroy V A. La educación de la sexualidad dentro del ciclo de vida de la familia. México; 1985.
71. Murray A. Proceso de atención de enfermería. México: McGraw Hill Books; 1996.
72. Newman M. Health as Expanded Consciousness. New York: National League for Nursing Press. 1994.
73. Newman M, Sime A M, Corcoran-Perry S A, The focus of the discipline of nursing. Advances in Nursing Science. 1991.

74. Nightingale F. Notes on Nursing: What it is and what is not. New York: Dover; 1969.
75. Norma Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-1994 Para la prevención, tratamiento y control de la diabetes mellitus.
76. Norma Oficial Mexicana NOM-030-SSA2-1999, Para la prevención, tratamiento y control de la hipertensión arterial.
77. Núñez, r. Ariel Cesar, et al. Compiladores. Promoción de la salud y jóvenes: experiencias universitarias. Manizales: Universidad de Manizales, Alcaldía de Manizales, Universidad de Caldas; 2000.
78. Orem D, Taylor S G, Mc Laughling Renpenning K, Nursing: concepts of practice. United States of America. 1991.
79. Organización Mundial de la Salud. Alma-Ata. Atención Primaria de Salud; 1978.
80. Organización Mundial de la Salud. Carta de Ottawa para la Promoción de la Salud. Ginebra; 1986.
81. Organización Mundial de la Salud. Carta de Bangkok; 2005.
82. Organización Mundial de la Salud. Declaración de Yakarta sobre la Promoción de la Salud en el Siglo 21. Ginebra; 1997.
83. Organización Panamericana de la Salud. 43. er Consejo Directivo.53ª Sesión del Comité Regional. Promoción de la Salud. Washington; 2001.
84. Oviedo M, Pérez C, et al, Guía de alimentación para el paciente diabético tipo 2. Revista del IMSS. Abril 2000.
85. Paz O. El laberinto de la soledad. 3ª ed. México: Fondo de Cultura Económica; 1999.
86. Pearsall P. La salud por el placer. Madrid: EDAF; 1998.
87. Pinzón, Lina. Hacia la renovación de la acreditación del Programa de Enfermería de la Universidad de Caldas: anexos seleccionados, numeral 3, Manizales: Programa de Enfermería U. de Caldas julio 2000.
88. Pocock G. Fisiología Humana: La base de la Medicina. 2da edición. España: Elsevier; 2005.

89. Revilla A L. El apoyo social y la atención primaria de salud. España: Atención primaria; 1991.
90. Revilla A L. Una nueva clasificación demográfica de la familia para su uso en atención primaria de salud. España: Atención primaria; 1991.
91. Rogers M. An Introduction to the Theoretical Basis of Nursing. Philadelphia: F.A. Davis Company; 1970.
92. Rogers M, Vision of Rogers Science- Based Nursing. New York: National League for Nursing Press. 1990.
93. Saldivar D R. Estudio comparativo de la funcionalidad familiar en familias nucleares versus familias seminucleares. Trabajo de investigación para obtener el Diploma de especialista en Medicina Familiar. México: UNAM, Facultad de Medicina, ISSSTE, Unidad Académica "Dr. Pedro Bárcena Hiriart"; 1998.
94. Salud 21: El marco político de salud para todos de la Región Europea de la OMS. Ministerio de Sanidad y Consumo. OMS. Madrid; 1999.
95. Sánchez A J. Etapas de la familia. Familia y sociedad. México: Joaquín Mortiz; 1976.
96. Savater F. El valor de educar. Barcelona: Ariel; 1997.
97. Secretaria de Educación Pública. Ley Reglamentaria del Artículo 5º Constitucional, relativo al ejercicio de las profesiones en el Distrito Federal. México. 1994.
98. Secretaria de Salud. Programa Nacional de Salud 2007-2012. Por un México sano: construyendo alianzas para una mejor salud. México; 2007.
99. Secretaria de Salud. 15ª Reunión Nacional en Promoción de la Salud, organizada por la Dirección General de Promoción de la Salud. México; 2006.
100. Stevens B J. Nursing Theory. Boston: Little, Brown and Company; 1984.
101. Tseng W S, McDermott J. Triaxial family classification. Philadelphia: Child Psychiatry; 1979.

102. Unión Internacional para la Promoción y de Educación para la Salud. La evidencia de la eficacia de la promoción de la salud. Ministerio de Sanidad y Consumo. Madrid; 2000.
103. Urdániz A P et al. Aspectos arquetípicos del envejecimiento: del Eros al Tánatos. España: Actas Esp Psiquiatr; 1999.
104. Uribe, J T M. El autocuidado y su papel en la promoción de la salud. Obtenido en la Red el 9 de febrero/03: <http://tone.udea.edu.co./revista/sep99/autocuidado.htm>.
105. Vargas P. El modelo biopsicosocial, un cambio de paradigma. Madrid; Sem FYC y CIMF; 1997.
106. Velasco M L, Sinibaldi J F. Manejo del enfermo crónico y su familia (sistemas, historias y creencias). México: El Manual Moderno; 2001.
107. Villalobos, M. D. La ciencia, la ética y el arte de enfermería a partir del conocimiento personal. Revista Aquichan: 2005.
108. Villar Aguirre M. Factores determinantes de la salud: Importancia de la prevención. Acta médica peruana, oct./dic. 2011, vol.28, no.4, ISSN 1728-5917.
109. Wamboldt F S. Social and family behavior. Pennsylvania: John Wiley; 1981.
110. Watson y Leininger, citado por Pinzón M. Lina. En: Hacia la renovación de la acreditación del Programa de Enfermería de la Universidad de Caldas: Anexos seleccionados: reforma curricular, objeto de estudio. Numeral 3 Manizales: Facultad de Ciencias para la Salud; Julio 2002.
111. Woods N K & Catanzaro M. Nursing Research: Theory and Practice. St. Louis: The CV. Mosby Company; 1988.

ANEXOS

Nombre: _____ Fecha: _____

NSS: _____ Edad: _____ Sexo: _____

Servicio: _____ Días de estancia: _____

Diagnostico de base: _____

Diagnóstico actual: _____

Glasgow: _____ Dolor: _____ Norton: _____

SNG FI: _____ C.V.C./A.V.P. FI: _____ FC: : _____

S.F. FI: _____ Cirugía: _____

Datos de infección: _____

Clínico: _____

Laboratorio: _____

Antibióticos: _____

FACTORES CONDICIONANTES BÁSICOS

1. CARACTERÍSTICAS DE LA VIVIENDA

Tipo de adquisición

1. Propia	2. Rentada	3. Prestada
-----------	------------	-------------

Materiales de la Construcción

CASA:

1. Concreto	2. Lámina	3. Madera
-------------	-----------	-----------

PISO:

1. Concreto	2. Loseta	3. Tierra
-------------	-----------	-----------

Almacenamiento

¿Cuenta con tinaco o cisterna?

SI	NO
----	----

¿Con qué frecuencia realiza la limpieza de este almacén de agua?

1 vez semana	1 vez mes	Cada 6 meses	1 vez año	Otro:
--------------	-----------	--------------	-----------	-------

Eliminación

¿Separa la basura, por sus características (orgánica e inorgánica)?

SI	NO
----	----

¿De qué forma elimina la basura y desechos varios?

1.Camión

2.Tiradero	3.Quema	4.Entierra	5.Otro
------------	---------	------------	--------

¿Da una eliminación diferente a las baterías?

SI	NO
----	----

2. COMPOSICIÓN FAMILIAR

NOMBRE	PARENTESCO	EDAD	OCUPACIÓN	ESCOLARIDAD

3. TIPO DE FAMILIA

1. Nuclear	2. Extensa	3. Ext. Compuesta
------------	------------	-------------------

Historia Familiar

(Incluir experiencias que hayan ocurrido de 3 años a la fecha y que influyan en la dinámica familiar).

1.Divorcio	2.Pérdida de Empleo	3.Cambio de domicilio	4.Muerte de una mascota
5.Muerte de un familiar	6.Un nacimiento	7.Dx nueva Enfermedad	8.Nueva actividad

Otro/Observaciones: _____

4. ESTRUCTURA FAMILIAR.

a) Estructura de rol.

¿En su familia quién adopta el rol de jefe?

Mamá	Papá	Otro
------	------	------

¿Quién es él cuidador primario? _____

¿Quién toma las decisiones respecto a la salud? _____

¿Lo toman en cuenta en respecto a la salud? _____

b) Sistema de religión y valores.

¿Profesan alguna religión?

Católica	Cristiana	Testigo de Jehová	Ninguna	Otra especifique
----------	-----------	-------------------	---------	------------------

¿Valores que practican en su familia?

1.Amor	2.Respeto	3.Responsabilidad	4.Tolerancia
5.Honestidad	6.Lealtad	Otro:	

Otro especifique: _____

c) Procesos de comunicación.

¿Considera usted que existe comunicación entre los integrantes de su familia?

Por qué? _____

SI	NO
----	----

d) Estructura del poder.

¿Quién afronta y resuelve los problemas familiares?

Papá	Mamá	Abuelos	Hermanos	Otro
------	------	---------	----------	------

¿Quién aporta la mayor cantidad de ingresos económicos al hogar?

Papá	Mamá	Abuelos	Hermanos	Otro
------	------	---------	----------	------

¿Tiene pareja? _____ ¿Quién toma las decisiones? _____

¿Cómo es la relación de padres a hijos?

Buena	Regular	Mala
-------	---------	------

Observaciones: _____

¿Cómo es la relación entre hermanos?

Buena	Regular	Mala
-------	---------	------

Observaciones: _____

5. FUNCIONES FAMILIARES

a) Función afectiva.

¿Cómo expresan los integrantes de su familia el afecto?

1.Abrazos	2.Besos	3.Regalos	4.Verbal
-----------	---------	-----------	----------

Otro: _____

¿Cómo se expresan los sentimientos de enojo entre la familia?

1.Verbal	2.Golpes	3.Silencio	4.Indiferencia
----------	----------	------------	----------------

Otro: _____

b) Función de socialización.

¿Con qué tipo de actividad contribuyen los integrantes de la familia en el hogar?

PARENTESCO	FUNCIÓN
Padre	
Madre	
Hijo (a) 1	
Hijo (a) 2	
Hijo (a) 3	
Otros	

¿Quién ejerce la disciplina en la familia y ¿Cómo la ejerce?

¿Alguno de los integrantes de la familia, tiene problemas con otras personas en el trabajo, escuela u hogar?

SI	NO
----	----

¿Quién y de qué tipo? _____

d) Función de atención a la salud.

¿Cuenta la familia con algún tipo de Seguridad Social?

SI	NO
----	----

1.IMSS	2.ISSSTE	3.S.S.A (centros de salud y hospitales del gobierno)	4. PRIVADA
5. OTROS			

¿Utiliza algún tipo de medicina tradicional o alternativa?

SI	NO
----	----

Especifique: _____

6. DATOS DE SALUD.

PESO	TALLA	IMC	Observaciones

Signos Vitales

F. Respiratoria	
F. Cardíaca	
Presión Arterial	
Temperatura	
Dolor	

Alergias Conocidas

Vacunas

Esquema

Completo	Incompleto
----------	------------

Observaciones:

Antecedentes Familiares

Patologías	Padre	Madre
H A S		
Diabetes		
Enf. Renal		
Cáncer		
Enf. Mental		

Problemas de Salud

	SI/NO	Especifique
Agudo		
Crónico		
Enfermedad Terminal		

Conocimiento sobre el problema de salud

Previo:

Ninguno	Escaso	Medio	Completo
---------	--------	-------	----------

Actual:

Ninguno	Escaso	Medio	Completo
---------	--------	-------	----------

Afrontamiento del problema de salud.

Aceptación	Negación
------------	----------

Percepción sobre su problema de salud.

Buena	Aceptable	Mala	Pésima
-------	-----------	------	--------

¿Es consciente de los efectos negativos de su estado de salud?

SI	NO
----	----

Percepción de la calidad vida.

Buena	Aceptable	Mala	Pésima
-------	-----------	------	--------

Requerimientos de cuidados de salud.

Cuidados de Salud Preventivos.

Primarios	Secundarios	Terciarios
-----------	-------------	------------

¿Tiene algún problema para ejercer su sexualidad?

SI	NO
----	----

1.Represión	2.Homosexualidad	3.Desviaciones sex.
5.Otro:		

REQUISITOS DE AUTOCUIDADO

1. APORTE DE AIRE

PATRÓN RESPIRATORIO.

Tos:

Productiva	Seca
------------	------

Oxigeno Domiciliario ()

Fuma:

SI	NO
----	----

Interferencia Ambiental:

Contaminación	Ventilación adecuada
---------------	----------------------

Cambios en la Respiración

Disnea: ()

Esfuerzo	Reposo
----------	--------

Ortopnea ()

¿Qué medidas específicas emplean para protegerse de las Infecciones Respiratorias?

1. Vitamina C	2. Abrigarse	3. Lejos de lugares concurridos	4. Uso de cubrebocas
5. Dieta balanceada	6. Higiene de manos	7. Ventilación adecuada	8. Ninguna

Observaciones: _____

2. APOORTE DE LÍQUIDOS

Líquidos Preferidos:

Agua simple	Refresco	Jugos	Café	Agua dulce
--------------------	-----------------	--------------	-------------	-------------------

Volumen de líquido diario: _____

1. Embotellada	2. Llave	3. Clorada	4. Hervida
5. Filtro	6. No tiene acceso	7. No está disponible	8. Otro

Observaciones: _____

3. APOORTE DE ALIMENTOS

¿Quién se encarga de preparar los alimentos?

1. Mamá	2. Papá	3. Otro
----------------	----------------	----------------

¿Lava sus manos antes y durante la preparación de los alimentos?

SI	NO
-----------	-----------

¿Cuáles son sus preferencias en alimentación?

¿Qué alimentos le desagradan?

¿Presenta alguna limitación para la alimentación?

1. Caries dental	2. Ausencia de dientes	3. Prótesis dentaria	4. Desconocimiento sobre dieta adecuada
5. Problemas económicos	6. Creencias religiosas	7. Limitación física	8. Otro

¿Qué tipo de alimentación lleva el infante?

1. Materna	2. Mixta	3. Artificial	4. Especifique
-------------------	-----------------	----------------------	-----------------------

¿Presenta alguna limitación para la alimentación?

1. Problemas de succión	2. Labio y paladar hendido	3. Adinamia	4. Otro
-------------------------	----------------------------	-------------	---------

¿Ha experimentado pérdida o ganancia de peso súbita en los últimos 6 meses?

SI	NO
----	----

Observaciones: _____

4. ELIMINACIÓN

Eliminación Urinaria

¿Cuál es su frecuencia de micción al día? _____

Características de la micción:

1. Espontánea	2. Dificultosa/Dolor	3. Con ardor	4. Con urgencia
5. Por sonda	6. En el momento de la urgencia	7. Contiene/Aguanta	8. Otro

Características de la orina:

Concepto					
Color	Clara	Ámbar	Café	Hematurica	Otro
Olor	Inodoro	Úrico	Penetrante		Otro
Apariencia	Transparente	Turbia	Espumosa		Otro

¿Cuál es la frecuencia de eliminación en el día? _____

Características de la eliminación:

1. Continente	2. Incontinente	3. Estreñimiento	4. Diarrea
5. Sangrante	Otro		

Características de las heces:

Concepto					
Color	Café	Verde	Amarillo	Hematurico	Otro
Olor	Inodoro	Característico	Fétido		Otro
Apariencia	Compacta	Pastosa	Diarreica	Coprolítica	Otro

Patrón Menstrual

1. Regular	2. Irregular	3. Dismenorrea	4. Amenorrea
5. Hemorragias	6. Síndrome premenstrual	7. Síndrome incapacitante	8. Otro

¿A qué edad comenzó su ciclo menstrual (menarca)? _____

¿A qué edad experimentó la menopausia? _____

5. EQUILIBRIO ACTIVIDAD-REPOSO

¿Cuántas horas dedica al sueño? _____

¿Cuántas de estas descansa realmente? _____

¿Identifica alguna alteración del sueño?

1. Insomnio	2. Pesadillas	3. Terror nocturno	Otro
--------------------	----------------------	---------------------------	-------------

¿Cuántas horas trabaja al día? _____

¿Qué tipo de trabajo desempeña?

1. Gubernamental	2. Privado	3. Oficio	Especifique:
-------------------------	-------------------	------------------	---------------------

¿En qué horario desempeña sus actividades?

Matutino	Vespertino	Nocturno
-----------------	-------------------	-----------------

¿Realiza alguna actividad deportiva y/o cultural?

Parentesco	DEPORTE	Frecuencia	Motivo
Padre			
Madre			
Hijo (a) 1			
Hijo (a) 2			
Hijo (a) 3			
Otros			

Parentesco	ACTIVIDAD CULTURAL -HOBBY-	Frecuencia
Padre		
Madre		
Hijo (a) 1		
Hijo (a) 2		
Hijo (a) 3		
Otros		

6. SOLEDAD E INTERACCIÓN SOCIAL

¿Cuáles son sus condiciones de vida habituales?

1. Vive solo	2. Con Familia	3. Residencia	Otro
---------------------	-----------------------	----------------------	-------------

¿Cada cuándo se reúne la familia?

Diario	1 vez semana	1 vez mes	1 vez año	Otro:
---------------	---------------------	------------------	------------------	--------------

¿Algún miembro de la familia suele aislarse?

SI	NO
----	----

Papá	Mamá	Hijas	Hijos	Abuelos	Otro
------	------	-------	-------	---------	------

Factores Personales

¿Cómo define su personalidad?

1.Introvertido	2.Extrovertido	3. Agresivo	4.Pasivo
5.Otro			

¿Participa en algún grupo o actividad social?

SI	NO
----	----

1.Baile	2.Deporte	3. Lectura	4.Otro
---------	-----------	------------	--------

¿Tiene alguna dificultad para expresarse o relacionarse?

SI	NO
----	----

1.Verbal	2.Auditiva	3. Escrita	4.Otro
----------	------------	------------	--------

Al iniciar una relación (trabajo, amistosa, pareja), ¿usted inicia el contacto?

SI	NO
----	----

En caso de alguna necesidad, ¿a quién acude?

1.Familia	2.Amigos	3. Vecinos	4.Otro
-----------	----------	------------	--------

7. PREVENCIÓN DE PELIGROS

¿Qué actividades incluyen su aseo personal?

Baño:	Diario	Cada 3er día	Cada semana
Cambio ropa:	Diario	Cada 3er día	Cada semana

¿Con qué frecuencia se lavan los dientes los integrantes de la familia?

¿Cuenta con servicio de agua y drenaje?

SI	NO
----	----

Riesgos caseros

¿Qué manejo les da a los materiales tóxicos?

¿Cuál de los siguientes riesgos se encuentran presentes en el hogar?

1. Tomas de corriente desprotegida	2. Iluminación inadecuada	3. Cableado defectuoso	4. Tóxicos mal almacenados
5. Falta antiderrapantes (baño y escaleras)	6. Falta de barandales	7. Fumar en la cama	8. Fuga de gas
9. Literas	10. Eliminación inadecuada de basura	11. Eliminación inadecuada de excetas	Otro:

En caso de accidente, ¿conoce los servicios de emergencia disponibles?

SI	NO
----	----

060 Seguridad Pública	065 Cruz Roja	066 Atención Ciudadana	116 Bomberos
118 Serv. Comunidad	119 Locatel	120 Cruz Verde	Otro

Riesgos sensoriales

¿Utiliza anteojos?

SI	NO
----	----

¿La graduación actual, aún cumple sus necesidades?

SI	NO
----	----

¿Cada cuándo realiza una consulta de revisión ocular?

Cada 6 meses	1 vez año	Cada 2 años	Nunca	Otro:
--------------	-----------	-------------	-------	-------

SI	NO
----	----

¿Utiliza algún apoyo auditivo?

¿La graduación actual, aún cumple sus necesidades?

SI	NO
----	----

¿Con qué frecuencia realiza una revisión del estado de su dispositivo?

Cada 6 meses	1 vez año	Cada 2 años	Nunca	Otro:
--------------	-----------	-------------	-------	-------

¿Se mareo con frecuencia?

SI	NO
----	----

El mareo es acompañado de:

1. Cefalea	2. Vértigo	3. Acúfenos	4. Fosfenos
5. Dificultad para desplazarse	6. Otro		

Cuando ha estado sujeto a tratamiento ¿Lo sigue como lo indica el médico?

SI	NO
----	----

Estado mental

¿Reconoce pérdida de memoria inusual?

SI	NO
----	----

¿Podría relacionarlo a algún acontecimiento? ¿Cuál es? _____

¿Conoce si cerca a su hogar existen contaminantes ambientales o fauna nociva?

1.Tiradero municipal	2.Fábricas	3.Canal de aguas negras	4.Excretas al ras del suelo
5.Ratas	6. Moscas	7.Cucarachas	Otro:

8. PROMOCIÓN DE LA NORMALIDAD

¿Cómo es su autoestima?

Alta	Normal	Baja
------	--------	------

¿Cuál es la percepción de su imagen corporal?

Mencione medidas de autocuidado que lleva a cabo para mejorar o conservar su salud

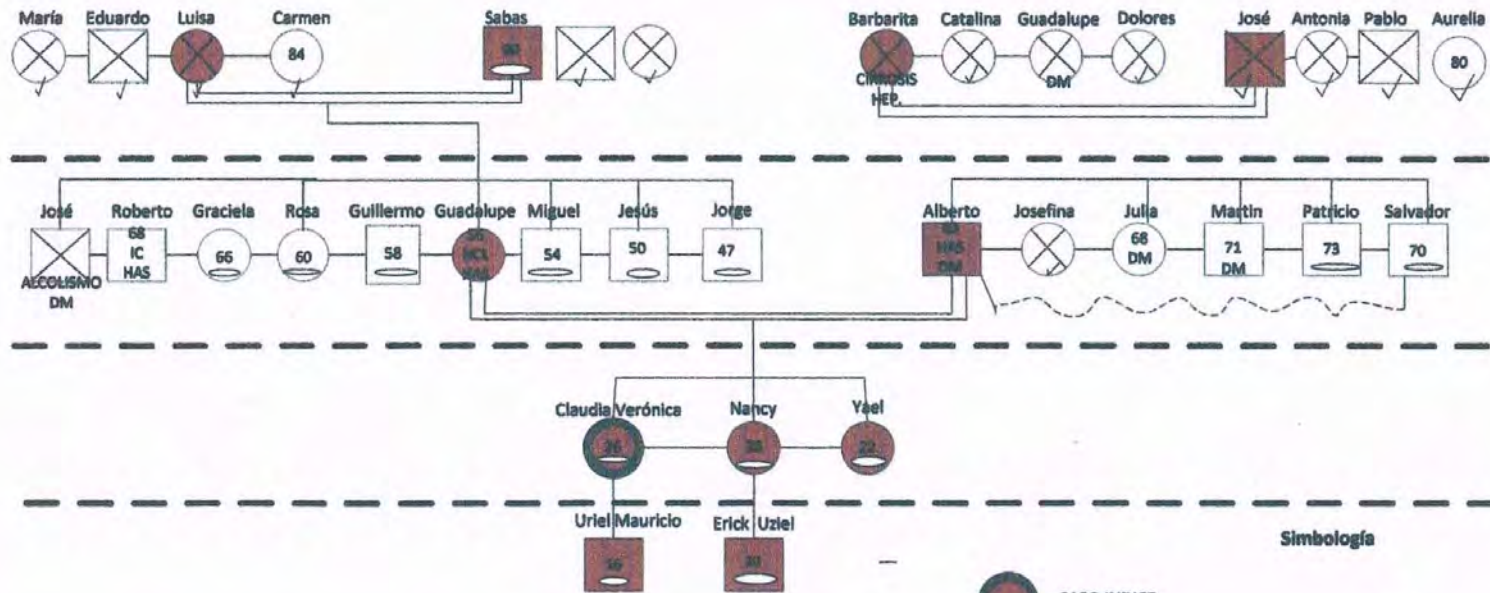
Riesgos laborales

PREGUNTA	SI	NO
Ambiente Laboral		
¿Su trabajo le condiciona estrés?		
¿Considera que existe poca vinculación entre sus habilidades y destrezas?		
¿Trabaja aislado?		
¿Sus superiores le brindan un mal trato?		
¿Sus jefes son flexibles (en horario, tareas, etc.)?		
¿Sus superiores recompensan o facilitan su trabajo?		
¿Considera que su área de trabajo carece de orden o aseo?		
Organización del Tiempo		
¿Su trabajo lo obliga a realizar jornadas largas de trabajo?		
¿Su horario es fijo?		
¿Trabaja horas extra?		
Administración de la Empresa		

¿Recibió una inducción al puesto?		
¿Existen rotación de puesto, cargos o tareas?		
¿Cuenta con estabilidad laboral?		
¿Cuenta con facilidad para la obtención de servicios médicos?		
Ergonómicos		
¿Durante su jornada adquiere posturas inadecuadas?		
¿Sus actividades le obligan a hacer sobreesfuerzo o movimientos forzados?		
¿Permanece en una sola posición por tiempos prolongados?		
Ausentismo		
¿Faltó a su trabajo en el último año?		
¿El transporte ha interferido con su asistencia?		
¿Sufrió alguna incapacidad o enfermedad general el último año?		
¿Las inasistencias se debieron a problemas familiares?		
¿Sus relaciones en el trabajo propiciaron la inasistencia?		

Elaboró: _____ Fecha: _____

GENOGRAMA ESTRUCTURAL DE LA FAMILIA SH



ANEXO 2

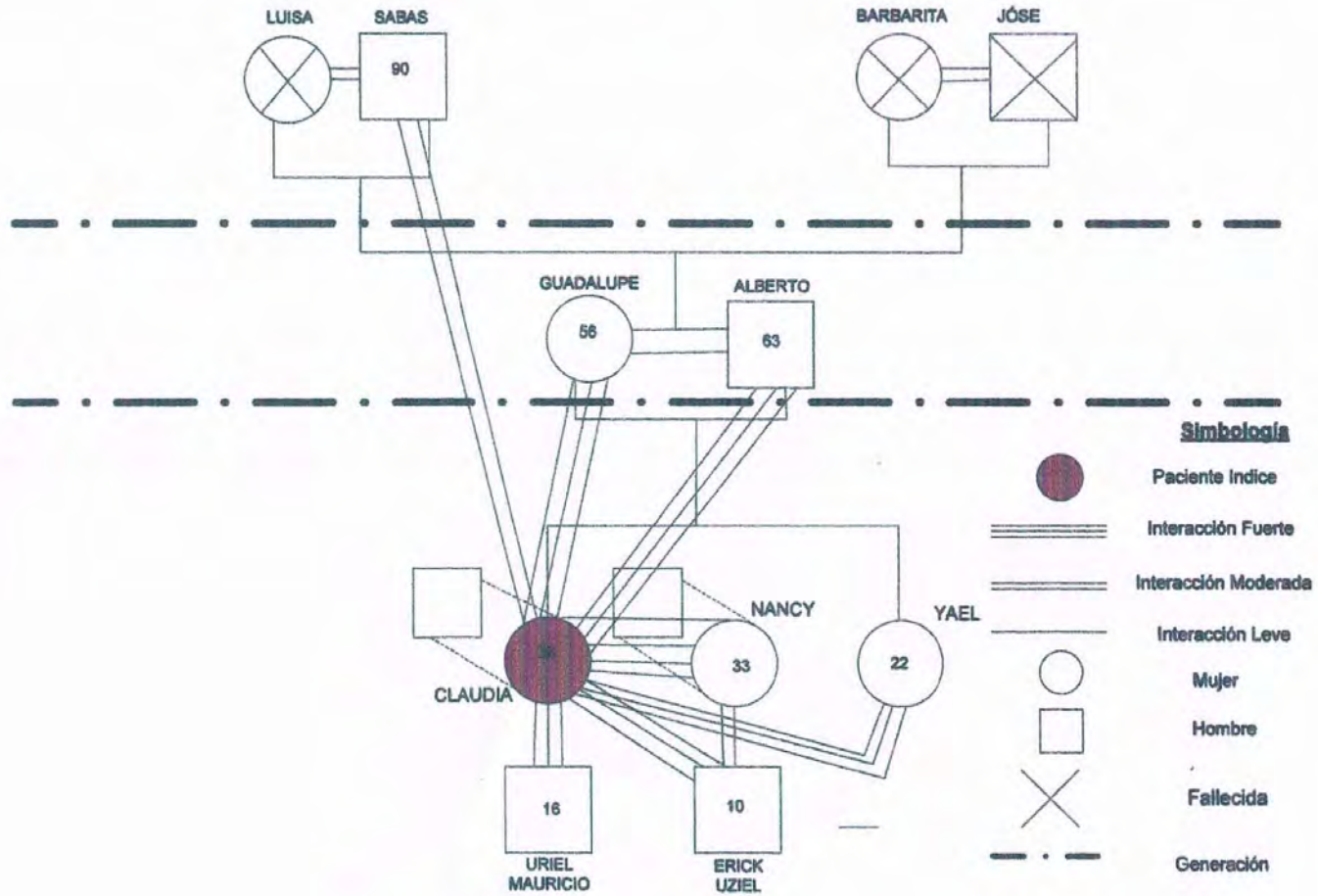
SIGLAS

- DM: DIABETES MELLITUS
- CH: CIRROSIS HEPATICA
- DM: DIABETES MELLITUS
- HCL: HIPERCOLESTEROLEMIA

Simbología

- CASO INDICE
- Mujer
- Hombre
- Fallecida
- No tiene ninguna enfermedad
- Matrimonio
- Miembros de La familia
- No tiene información
- Separación
- Generaciones

ECOMAPA DE LA FAMILIA SH



APGAR Familiar (Anexo 4)

FUNCIÓN	CASI SIEMPRE (2 puntos)	ALGUNAS VECES (1 punto)	CASI NUNCA (0 puntos)
ADAPTABILIDAD			
Participación			
Crecimiento			
A			
Fecto			
Resolución			

ESCALA: 00-03= DISFUNCIÓN GRAVE 04-06= DISFUNCIÓN MODERADA
07-10= FUNCIONAL

Método de Graffar (Anexo 5)

PUNTAJE	A) PROFESIÓN DEL JEFE DE FAMILIA	B) NIVEL DE INSTRUCCIÓN DE LA MADRE	C) PRINCIPAL FUENTE DE INGRESOS	D) CONDICIONES DE LA VIVIENDA
1				
2				
3				
4				
5				

ESCALA:

04-06= Estrato alto

07-09= Estrato medio alto

10-12= Estrato medio bajo

13-16= Obrero

17-20= Marginal

A) Profesión del jefe de familia

- a. Universitario, alto comerciante, gerente, ejecutivo de grandes empresas, etc.
- b. Profesionista técnico, mediano comerciante o de la pequeña industria.
- c. Empleado sin profesión técnica definida ó universidad inconclusa.
- d. Obrero especializado, tractorista, taxista, etc.
- e. Obrero no especializado, servicio doméstico etc.

B) Nivel de instrucción de la madre

- a. Universitario ó equivalente
- b. Enseñanza técnica o superior y ó secundaria completa.
- c. Secundaria incompleta o técnico inferior.
- d. Educación primaria completa.

e. Educación primaria incompleta o analfabeta.

C) Principal fuente de ingresos

a. Fortuna heredada o adquirida repentinamente

b. Ingresos provenientes de una empresa privada, negocios, honorarios profesionales (médicos, abogados etc.), deportistas profesionales.

c. Sueldo mensual o quincenal

d. Salario diario o semanal

e. Ingresos de origen público o privado (subsidios)

D) Condiciones de la vivienda

a. Vivienda amplia, lujosa con óptimas condiciones sanitarias

b. Vivienda amplia, sin lujos pero con excelentes condiciones sanitarias

c. Viviendas con espacios reducidos pero confortables y buenas condiciones sanitarias.

d. Vivienda con espacios amplios o reducidos pero con deficientes condiciones sanitarias.

Evaluación del Sistema Conyugal (Anexo 6)

ESCALA EVALUATIVA	
FUNCION	NUNCA OCASIONAL SIEMPRE
1 COMUNICACION	
a) Cuando quiere comunicar algo a su pareja se lo dice directamente	
b) La pareja expresa claramente los mensajes que intercambia	
c) Existe congruencia entre la comunicación verbal y la analógica	
2 ADJUDICACIÓN Y ASUNCIÓN DE ROLES	
a) La pareja cumple mutuamente se adjudican	
b) Son satisfactorios los roles que asume la pareja	
c) Se propicia el intercambio de roles entre la pareja	
3 SATISFACCIÓN SEXUAL	
a) Es satisfactoria la frecuencia de las relaciones sexuales	
b) Es satisfactoria la calidad de la actividad sexual	
4 AFECTO	
a) Existen manifestaciones físicas de afecto en la pareja	
b) El tiempo que se dedica a la pareja es gratificante	
c) Se interesan por el desarrollo y superación de la pareja	
d) Perciben que son queridos por su pareja	
5 TOMA DE DECISIONES	
a) Las decisiones importantes para la pareja se toman conjuntamente	

ESCALA:

0-40 = PAREJA DISFUNCIONAL

41-70 = PAREJA MODERADAMENTE DISFUNCIONAL

71-100 = PAREJA FUNCIONAL

Escala de Hamilito (anexo 7)

			Ausente	Leve	Moderado	Grave	Muy Grave	Puntuación
1	Ansiedad	Preocupación, pesimismo, miedo al futuro, irritabilidad						
2	Tensión	Sensación de tensión, cansancio, sobresaltos, propensión al llanto, estremecimientos, sensación de irritación, incapacidad para relajarse						
3	Miedo	A la oscuridad, a los extraños, a quedarse solo, a los animales, al tráfico, a las aglomeraciones						
4	Insomnio	Dificultad para conciliar el sueño, sueño interrumpido, sueño no reparador y sensación de extrañeza al despertar, pesadillas, terrores nocturnos						
5	Intelecto	Dificultad para concentrarse, reducción de la memoria						
6	Humor depresivo	Pérdida de interés, incapacidad de disfrutar con las aficiones, despertar precoz, alterancia diurna						
7	Síntomas somáticos (musculares)	Dolores musculares, sensación de estiramiento, rigidez, contracciones clónicas, dientes apretados, voz trémula, aumento del tono muscular						
8	Síntomas somáticos (sentidos)	Zumbido de oídos, visión borrosa, oleadas de calor y frío, sensación de debilidad, sensación de perforación						
9	Síntomas somáticos cardiovasculares	Taquicardia, palpitaciones, precordialgia, pulsaciones, sensación de desvanecimiento						
10	Síntomas respiratorios	Sentido de pesadez o constricción en el tórax, sensación de sofoco, suspiros, disnea						
11	Síntomas gastro-intestinales	Dificultad de deglución, flatulencia, dolor abdominal, ardor, sensación de hartura, náusea, vómito, borborigmos, meteorismo, pérdida de peso, estipsis						
12	Síntomas génito-uritarios	Micción frecuente, amenorrea, menorragia, frigidez, eyaculación precoz, pérdida de la libido, impotencia						
13	Síntomas del SN autónomo	Sequedad de boca, sofocos, palidez, tendencia a sudar, vértigos, cefalea, piloerección						
14	Comportamiento del paciente durante el examen	Agitado, inquieto, avanza y retrocede, temblor de manos, suspiros o taquipnea, palidez del rostro, deglución constante, etc.						
PUNTUACION TOTAL								

FACES III (Anexo 8)

1 nunca 2 casi nunca 3 algunas veces 4 casi siempre 5 siempre

	Calif.
1. Los miembros de nuestra familia se dan apoyo entre sí	
2. En nuestra familia se toman en cuenta las sugerencias de los hijos para resolver los problemas	
3. Aceptamos las amistades de los demás miembros de la familia	
4. Los hijos pueden opinar en cuanto a su disciplina	
5. Nos gusta convivir solamente con los familiares más cercanos	
6. Cualquier miembro de la familia puede tomar la autoridad	
7. Nos sentimos más unidos entre nosotros que con personas que no son de nuestra familia	
8. Nuestra familia cambia en modo de hacer las cosas	
9. Nos gusta pasar el tiempo libre en familia	
10. Padres e hijos se ponen de acuerdo en relación con los castigos	
11. Nos sentimos muy unidos	
12. En nuestra familia los hijos toman las decisiones	
13. Cuando se toma una decisión importante, toda la familia está presente	
14. En nuestra familia las reglas cambian	
15. Con facilidad podemos planear actividades en familia	
16. Intercambiamos los quehaceres del hogar entre nosotros	
17. Consultamos unos con otros para tomar decisiones	
18. En nuestra familia es difícil identificar quien tiene la autoridad	
19. La unión familiar es muy importante	

z20. Es difícil decir quién hace las labores del hogar

(11) EDUCACIÓN PARA LA SALUD

COMPONENTE	ACTIVIDAD POR GRUPO ETAREO			
	0-9 AÑOS	10-19 AÑOS	20-59 AÑOS	60 Y MAS
1. Promoción a la salud				
2. Nutrición				
3. Prevención y control de enfermedades				
4. Detección de enfermedades				
5. Salud reproductiva				

(12) NOMBRE, CATEGORIA Y FIRMA DE LA ENFERMERA RESPONSABLE:

(13) NOMBRE DEL PACIENTE Y/O FAMILIAR QUE RECIBIO EL PLAN DE ALTA DE ENFERMERIA:



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTONOMA DE MEXICO
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERIA Y OBSTETRICIA
DIVISION DE ESTUDIOS DE POSGRADO
ESPECIALIDAD DE ENFERMERÍA EN SALUD PÚBLICA**



**INSTRUCTIVO PARA EL LLENADO DE LA HOJA DE PLAN DE ALTA DE
ENFERMERIA.**

Hoja de Plan de Alta de Enfermería:

Es el documento medico de enfermería, en el cual el personal de enfermería lleva acabo el registro de la orientación sobre las indicaciones en la administración de los cuidados asistenciales antes y después del alta hospitalaria.

Objetivo:

Orientar al paciente y familiares mediante el registro sobre las actividades de autocuidado, y reforzar el conocimiento para el empoderamiento de su salud en el hogar posterior al alta hospitalaria.

Instructivo de llenado.

- El llenado de la hoja de plan de alta de enfermería, lo realizara la enfermera encargada del paciente al momento del alta.
- El llenado de la hoja de plan de alta de enfermería se realizara con letra clara y legible, con tinta negra o azul de acuerdo a las normas de cada institución.
- Se hará el registro en original y copia, con el fin de que el documento original sea entregado al paciente y la copia firmada de recibido por el paciente quedara de resguardo en el expediente clínico.
- La hoja consta de dos apartados FICHA DE IDENTIFICACION y PLAN DE CUIDADOS DE ALTA HOSPITALARIA.

1. En la Ficha de Identificación se llevara acabo el registro de:
 - Nombre completo del paciente, (nombre, apellido paterno y apellido materno)
 - Sexo (hombre o mujer) sea el caso
 - Edad
 - Fecha de Ingreso y Egreso (día/mes/año) con numero arábigo
 - Días de Estancia Hospitalaria
 - Servicio en el cual estuvo hospitalizado
 - Medico Tratante (Nombre completo y Especialidad)
 - Diagnostico Medico al Ingreso y Diagnostico Medico de egreso.
 - Nombre completo y número telefónico del familiar o persona a la cual resulte conveniente involucrar en el plan de alta.

2. En el apartado de Plan de Cuidados de alta, se hará de acuerdo a la nemotecnia CUIDARME. Cada letra de la nemotecnia, hace alusión al objeto de la profesión y a la responsabilidad que tiene el paciente frente a su salud. Esta palabra corresponde a: Comunicación, Urgente, Información, Dieta, Ambiente, Recreación y uso del tiempo libre, Medicamentos y tratamientos, Espiritualidad. Se anexa una letra "E" al final de la nemotecnia que hace alusión a la Educación para la Salud, quedando de la siguiente forma CUIDARMEE.

3. A continuación se registrara cada uno de estos aspectos no sin antes resaltar la necesidad de adaptarlos a cada persona en particular, teniendo en cuenta sus características, de tal manera que se proporcione un cuidado individualizado e integral.

4. En el rubro de la primera letra "C" que hace referencia a la **COMUNICACIÓN** se registrara:
Nombre completo de la Institución y la persona del equipo de salud a la cual debe recurrir el paciente cuando presenten molestias y complicaciones, familiares a los cuales puede solicitar apoyo para su tratamiento, las redes de apoyo que puede buscar según el caso (grupos de diabéticos, de hipertensos, de alcohólicos anónimos, juveniles, religiosos, de jubilados, asociaciones de padres, etc.).

5. En el rubro de la letra "U" que hace referencia a **URGENTE**: se registra la información que se brindo sobre los signos de alerta que indican un empeoramiento de la situación de salud o una recaída, datos que el

paciente debe conocer, así como las acciones que debe llevar a cabo si se presentan. También registrara la información sobre sitio, fecha y hora de la próxima cita y los documentos que debe llevar (de identificación, cartilla de citas médicas, receta médica, rayos X. etc.).

6. En el rubro de la letra “I” que hace referencia a **INFORMACIÓN**: si el paciente requiere información sobre su padecimiento, tratamiento y pronóstico, solicitar al medico tratante que proporcione la información correspondiente, el profesional de enfermería no hará a los pacientes o familiares pronósticos, o evaluaciones con respecto a los diagnósticos, procedimientos, intervenciones y tratamientos prescritos por otros profesionales. Aclarar las dudas que tenga la persona con respecto a los cuidados, e indagar acerca de si requiere alguna otra información sobre su estado clínico. Registrar si el paciente solicito y recibió información, quien la proporciono, fecha y hora respectivamente.
7. En el rubro de la letra “D” que hace referencia a la **DIETA** se registrara: Información relativa a dietas especiales, (p.e. dieta libre de colecistoquineticos, hacer referencia sobre los alimentos que no puede ingerir, leche y sus derivados) ingesta de líquidos, educación e información sobre alimentación balanceada según el ciclo vital, higiene y conservación de alimentos, horarios de alimentación (en caso de pacientes diabéticos explicar y registrar la dieta en quintos) y otros tópicos relacionados, de acuerdo con los datos que se hayan obtenido al valorar el patrón nutricional y metabólico.
8. En el rubro de la letra “A” que se refiere al **AMBIENTE**: En base a la información de la anamnesis registrara la orientación proporcionada en aspectos del ambiente que rodea al paciente que sean relevantes de acuerdo con su estado de salud, sus factores de riesgo y factores protectores (disposición y manejo de basura, higiene del hogar, tenencia de animales domésticos y plantas (zoonosis que desencadenen crisis en personas con problemas alérgicos, entre otros), riesgos arquitectónicos como escaleras, balcones, azoteas, uso de tapetes, ubicación de la habitación con respecto de otras áreas a donde deba desplazarse (baño por ejemplo), en especial si la persona tiene alguna limitación para la movilización o un deterioro visual, ventilación e iluminación de la vivienda y del sitio de trabajo, uso de elementos de protección laboral.
9. En el rubro de la letra “R” que se refiere a la **RECREACIÓN Y USO DEL TIEMPO LIBRE**: según la anamnesis del paciente valorar los patrones

acerca de cómo usa la persona su tiempo libre y, de acuerdo con ello, brindara y registrara información y educación que apunten a prácticas recreativas saludables, al fortalecimiento de los nexos familiares, sociales, de pareja y de amistad.

10. En el rubro de la letra “M” que hace referencia a los **MEDICAMENTOS Y TRATAMIENTOS NO FARMACOLÓGICOS**: la enfermera registrara con letra clara el nombre genérico del medicamento y de acuerdo con el paciente tomando en cuenta su ritmo de vida y las características de los medicamentos el horario para su ingesta. (Por ejemplo que algunos no deben administrarse en forma simultánea con otros, la administración con los alimentos). Señalar la duración del tratamiento, informar y registrar con claridad aquellos signos que indican reacciones adversas a los medicamentos y que exigen consulta de inmediato.

Incluir información sobre tratamientos no farmacológicos que requiera el paciente, tales como curaciones (frecuencia, sitio a donde debe acudir), cambios de sonda, administración de oxígeno, etc., actividades recomendadas y/o “prohibidas”, actividades que exigen un esfuerzo físico menor, (por ejemplo indicación acerca de los períodos de reposo recomendados de acuerdo con su estado, en particular en algunos post-operatorios e, incluso, en algunas patologías médicas, técnicas para manejo del estrés, ejercicios, fisioterapia, entre otros).

11. En el rubro de la letra “E” que hace referencia a la **ESPIRITUALIDAD**: es recomendable reforzar esta dimensión de acuerdo con las características particulares del paciente, orientarlo hacia personas, grupos o instituciones que le puedan ser de ayuda en este aspecto. Registrar información y orientación brindada respetando sus creencias y costumbres.

12. La letra “E”, hace alusión a la Educación para la salud que se le brindará al paciente de acuerdo con los componentes de la Atención Preventiva Integrada (API) que se describen a continuación: Promoción de la Salud, Nutrición, Prevención y Control de Enfermedades, Detección de Enfermedades y Salud Reproductiva; Acciones dirigidas a los cinco grupos de edad: 0-9 años; 10-19 años; Mujeres de 20-59; Hombres de 20-59; 60 años y más. Aquí se anotarán todas aquellas actividades preventivas necesarias de acuerdo a su grupo de edad. Por ejemplo: en el caso de un lactante que egresa del hospital por una Infección Respiratoria Aguda, en el componente promoción de la salud, se anotará si se dio capacitación u orientación a la madre sobre vigilancia de signos y síntomas de alarma en

el caso de IRAS ó bien anotar en el componente prevención y control de enfermedades si le corresponde ó falta alguna vacuna de acuerdo a la edad y esquema de vacunación.

- 13.Una vez que se brindo la información necesaria y se explico al paciente el manejo de la Hoja de Plan de Alta de Enfermería, registrar el nombre completo de la enfermera que oriento sobre los cuidados del plan de alta, especialidad de la enfermera (en su caso) y firma.
- 14.Entregar al paciente original del documento y solicitar firme de recibido en la copia del documento señalando fecha y hora.
- 15.La enfermera que realizo el plan de alta de enfermería archivara dicho documento en el expediente clínico.
- 16.Fin del procedimiento.