



**UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA  
DIVISIÓN DE ESTUDIOS DE POSGRADO**

**INTERVENCIONES DE ENFERMERÍA ESPECIALIZADA  
PARA CONTROLAR Y PREVENIR ENFERMEDADES  
CRÓNICO-DEGENERATIVAS (HIPERTENSION ARTERIAL  
Y DIABETES MELLITUS) EN LA FAMILIA MR.**

**ESTUDIO DE CASO  
QUE PARA OBTENER EL GRADO DE  
ESPECIALISTA EN ENFERMERÍA EN SALUD PÚBLICA**

**PRESENTA  
PERLA BEATRIZ GARCÍA GUTIÉRREZ**

**ASESORA  
LIC. LETICIA JINÉZ RAMOS**



**MÉXICO, D. F.**

**OCTUBRE 2013**



Universidad Nacional  
Autónoma de México



**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.



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**

A la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia (ENEO), por haber permitido realizar la práctica comunitaria dentro de la misma institución, y de la cual, deriva el presente estudio de caso.

A la Familia MR por participar activamente en el estudio de caso y por la confianza que me brindaron para la aplicación de las intervenciones de enfermería especializadas descritas.

A la Coordinadora de la Especialidad de Enfermería en Salud Pública por su apoyo y orientación durante la elaboración de este trabajo.

A la Profesora de la Especialidad de Enfermería en Salud Pública por su asesoría en la revisión del presente trabajo para ser presentado como opción de titulación.

# ÍNDICE

I.- INTRODUCCIÓN	
II.- OBJETIVOS	
2.1 Objetivo general	
2.2 Objetivo específico	
III.- FUNDAMENTACIÓN	
3.1 Antecedentes	7
IV.- MARCO CONCEPTUAL	
4.1 Conceptualización de enfermería	11
4.2 Paradigmas	17
4.3 Teoría de enfermería	22
4.4 Teoría de otras disciplinas	40
4.5 Proceso de atención de enfermería	97
V.- METODOLOGÍA	
5.1 Estrategia de investigación	108
5.2 Selección del caso y fuentes de información	108
5.3 Consideraciones éticas	109
VI.- PRESENTACION DEL CASO	
6.1 Descripción del caso	113
6.2 Antecedentes generales de la familia	113
VII.- APLICACIÓN DEL PROCESO DE ATENCIÓN DE ENFERMERÍA	
7.1 Valoración	116
7.2 Valoración focalizada	118
7.3 Plan de cuidados	124
7.4 Evaluación	132
VIII.- PLAN DE ALTA	133
CONCLUSIONES	136
SUGERENCIAS	137
REFERENCIAS	138
ANEXOS	

## **I.- INTRODUCCIÓN**

La salud de la población es la base en la que se sustenta el progreso social y el desarrollo económico de cualquier país, y solo con una buena salud física y mental se puede aspirar a una mejor calidad de vida.

Actualmente en nuestro país se ha incrementado la incidencia de problemas de salud, por lo que la salud pública se debe inclinar a la familia y a la atención primaria a la salud, la cual se consolida como una de las mejores estrategias para responder a los regazos en salud y a los retos epidemiológicos que ya enfrenta nuestro país como son las enfermedades emergentes y la transición epidemiológica íntimamente ligada a la transición demográfica y a los cambios en los estilos de vida.

La familia juega un papel muy importante ya que es considerada como la unidad básica de la sociedad, constituye la primera red de apoyo social que posee el individuo a través de toda su vida, por lo tanto es donde la atención primaria a la salud debe invertir su mayor esfuerzo para obtener ganancias positivas que no solo se reflejaran en la familia sino en la sociedad y en el desarrollo de un país.

Sin embargo, para lograrlo es necesario que el personal de enfermería especializado en salud pública, emplee en la familia de manera sistemática, las etapas del método enfermero para prevenir y detectar oportunamente enfermedades, fomentar actitudes que fortalezcan o contribuyan al mejoramiento de la salud de cada uno de los miembros la familia así mismo como la corrección o limitación del daño ocasionado por el déficit del autocuidado y la presencia de enfermedades crónico degenerativas.

El presente trabajo muestra la metodología que se aplicó a la familia MR, con el fin de desarrollar un plan de cuidados de enfermería basado en los requisitos que se encontraron alterados, encaminado a la recuperación de la salud y el mantenimiento de la misma y de esta manera contribuir al mejoramiento de la calidad de vida de dicha familia.

Esta metodología se conforma de tres etapas, la primera fue durante la elaboración de un diagnóstico de salud en el cual se detectaron alteraciones de los requisitos de autocuidado en individuos que para su estudio se ubicaron en Áreas Geográficas Bioestadísticas (AGEBS), dentro de la ENEO.

En la segunda etapa se eligió a una persona que pasa a ser el caso índice dentro del estudio de caso, a quien, en primera instancia se aplicó una cédula de valoración a través de una entrevista, previo consentimiento informado, en la tercera etapa se elaboró un plan de cuidados, mismo que sería aplicado a la familia mediante visitas domiciliarias como se describe en el presente estudio de caso.

## **II.- OBJETIVOS DEL ESTUDIO DE CASO**

### **2.1 Objetivo General**

Elaborar un estudio de caso familiar que permita aplicar un plan de intervenciones de control y preventivas, a través de la integración del Proceso de Atención de Enfermería, la Teoría del Autocuidado de Dorothea Orem y diversas teorías de la familia las cuales permitan proporcionar una atención especializada de acuerdo a los problemas de salud que presenten.

### **2.2 Objetivos Específicos**

- Identificar las necesidades de autocuidado que presenta la familia en estudio, de acuerdo a la etapa de valoración del proceso de enfermería.
- Ubicar la etapa de desarrollo en la que se desenvuelve actualmente la familia en estudio.
- Describir el tipo de familia de acuerdo a los principios de las teorías de la familia.
- Establecer un plan de cuidados a la familia, con base en los principios de la Teoría del Autocuidado del modelo de enfermería de Dorothea Orem.
- Aplicar las intervenciones establecidas a la familia en estudio, integrando el sistema de apoyo educativo con el fin de corregir o limitar el daño a la salud ocasionado por el déficit de autocuidado.
- Evaluar los resultados obtenidos en la paciente índice y su familia, de acuerdo a cada intervención realizada.



### **III.- FUNDAMENTACIÓN**

#### **3.1 Antecedentes**

La familia es considerada la unidad básica de la sociedad; como tal es un objetivo importante de abordar y de fortalecer, por ser la formadora de los actores sociales, cumpliendo diversas funciones. Es por ello que la enfermería, como disciplina que se interesa por el bienestar integral de las personas, también centra su accionar en la familia, a través de la promoción de salud, la educación, el fomento del Autocuidado, e intervenciones específicas según las necesidades individuales, considerando su medio ambiente, y los factores que pueden influir positivamente como también en forma negativa.

Isabel Louro Bernal publicó en el año 2003 el artículo “La familia en la determinación de la salud” en el que dice que la familia pertenece a la mesoestructura social, cumple un rol importante en tanto instancia intermedia entre los factores de carácter macrosocial y los individuales. En la familia se satisfacen las necesidades materiales y espirituales básicas para el fomento y conservación de la salud y el bienestar. Bajo su influencia se aprenden los comportamientos saludables, se producen los mecanismos protectores y de regulación de las funciones relacionadas con la enfermedad, sus secuelas y la muerte.<sup>1</sup>

Investigadores sociales de reconocido prestigio internacional como Levi-Strauss, Malinowsky y Durkheim evidenciaron la influencia de los aspectos socio - culturales en las relaciones familiares y en determinados problemas de salud.

El modelo de campo de salud presentado por M. Lalonde en 1974 para el análisis de la situación de salud de los canadienses, propuso cuatro elementos: la biología, el ambiente, los servicios de salud y los estilos de vida. El conocido informe Lalonde señaló la participación integrada de los elementos y apuntó someramente la participación de los aspectos sociales en la salud de la población.

Ramos y Aldereguía publican en 1987 un modelo de análisis de los determinantes de la salud de la población en el cual presentan el modo y las condiciones de vida, la salud pública, el medio ambiente y la biología humana condicionados por los tipos de organización económico – social y de la revolución científico-técnica. Este modelo

---

<sup>1</sup>Louro Bernal I. La familia en la determinación de la salud. Rev. Cubana Salud Pública. Cuba; 2003.

propone un grupo de factores por cada determinante y así aparecen dentro del modo de vida, las malas condiciones habituales de vida, la inestabilidad de la familia, la soledad, muchos hijos y la baja escolaridad. Se describen entre otros factores que influyen sobre la salud de la población, las migraciones, la dimensión promedio de la familia, el nivel de matrimonios y divorcios.

La OMS en 1990, a propósito de la estrategia de salud para todos en el año 2000, propuso 80 indicadores relacionados con los factores sociales económicos y culturales que describen la situación de salud de la población, de ellos solo 7 indicaban el nivel y calidad de vida de la familia, para el 8,7 %.<sup>2</sup>

En Cuba, en 1994 se publicaron indicadores de salud y bienestar para los municipios saludables, sobre la base del enfoque social y el modelo de campo de salud de M.

Lalonde. En ese documento se le confiere cierta importancia a la vida familiar, al presentar un 25 % de los indicadores relacionados directamente con aspectos de la vida familiar como la unión familiar, la satisfacción de necesidades básicas y calidad de la vivienda.

J. Breilh planteó que lo común a las diversas propuestas para el estudio de la determinación colectiva de la salud, es la comprensión dialéctica de la unidad del movimiento biológico - social y la concatenación entre los procesos de orden general (sociedad y reproducción del modo de producción dominante) con los de la dimensión de lo particular (clases y grupos constitutivos con sus formas de reproducción social) y con la esfera de lo singular. Argumenta que la comprensión de la vida familiar e individual integra el conocimiento de las contradicciones de reproducción social de las clases, que es el fundamento para la investigación de los determinantes de salud.

Otro enfoque relacionado con el análisis de la determinación de la salud describe los mismos niveles para el análisis y enfatiza que el nivel particular corresponde a las intermediaciones a través de las cuales los diferentes grupos de una sociedad garantizan su reproducción. Se reafirma esta idea de la determinación del nivel particular, al plantearse que la salud es una condición y consecuencia de la acción social, que a su vez tiene una respuesta individual que depende del tipo de afección, la personalidad y el funcionamiento de las mediaciones sociales ante la

---

<sup>2</sup> Ibid.

enfermedad como es el caso de la familia como grupo de intermediación entre el individuo y la sociedad.

La concepción del análisis de la determinación de la salud según niveles la retoma Pérez Lovelle y expresa que esta determinación se entiende bajo la interacción de tres niveles que permiten un mayor acercamiento a las concatenaciones existentes en la realidad y a la delimitación del papel de la psiquis. Un primer nivel en el cual se produce la determinación de la formación económico-social como un todo, un segundo nivel en el cual interactúan las condiciones de vida proveniente de los grupos en los cuales se inserta el individuo en la vida y un tercer nivel en el cual interviene el propio individuo, su regulación psicológica, su comportamiento, reitera que estos niveles interactúan entre sí, pero en cada uno expresa la relación del hombre en su ambiente socioeconómico y cultural.

Isabel Louro Bernal resume que la salud de la población está determinada por las condiciones sociales y económicas que cada sociedad genera, se expresa en diferentes niveles y se concretiza en el ambiente natural y familiar, bajo específicas condiciones de los servicios de salud y mediante el componente individual de carácter psicobiológico.

El condicionamiento psicológico y social de la salud constituye un principio básico para su análisis integral, se profundiza al concebir los determinantes intermedios provenientes del grupo familiar, de su estructura y funcionamiento y de la materialización de las condiciones económicas y sociales en el hogar.

Como grupo mediador entre la sociedad y el individuo, constituye una especie de prisma donde se refractan los 50 factores infraestructurales que inciden sobre la reproducción de la población, para dar lugar a ciertos comportamientos demográficos particulares. A través del accionar demográfico, a su vez, las familias muestran actitudes, dificultades, y conflictos cuyas causas socioeconómicas más profundas ellas mismas desconocen.

El grupo familiar al pertenecer al nivel intermedio de determinación funciona como mediador del proceso salud -enfermedad del ser humano. Constituye la unidad que reproduce los procesos sociales del contexto y los procesos psicológicos de las relaciones intrafamiliares. El funcionamiento familiar es la categoría que sintetiza los

procesos psicológicos que ocurren en toda familia y a través de su estudio se ha comprobado empíricamente dicha mediación, toda vez que actúa como fortaleza de la familia y posibilita un desarrollo saludable en sus miembros y como muro de contención frente a la adversidad y el estrés.

En nuestro país actualmente nos encontramos con 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 estas 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.<sup>3</sup>

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 solo por su condición de problema o enfermedad sino por la obtención de un nivel de salud compatible con una buena calidad de vida, con la satisfacción y el disfrute.<sup>4</sup>

Desde la conferencia de la Organización Mundial de la Salud realizada en Alma Ata (Kazajstán) en el año 1978, la concepción sobre salud cambió radicalmente. Dejo de vincularse sólo con la medicina y comenzó a pensarse como una temática donde tienen gran influencia factores sociales, económicos y culturales.<sup>5</sup>

---

<sup>3</sup> 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.

<sup>4</sup> 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.

<sup>5</sup> Organización Mundial de la Salud. Alma Ata. Atención primaria de salud; 1978.

## IV.- MARCO CONCEPTUAL

### 4.1 Conceptualización de la 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 el transcurso del proceso vital humano.

La conceptualización incluye el entendimiento de aquellos factores biológicos, del comportamiento, sociales y culturales que tienen influencia en la salud y la enfermedad, incluyendo las definiciones de indicadores y resultados de salud. Estas características se reflejan en los temas manejados por Donalson y Crowley (1978);<sup>6</sup> 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; y 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 1959;<sup>7</sup> Leininger 1968;<sup>8</sup> Dickoff y James 1968;<sup>9</sup> Donalson y Crowley 1979; Rogers 1971;<sup>10</sup> Bilitsky 1981;<sup>11</sup> Fawcett 1984;<sup>12</sup> Woods & Catanzaro 1988<sup>13</sup>); un campo científico de aplicación porque su desarrollo disciplinar se basa en conocimientos propios particulares y en otros derivados de las ciencias naturales, sociales y de las humanidades.

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 definiciones es confuso como guía orientadora para la disciplina y la práctica porque enfermería ha llegado a

---

<sup>6</sup> Donaldson SK & Crowley DM. The discipline of nursing. Nurs Outlook; 1978.

<sup>7</sup> Johnson DE. The nature of a science of nursing Nurs Outlook; 1959.

<sup>8</sup> Leininger M M. Transcultural nursing: concepts, theories and practice. New York: Wiley & Sons; 1978.

<sup>9</sup> Dickoff & James. A theory of theoris: a position paper. Nursing research; 1968.

<sup>10</sup> Rogers M. An introduction to the theoretical basics of nursing. Philadelphia: F A Davis Company; 1970.

<sup>11</sup> Bilitsky 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.

<sup>12</sup> Fawcett. The metaparadigm of nursing: Current status and future refinement s. Image; 1984.

<sup>13</sup> Woods N K & Catanzaro M. Nursing research: theory and practice. St. Louis: The CV Mosby Company; 1988.

ejecutar un sinnúmero de acciones profesionales y no profesionales adicionales y colaterales. Otros la definen de acuerdo con lo que creen que debería de ser. Esta forma de conceptualización es la que han adoptado algunas teoristas y según la experiencia puede llevar a un 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 1978).<sup>14</sup>

Después de Florence Nightingale quien primero definió enfermería y la diferenció como profesión independiente de la medicina, con metas propias; enfermería duró casi 70 años en el oscurantismo conceptual. Durante este período su definición se transformó en algo metafórico asimilando 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 cuál 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 se atraviesa. Al establecer la disciplina de enfermería, Nightingale conceptualizó acerca de su naturaleza y de la necesidad de desarrollar un cuerpo de conocimientos diferente 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 él (Nightingale, 1969 original de 1859).<sup>15</sup>

Esta primera definición despreciada y olvidada por la comunidad enfermera 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

---

<sup>14</sup>Fuller S.S.Holistic man and the science and practice of nursing.Nursing Outlook;1978.

<sup>15</sup> Nightingale F. Notes on Nursing: What it is and what is not. New York: Dover; 1969.

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 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 hospitalaria a la universitaria, cambio que aún hoy en día es difícil de llevar a cabo puesto que persiste en muchos la organización por áreas de especialización médica, o con áreas de enfermería basadas en patología (Chinn y Jacobs 1987,<sup>16</sup> Archivos ACOFAEN<sup>17</sup>).

Dorothy Johnson, antes de definir sus postulados teóricos en forma del modelo de sistemas de comportamiento enfatizó en la necesidad de tener claridad sobre la meta de la profesión. Para Johnson tener claro éste 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

---

<sup>16</sup>Chinn P & Jacobs M. *Theory and Nursing*. 2nd Ed. St Louis: The CV. Mosby Company; 1987.

<sup>17</sup>Manfredi M. *La investigación como componente de liderazgo*. ACOFAEN, OPS. *Primer Coloquio Panamericano en Enfermería*. Bogotá, Colombia; 1988.

enfoque diferente y más sofisticado ya que se deriva de concepción netamente psicodinámica (Johnson 1959).<sup>18</sup>

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 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).<sup>19</sup> 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 manejan el concepto de prevención, al cual se le dio muy poca importancia hasta años recientes.

El mismo año Ida Orlando también definió enfermería como: “brindar la ayuda que el paciente necesite para satisfacer las necesidades que se requieren para que su bienestar físico y mental sea asegurado” (Iyer 1986).<sup>20</sup> 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 de paciente enfermo y no de persona sana.

Stevens (1984)<sup>21</sup> sugiere que la definición de enfermería está 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 B. 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

---

<sup>18</sup> Johnson D. E. Op. Cit. pág. 292

<sup>19</sup> Henderson V. Naturaleza de la enfermería: Después de veinticinco años. Madrid: InteramericanaMcGraw Hill; 1994.

<sup>20</sup> Iyer P. Nursing process and nursing diagnosis. Philadelphia; W B Saunders Company; 1986.

<sup>21</sup> Stevens B J. Nursing theory. Boston: Little, Brown and Company; 1984)



la definición. Adolece de ambigüedad y carece del elemento fundamental que centra la actividad profesional.

Donalson y Crowley (1978)<sup>22</sup> 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 sí 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 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.

Meleis (1985)<sup>23</sup> 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 ésta; 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 de presente aspectos como la transición, interacción, el proceso de enfermería, el contexto, la terapéutica de enfermería y la salud.

Leininger (1988)<sup>24</sup> define a enfermería como una ciencia y un arte humanística, aprendida, 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 ésta tiene significado físico, psicocultural o social para quien es sujeto del cuidado.

Benner (Marriner 1994),<sup>25</sup> 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.

---

<sup>22</sup>Donalson SK & Crowley DM. Op. Cit. pág. 20

<sup>23</sup>Meleis A. Theoretical Nursing: Development and Progress. Philadelphia: JB. Lippincott Company;1985

<sup>24</sup> Leininger M M. Care: The essence of nursing and health. Detroit: Wayne University Press. 1988 Cap I.

<sup>25</sup> Marriner A. Modelos y teorías de enfermería. 3ª edición. Madrid; 1994.

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

Martha Rogers (1990)<sup>26</sup> 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 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 (1991 y 1994)<sup>27</sup> conceptualiza a enfermería como el estudio del cuidado de la experiencia de la salud de los humanos. Entendiendo la experiencia de la salud como una expansión de 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 anota el contraste entre algunas de ellas, y la complementación y semejanza entre otras. Igualmente se perciben las tendencias filosóficas que fundamentan las definiciones.

---

<sup>26</sup> Rogers M. Vision of Rogers science – bases nursing. New York: National league for nursing press. 1990. Unit I.

<sup>27</sup>Newman M. Healtas Expanded consciousness. New York: League for Nursing Press; 1994.

## 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 cuidados 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.

Con el fin de precisar las características de la disciplina enfermera, Fawcett (1984)<sup>28</sup> 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.<sup>29</sup>

Además, es difícil, casi imposible, hablar de la disciplina enfermera sin tener en cuenta los contextos que han marcado su evolución. En esta óptica, parece oportuno situar las grandes corrientes del pensamiento que han favorecido el resurgir de los actuales conceptos de la disciplina enfermera.

### 4.2.1 Paradigma de la categorización

Un cambio en un fenómeno es consecuencia de condiciones anteriores. Así, los elementos y las manifestaciones conservan entre sí las relaciones lineales y causales. Bajo el ángulo de este paradigma, el desarrollo de los conocimientos se orienta hacia el descubrimiento de leyes universales.

Aplicado en el campo de la salud este paradigma orienta el pensamiento hacia la búsqueda de un factor causal responsable de la enfermedad. Por ejemplo, el aislamiento diferenciado de bacterias ha permitido clasificar y asociar estas bacterias a los signos y síntomas precisos de enfermedades en el ser humano. Estas

---

<sup>28</sup> Fawcett J. Op. Cit. Pág. 87

<sup>29</sup> KEROUAC, S.; Pepin, J.; Ducharme, F.; Duquette, A.; Major, F. Grandes Corrientes del pensamiento Edit. MASSON: Barcelona, España; 2005.

manifestaciones poseen características definidas de aparición y de enlaces previsibles.

El paradigma de la categorización ha inspirado particularmente dos orientaciones en la profesión de enfermería, 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.

#### **4.2.1.1 Orientación hacia la salud pública.**

Los escritos referidos a la orientación hacia la salud pública se sitúan en el alba de la sociedad moderna occidental, desde el siglo XIII al XIX. La necesidad de mejorar la salubridad y de controlar las enfermedades infecciosas en los medios clínicos y comunitarios caracteriza esta orientación. Recordemos que, a mitad del siglo XIX, la mayoría de la población no sabe nada acerca de las infecciones bacteriológicas y sobre los modos de propagación de la enfermedad, e ignora las precauciones más elementales. Son las motivaciones espirituales y humanitarias las que influyen profundamente los cuidados enfermeros de la época. En efecto, el cuidado que se dedica a envoltura corporal tiene por fin mantener el cuidado del alma (Colliere, 1986).

Según Nightingale, los cuidados enfermeros están basados no solamente en la compasión, sino también en la observación y la experiencia, los datos estadísticos, el conocimiento en higiene pública y en nutrición y sobre las competencias administrativas. La preocupación de la enfermera que está al lado de personas enfermas o sanas consiste en proporcionar al paciente el mejor entorno posible para que las fuerzas de la naturaleza permitan la curación o el mantenimiento de la salud.

La actividad de la enfermera está dirigida hacia la persona y su entorno con la intención de mantener y recuperar la salud, la prevención de las infecciones y heridas, la enseñanza de los modos de vida sana y el control de las condiciones sanitarias. Los cuidados enfermeros van dirigidos a todo, enfermos y gente sana, independientemente de las diferencias biológicas, clase económica, creencias y enfermedades. 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 así mismo reconocido en la actividad enfermera orientada hacia el cambio del entorno, puesto que tiene por objeto la mejora de las condiciones de vida personales y comunitarias.<sup>30</sup>

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”. El cuidado es a la vez un arte y una ciencia, por lo que requiere una formación formal.

#### **4.2.1.2 Orientación hacia la enfermedad.**

Según esta orientación, el cuidado está enfocado hacia los problemas, los déficit o las incapacidades de la persona. La enfermera delimita las zonas problemáticas que son de su competencia, su intervención consiste en eliminar los problemas, cubrir los déficit y ayudar a los incapacitados.

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

La salud es un equilibrio altamente deseable.

El entorno es un elemento separado de la persona. El entorno es físico, social y cultural. En general es hostil al ser humano. Dado que es percibido negativamente, debe ser manipulado y controlado.<sup>31</sup>

#### **4.2.2 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.

---

<sup>30</sup> Nightingale F. Op. Cit.

<sup>31</sup> Gortner S R. The history and philosophy of nursing science and research. Advances in nursing science; 1983.

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

#### **4.2.2.1 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 enfermera evalúa las necesidades de ayuda de la persona teniendo en cuenta sus percepciones y su globalidad.

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. Según esta perspectiva, la persona puede influenciar los factores preponderantes de su salud, teniendo en cuenta el contexto en que se encuentra. Busca las mejores condiciones posibles para obtener una salud y un bienestar óptimos.

La salud es un ideal que se ha de conseguir y está influenciada por el contexto en que la persona vive. La salud óptima es posible cuando hay ausencia de enfermedad y presencia de varios elementos que constituyen la salud.

El entorno está constituido por los diversos contextos (histórico, social, político, etc.) en el que la persona vive. Las interacciones entre el entorno y la persona se hacen bajo la forma de estímulos positivos o negativos y de reacciones de adaptación. Estas interacciones son circulares.<sup>32</sup>

#### **4.2.3 Paradigma de la transformación**

El paradigma de la transformación representa un cambio de mentalidad sin precedentes. Se trata de un proceso recíproco y simultáneo de interacción.

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,

---

<sup>32</sup> Rogers M. Op. Cit.

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.

El paradigma de la transformación es la base de una apertura de la ciencia enfermera hacia el mundo.

La Organización Mundial de la Salud (OMS), autora de la declaración de Alma Ata, reconoce las relaciones entre la promoción, la protección de la salud de los pueblos y el progreso equitativo sobre el plan económico y social. La OMS propone la puesta en marcha de un sistema de salud basado sobre una filosofía en que “los hombres tienen el derecho y el deber de participar individual y colectivamente en la planificación y la realización de las medidas de protección sanitaria que le son destinadas”.<sup>33</sup>

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. La persona y el entorno están en constante cambio, mutuo y simultáneo. Igual que la persona, el entorno tiene su propio ritmo y se orienta hacia una dirección imprevisible. Las preocupaciones actuales concernientes a las relaciones entre el ser humano y el planeta indican una toma de conciencia de esta constante interacción. El entorno evoluciona a un ritmo cuya orientación, amplitud y velocidad están estrechamente unidas a las interacciones pasadas, presentes y futuras entre dicho entorno y el ser humano.<sup>34</sup>

---

<sup>33</sup> Organización Mundial de la Salud. Los cuidados primarios de la salud. Informe de la Conferencia Internacional sobre los Cuidados Primarios de Salud, Ginebra, 1978 (Serie “Salud para todos”, no. 1).

<sup>34</sup> KEROUAC S. Op. Cit. pág. 1-21

## **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: ¿Qué hacen y qué deberían hacer las enfermeras como profesionales de la enfermería?, ¿Por qué hacen las enfermeras lo que hacen? Y ¿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 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 contemplar la práctica, la educación y la gestión de enfermería. Es cuestión de cada uno de los profesionales usar este modelo para el propósito con que se construyó: mejorar los cuidados de enfermería.<sup>35</sup>

#### **4.3.1.1 Naturaleza del autocuidado**

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 totalidad de un individuo, incluyendo no sólo 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 su propio beneficio para el mantenimiento de la vida, la salud y el bienestar.<sup>36</sup> 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.

---

<sup>35</sup> Orem D., Taylor S. G., McLaughling R. K. Nursing: concepts of practice. United States of America; 1991.

<sup>36</sup> Ibid, pág. 131



2. Mantenimiento del crecimiento, maduración y desarrollo normales.
3. Prevención o control de los procesos de enfermedad o lesiones.
4. Prevención de la incapacidad o su compensación.
5. Promoción del bienestar.

Como parte central del concepto de autocuidado está 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 determinadas por los siguientes factores condicionantes básicos:

1. Edad
2. Sexo
3. Estado de desarrollo
4. Estado de salud
5. Orientación sociocultural
6. Factores del sistema familiar (diagnóstico y tratamiento)
7. Factores del sistema familiar (composición/rol/relación)
8. Patrón de vida, actividades en las que se ocupa regularmente
9. Factores ambientales
10. Disponibilidad y adecuación de los recursos.

### **4.3.1.2 Requisitos de autocuidado**

Los 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 requisitos de autocuidado, los de desarrollo y los de desviación de la salud.<sup>37</sup>

#### **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 desarrollo dentro de los grupos sociales de acuerdo con el potencial humano, las limitaciones humanas conocidas y el deseo humano de ser normal (normalidad).

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.

---

<sup>37</sup>Ibid, pág. 135

#### **4.3.1.2.2 Requisitos de autocuidado de desarrollo**

Orem ha identificado un segundo tipo de requisitos, hallados en especiales circunstancias, asociados con el desarrollo humano.<sup>38</sup> Estos requisitos de autocuidado del desarrollo se clasifican en dos:

##### **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 y hacia la maduración. En tales etapas debe prestarse una especial consideración a aspectos del cuidado necesarios para sostener la vida y dirigidos específicamente a la promoción del desarrollo. Las etapas específicas del desarrollo incluyen:

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

##### **2. Condiciones que afectan al 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 por el posible peligro para la vida y el desarrollo de los materiales tóxicos que se encuentran en el entorno.

---

<sup>38</sup>Ibid, pág. 146

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 incluyen:

1. Privación 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 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.

#### **4.3.1.2.3 Requisitos de autocuidado de 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.<sup>39</sup> 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 de 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

---

<sup>39</sup>Ibid, pág. 148

condiciones genéticas, fisiológicas o psicológicas que se sabe producen patología humana o están asociadas a ésta.

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 médicamente prescritas, dirigida a la prevención de tipos específicos de patología, a 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 un estado particular de salud y que necesita formas específicas de cuidados de salud.

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 cumplirá 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.

#### **4.3.1.3 Cuidados preventivos de salud**

Orem destaca la importancia de los cuidados preventivos de salud como un componente esencial de su modelo.<sup>40</sup> 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

---

<sup>40</sup>Ibid, pág. 215

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.

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

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

#### **4.3.1.4 Déficit de autocuidado**

Aparte de la necesidad diaria y natural de sobrevivir, desde muchos puntos puede 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.<sup>41</sup> Los individuos pueden tener diversas capacidades de responder a las demandas que se les hacen para realizar las actividades de autocuidado. Las personas que tienen una enfermedad o patología, que han experimentado un trauma emocional o que no han aprendido o desarrollado suficientemente las capacidades de autocuidado pueden tener sólo una capacidad limitada para satisfacer sus necesidades de autocuidado.

Los seres humanos tienen una gran capacidad de adaptarse a los cambios que se 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

---

<sup>41</sup>Ibid, pág. 78

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

Los déficit de autocuidado son una forma de describir la relación entre las capacidades de los individuos para actuar y las demandas que les hacen para el autocuidado, o para el cuidado de los niños o adultos que dependen de ellos. 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.<sup>42</sup>

#### **4.3.1.4.1 Demanda de autocuidado terapéutico**

La demanda de autocuidado terapéutico es el conjunto de acciones de autocuidado necesarias para satisfacer los requisitos de autocuidado conocidos.<sup>43</sup> 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.

#### **4.3.1.4.2 Agencia de autocuidado**

Orem usa la palabra “agente” para referirse a la persona que realmente proporciona los cuidados o realiza alguna acción específica.<sup>44</sup> 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

---

<sup>42</sup>Ibid, pág. 81

<sup>43</sup>Ibid, pág. 138

<sup>44</sup>Ibid, pág. 174

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 aún 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 funcione. Por ejemplo, una persona que puede darse cuenta de que necesita ayuda, ser capaz de buscarla, pero preferir no hacerlo, a causa de temor o la ansiedad.

#### **4.3.1.4.3 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.<sup>45</sup> 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 desviación de la salud.

Los adultos pueden verse implicados en una amplia gama de actividades de cuidado dependiente, proporcionando cuidados totales o parciales. 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”.

#### **4.3.1.4.4 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) deben cesar? Generalmente, sin embargo, un paciente es un individuo que requiere la ayuda de enfermería para satisfacer demandas de autocuidado

---

<sup>45</sup>Ibid, pág. 196



específicas, y esta ayuda puede compensar o superar una limitación de sus capacidades.<sup>46</sup> La definición de paciente que Orem propone desde una perspectiva de enfermería, requiere tres condiciones para darse:

1. Debe haber 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 pueden 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 médicas y de enfermería apropiadas el individuo podrá adoptar algunas conductas para el cuidado de sí mismo.

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 sí mismo sus requisitos de autocuidado, o existe la posibilidad de que no sea capaz de hacerlo en el futuro.

#### **4.3.1.5 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:<sup>47</sup>

1. Actuar por otros o hacer algo por otros.
2. Guiar o dirigir a otros.
3. Brindar apoyo, ya sea físico o psicológico.

---

<sup>46</sup>Ibid, pág. 32

<sup>47</sup>Ibid, pág. 320

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 físico 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 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 nuevas limitaciones. Finalmente, la 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 autocuidados, 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.

#### **4.3.1.5.1 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.<sup>48</sup> 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 el personal de enfermería participe en operaciones interpersonales y sociales, y operaciones tecnológico-profesionales.

##### **4.3.1.5.1.1 Operaciones interpersonales y sociales.**

Los procesos interpersonales y sociales implican que el personal de enfermería desarrolle un estilo social e interpersonal adecuado cuando trabaje con los pacientes y sus familias. En particular las enfermeras deberán:

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

##### **4.3.1.5.1.2 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 diagnosticadas (valoración) deben ocurrir antes de las acciones prescriptivas (planificación), 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

---

<sup>48</sup>Ibid, pág. 298

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.

#### **4.3.1.5.2 Diagnóstico de enfermería**

Esta operación puede tener una connotación médicamente orientada, pero para Orem el diagnóstico de enfermería implica la investigación y el cúmulo de factores que inciden sobre la capacidad de autocuidado del paciente y sus demandas de autocuidado y la naturaleza de la relación entre ambas.<sup>49</sup> Esencialmente el diagnóstico de enfermería determina si el paciente necesita ayuda de enfermería, y puede 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:

1.- Determinar las demandas de autocuidado presentes futuras del individuo. 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 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.

---

<sup>49</sup>Ibid, pág. 299

2.- Determinar las capacidades de autocuidado presentes y futuras del individuo. Es necesario determinar si el paciente puede realizar su propio autocuidado, no sólo 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 tendrán que cesar. Este proceso de 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.

#### **4.3.1.5.3 Operaciones prescriptivas**

Son los juicios prácticos que deben realizar la enfermera y el paciente después de la recogida de datos, y que pueden equipararse con la fase de “planificación” del proceso de enfermería tradicional. Estas operaciones abordan los problemas de lo que puede hacerse por un individuo, dadas las 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 de un individuo, y no en relación con piezas aisladas de información. Las operaciones prescriptivas especifican los siguientes aspectos del cuidado.<sup>50</sup>

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. Cuantos más aspectos “técnicos” del cuidado se planifican y realizan, tanto mayor es el requerimiento de enfermería para desarrollar y mantener un buen contacto social e interpersonal con el paciente y con su familia.

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

---

<sup>50</sup>Ibid, pág. 300

enfermeras traten de identificar las características de la personalidad de los pacientes y de sus familiares que pueden afectar la situación de enfermería.

#### **4.3.1.5.4 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 (una 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.

El diseño de un sistema de enfermería incluye las siguientes tareas:<sup>51</sup>

1. Crear un sistema de relaciones para satisfacer los requerimientos de autocuidado ahora y en el futuro
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. La manera y el contexto en los que la

---

<sup>51</sup>Ibid, pág. 303

enfermera y el paciente interactúan es denominado “sistema de enfermería”.<sup>52</sup> 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

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

1.- Totalmente compensatorio. Es el tipo de sistema requerido cuando la o el enfermero realiza el principal papel compensatorio para el paciente.<sup>53</sup> Con frecuencia el paciente es incapaz de satisfacer sus propios requisitos de autocuidado universal y el personal de enfermería debe hacerse cargo de ellos hasta el momento en que el paciente pueda reanudar su propio cuidado o hasta que haya aprendido a adaptarse a cualquier incapacidad.

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

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

Las enfermeras no sólo deben ser las proveedoras de cuidados, sino también formar los juicios y tomar las decisiones que sean necesarios en beneficio del paciente.

2.- Parcialmente compensatorio. Este tipo de sistema de enfermería no requiere la misma amplitud e intensidad de la intervención de enfermería que el sistema totalmente compensatorio.<sup>54</sup> La enfermera debe actuar con un papel compensatorio, pero el paciente está mucho más implicado en su propio cuidado en términos de toma de decisiones y acción.

---

<sup>52</sup>Ibid, pág. 319

<sup>53</sup>Ibid, pág. 321

<sup>54</sup>Ibid, pág. 324



El papel de la enfermera en el sistema de enfermería parcialmente compensatorio puede requerir el uso de los cinco métodos de ayuda 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.

3.- De apoyo/educación. Este sistema 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 de enfermería; a veces esto puede significar simplemente alentarlos.<sup>55</sup> El papel de enfermería se limitará a ayudar a tomar decisiones y a comunicar conocimientos y habilidades. Este sistema puede requerir que la enfermera enseñe al paciente, o 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 desarrollo de las capacidades de autocuidado, mientras que el propio paciente 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. Un paciente puede requerir inicialmente un sistema de enfermería totalmente compensatorio para satisfacer los 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 solaparse; un sistema de enfermería parcialmente compensatorio y un sistema de enfermería de apoyo/enseñanza es apropiado cuando el paciente debe adquirir conocimiento y habilidades.

---

<sup>55</sup> Ibid, pág. 324

## **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 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 Minuchin<sup>56</sup> 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.<sup>57</sup> 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

---

<sup>56</sup> Minuchin S. *Familias y terapia familiar*. Barcelona: Gedisa; 1979.

<sup>57</sup> Michel A. *Sociología de la familia y el matrimonio*. Barcelona, Península; 1974.

relaciones de producción y estableciendo una íntima conexión entre familia y Estado como eslabones de un mismo proceso.<sup>58</sup>

Morgan señala que a partir de la promiscuidad inicial absoluta aparecen otras formas diferentes de familia.<sup>59</sup>

- 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

---

<sup>58</sup> Engels F. El origen de la familia, la propiedad privada y el estado. Madrid: SARPE; 1983.

<sup>59</sup> López R. F. Introducción a la sociología. Porrúa: México; 1983.

consanguíneo y punalueno de familias observadas en Hawai 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.<sup>60</sup>

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 familia es el ambiente más importante en el que ocurre y se resuelve la enfermedad por ello resulta indispensable contar con un marco de referencia que permita el estudio y la comprensión de este grupo social primario.

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 doméstico. En la era del nomadismo, con el término de “familia” se designaba a todo

---

<sup>60</sup>Lienhardt G. Antropología social. México: Fondo de Cultura Económica; 1966.

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 y esclavos y sirvientes que eran propiedad del pater, quien poseía la patria potestad y ejercía el derecho sobre la vida y la muerte de todos ellos.<sup>61</sup> 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”.<sup>62</sup>

El término 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”.<sup>63</sup> La OMS comprende como parte de la familia a los miembros del hogar emparentados entre sí hasta un grado determinado por sangre, adopción y

---

<sup>61</sup>Medalie JH. Medicina familiar. Principios y prácticas. México: Limusa;1987.

<sup>62</sup>Horwitz CN. Familia y salud familiar. Un enfoque para la atención primaria. Panamá: Bol SanitPanam; 1998.

<sup>63</sup> MD Publications. La familia humana. MD 1989.

matrimonio, en tanto que el Diccionario de la Lengua Española dice que “La familia 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”.<sup>64</sup> 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 matricentricas.

El Censo Canadiense<sup>65</sup> 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 TheUnitedStatesCensus Bureau<sup>66</sup> 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,<sup>67</sup> 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 extra familiares.<sup>68</sup>

La familia es la única institución social encargada de transformar un organismo biológico en un ser humano,<sup>69</sup> y según los socialistas Frederic Le Play y

---

<sup>64</sup> Diccionario de la Lengua Española. 19ª ed. Madrid: España-Calpe;1970.

<sup>65</sup> Elkin F. The family in Canada.Otawa, The Vanier Institute of the family, 1964.

<sup>66</sup>Walboldt FS.Social and the family behavior.Pennsylvania, John Wiley, 1987.

<sup>67</sup>Meissner W W. Aspectos psiquiátricos del estudio de la familia. Buenos Aires: Paidós; 1976.

<sup>68</sup> Minuchin S. Op. Cit.

<sup>69</sup>Goode W J. La familia como elemento en la estructura social. México: UTEHA; 1982.

Proudhon<sup>70</sup> "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.<sup>71</sup>

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 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.

---

<sup>70</sup> Michael A. Op. Cit.

<sup>71</sup> Gómez Clavelina FJ et al: Selección y análisis de instrumentos para la evaluación familiar. México: ArchMedFam; 1999.

- 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.<sup>72</sup>

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.<sup>73</sup>

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 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.<sup>74</sup>

---

<sup>72</sup> Elkin F. Op Cit.

<sup>73</sup> Caparros N. Crisis en la familia. Madrid: Kargeiman; 1981.

<sup>74</sup> Ackerman N W. Diagnóstico y tratamiento de las relaciones familiares. Buenos Aires: Hormé; 1982.



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.<sup>75</sup>

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.<sup>76</sup> 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.
- 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

---

<sup>75</sup> Michel A. Op. Cit.

<sup>76</sup> Horwitz C N. Op. Cit. pág. 155

comportamiento. Existen familias urbanas y rurales en 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 Leñero<sup>77</sup> 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.
  - 2 Popular proletario.
  - 3 Medio.
  - 4 Elitista de dominio.
  
- c. Ubicación geosocial de acuerdo a:
  1. La región en que habitan.
  2. Las redes de relación ecológica que mantengan.
  3. Su grado de sedentarismo o migración.

---

<sup>77</sup> 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.

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,<sup>78</sup> 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 más funcionales que las seminucleares,<sup>79</sup> Maccoby sostiene que aun en las familias que no tienen padre las mujeres sumamente productivas logran criar hijos productivos.<sup>80</sup>
- 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

---

<sup>78</sup>Medalie J H. Medicina familiar. Principios y prácticas. México: Limusa; 1987.

<sup>79</sup>Saldívar 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.

<sup>80</sup>Maccoby M. El carácter nacional mexicano. México: Plaza y Janés; 2002.

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,<sup>81</sup> 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 de los hijos, pero en otras ocasiones su presencia motivará 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.

---

<sup>81</sup> Revilla A L. El apoyo social y la atención primaria de salud. España: Atención primaria; 1991.

- 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:<sup>82</sup> 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 res. 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.

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.

---

<sup>82</sup>König R. La familia en nuestro tiempo. Madrid: Siglo XXI; 1981.

- 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.<sup>83</sup>

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.<sup>84</sup> Pueden considerarse

---

<sup>83</sup>Chagoya B L. Psicoterapia familiar. Manual de psiquiatría. Madrid: Karpos; 1980.

<sup>84</sup>Revilla A L. Op. Cit. pág. 662.

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 doméstica deben ser considerados dentro del hogar como miembros importantes ya que obligan a la familia a asumir responsabilidades extras, modifican funciones y roles y crean tensiones grupales que pueden favorecer un ambiente propicio para la enfermedad.

- ➡ El grupo domestico 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 reciprocas.

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 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 doméstico, 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 doméstico 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 recíprocas y que por lo general, aunque no siempre, están ligadas por lazos de parentesco.<sup>85</sup>

Aunque es obvio que nadie carece de familia, ya que todos somos padres o hijos de alguien y ese vínculo nos hace tener o haber tenido una familia de origen, se ha denominado sin familia<sup>86</sup> a aquellas personas separadas y viudos sin hijos, solteros separados de su núcleo familiar y a los jóvenes que por necesidades de estudio o trabajo viven carentes de grupo doméstico, 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 conciben 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.

---

<sup>85</sup>Lienhardt G. Op. Cit.

<sup>86</sup> Revilla A L. Una nueva clasificación demográfica de la familia para su uso en atención primaria de salud. España: Atención primaria; 1991.



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 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, más 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 familia<sup>87</sup> es un sistema que estudia la compleja naturaleza de las funciones 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.<sup>88</sup> 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.<sup>89</sup>

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

---

<sup>87</sup> Tseng W S, McDermott J. Triaxial family classification. Philadelphia: Child psychiatry; 1979.

<sup>88</sup> Sánchez A J. Etapas de la familia. Familia y sociedad. México: Joaquín Mortiz; 1976.

<sup>89</sup> Minuchin S. Op. Cit.

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.<sup>90</sup>

Límites: 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 particulares 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 si 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 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

---

<sup>90</sup> Savater F. El valor de educar. Barcelona: Ariel; 1997

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,<sup>91</sup> de la masculinidad compulsiva.
- Geografía o mapa: es el esquema que representa gráfica y sencillamente la organización de una familia y proporciona datos para entender la dinámica del grupo familiar.

---

<sup>91</sup> Maccoby M. Op. Cit. pág. 250

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 a aislarlas.<sup>92</sup> 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:

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

---

<sup>92</sup> Velasco M L. Sinibaldi J F. Manejo del enfermo crónico y su familia (sistemas, historias y creencias). México: El Manual Moderno;2001.

- 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.<sup>93</sup>

Según Maslow<sup>94</sup>, el comportamiento humano está motivado, controlado e influido por una jerarquía de necesidades, que son:

- 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).

---

<sup>93</sup> Hevia R P. Participación de la comunidad en la atención primaria a la salud. México: SaludPúbMéx; 1985.

<sup>94</sup>Maslow A. H. Motivation and personality. New York: Harper & Row; 1954.

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,<sup>95</sup> 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:

- 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.

---

<sup>95</sup> Epstein NB, McAuley RG. Estudio de los problemas emocionales dentro del sistema familiar. México: Limusa; 1987.

- 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 la 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.<sup>96</sup>

Estas funciones están estrechamente relacionadas, son interdependientes y se deben cumplir en la familia como conjunto y unidad; confirman la idea de que el 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.<sup>97</sup> 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.

---

<sup>96</sup>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.

<sup>97</sup>Ackerman N W. Op. Cit.



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.<sup>98</sup> 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 signa dentro de ella los diferentes roles está estrechamente relacionada con su estilo de vida.<sup>99</sup> Los roles familiares se refieren a la forma de actuación, expectativas y normas que un individuo tienen ante una situación familiar específica en la que están involucradas otras personas u objetos. Es un modelo extraído de la posición legal, cronológica o sexual de un miembro de la familia, y describe ciertas conductas esperadas, permitidas y prohibidas de la persona en ese rol. 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

---

<sup>98</sup> Michael A. Op. Cit.

<sup>99</sup> Epstein N B, Mc Auley R G. Estudio de los problemas emocionales dentro del sistema familiar. México: Limusa; 1987.

patología, tanto individual como familiar. En el modelo de Mc Master <sup>100</sup> los roles familiares son definidos como patrones repetitivos de conducta por medio de los cuales los miembros de la familia cumplen ciertas funciones.

#### **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 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.<sup>101</sup> 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,<sup>102</sup> un útil instrumento de organización y

---

<sup>100</sup> Ibid, pág. 275-281.

<sup>101</sup> Vargas P. El modelo biopsicosocial, un cambio de paradigma. Madrid; Sem FYC y CIMF; 1997.

<sup>102</sup> Estrada I L. El ciclo vital de la familia. México: Posadas; 1982.

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.<sup>103</sup> 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 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.<sup>104</sup>

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 ésta 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

---

<sup>103</sup> Vargas P. Op. Cit. pág. 45

<sup>104</sup> Mc Whinney I R. medicina de familia. Barcelona: Mosby/Doyma Libros; 1995

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 crianza.<sup>105</sup>

#### **4.4.1.7.1 Etapas y fases de la familia**

##### **4.4.1.7.1.1 Etapa constitutiva**

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.

##### **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”,<sup>106</sup> 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, más probabilidad hay de que la vida en pareja sea duradera. Medalienseñala que las parejas que se tratan durante dos o más años se divorcian o separan con 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.<sup>107</sup>

- Residencia en una determinada comunidad.

---

<sup>105</sup> Huerta-González J L. Guía para la elaboración del Estudio de Salud Familiar. México: Hospital Central “Doctor Ignacio Morones Prieto”; 2000.

<sup>106</sup> Monroy V A. La educación de la sexualidad dentro del ciclo de vida de la familia. México; 1985.

<sup>107</sup> Medalie J H. Etapa pre y pos matrimonial temprana. México: Limusa; 1987.

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

Sánchez Azcona<sup>108</sup> 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 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.<sup>109</sup>

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.

---

<sup>108</sup> Sánchez A J. Op. Cit. pág. 22

<sup>109</sup> Paz O. El laberinto de la soledad. 3ª ed. México: Fondo de Cultura Económica; 1999.

#### **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 unen. “El matrimonio, señala Haley, no 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):<sup>110</sup>

- 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.

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

---

<sup>110</sup>Medalie J H. Op. Cit. pág.147-162.

#### **4.4.1.7.1.4 Etapa procreativa**

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.<sup>111</sup> 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, 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.

---

<sup>111</sup>Monroy V A. Op. Cit. pág. 73

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

#### **4.4.1.7.1.5 Fase de consolidación de la familia**

En esta fase comienza la apertura hacia el exterior.

Dice Savater 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.<sup>112</sup>

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, 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.

---

<sup>112</sup>Savater F. Op. Cit.



#### **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 aún 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.<sup>113</sup>

#### **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. Estas crisis también pueden conducirlos al fortalecimiento de su

---

<sup>113</sup>Kornblit A. Somática familiar. Barcelona: Gedisa; 1984.

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.

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, vejentud, 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.<sup>114</sup>

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 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.<sup>115</sup>

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.<sup>116</sup>

---

<sup>114</sup> Mejía M J, Ortiz H D. La familia. México: Mc Graw Hill; 1999.

<sup>115</sup> Infante C C. Bases para el estudio de la interacción redes sociales – usos de servicios de salud. México: Salud Pública México; 1988.

<sup>116</sup> Urdaniz AP et al. Aspectos arquetípicos del envejecimiento: del Eros al Tanatos. España: ActasEspPsiquiatr; 1999.

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 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 crecimiento del grupo familiar <sup>117</sup>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 estén 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 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. <sup>118</sup>

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 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 éste el miembro del grupo que necesita ayuda; sus síntomas pueden constituir

---

<sup>117</sup>Frugé E, Crouch M, Bray J. Dinámica y salud familiares. 2ª ed. España: Mc Graw Hill-Interamericana; 2000.

<sup>118</sup>Chagoya B L. Op. Cit. pág. 1054

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.

#### **4.4.1.9 Genograma**

El genograma (familiograma, árbol familiar, árbol genealógico, pedigree familiar o carta genealógica):<sup>119</sup> 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, antecedente 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.
- ✓ Nombre del paciente identificado.}

---

<sup>119</sup> Gómez Clavelina F J. Op. Cit. pág. 20

- ✓ 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 doméstico.
- 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 doméstico.
- 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.<sup>120</sup>

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 familiares<sup>121</sup> o el esquema dinámico-estructural (Macías, 1974), su manejo debe quedar reservado para el psicoterapeuta familiar, pues se requiere de

---

<sup>120</sup> Gómez Clavelina F J. Análisis comparativo de seis recomendaciones internacionales para el diseño de genogramas en medicina familiar. ArchMedFam; 1999.

<sup>121</sup> Velasco M L. Op. Cit.



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.
- ✓ 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 Hipertensión arterial**

Las enfermedades cardiovasculares son las principales causas de muerte en el continente americano, además de ser una causa común de discapacidad, muerte prematura y altos costos para su prevención y control. Estas enfermedades afectan por igual a los diferentes grupos de población, independientemente de su nivel cultural o socioeconómico, por lo que su prevención y control representan un reto para la salud pública del país, debido a que constituyen un conjunto de enfermedades que resultan de estilos de vida no saludables.<sup>122</sup>

La Organización Panamericana de la Salud estima que durante los próximos diez años ocurrirán aproximadamente 20.7 millones de defunciones por enfermedades

---

<sup>122</sup> Norma Oficial Mexicana NOM-030-SSA2-2009, Para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento y control de la hipertensión arterial sistémica.

cardiovasculares en América, de las cuales 2.4 millones pueden ser atribuidas a la hipertensión arterial, componente importante del riesgo cardiovascular.

En México, durante el periodo comprendido entre 1993-2005, se han observado incrementos en la prevalencia de obesidad, hipercolesterolemia, hipertensión arterial y síndrome metabólico, de acuerdo con las encuestas nacionales. Según datos de la Encuesta de Enfermedades Crónicas de 1993, la prevalencia nacional en población mayor de 20 años fue de 21.3% para obesidad, 26.6% para hipertensión arterial, 30% para Síndrome Metabólico y 35.3% para hipercolesterolemia.

Obesidad. De 1993 a 2000, la prevalencia de obesidad aumentó en tres puntos porcentuales y se acentuó respecto a 2005, al pasar de 24% en 2000 a 30%, lo que refleja un incremento en el ritmo sobre el cual crece la obesidad en el país.

Hipertensión Arterial. Su prevalencia en la población de 20 años y más es de un tercio de esa población (30.8%), cuatro puntos porcentuales más que en 1993 y sin cambios significativos de 2000 a 2005. El cambio porcentual fue ligeramente mayor en mujeres (25.1 a 30.6%) respecto a hombres (28.5 a 31.5%) en todo el periodo.

#### **4.4.2.1 Concepto**

**Hipertensión Arterial Sistémica (HAS)**, al padecimiento multifactorial caracterizado por aumento sostenido de la Presión arterial sistólica, diastólica o ambas, en ausencia de enfermedad cardiovascular renal o diabetes  $\geq 140/90$  mmHg, en caso de presentar enfermedad cardiovascular o diabetes  $> 130/80$  mmHg y en caso de tener proteinuria mayor de 1.0 gr. e insuficiencia renal  $> 125/75$  mmHg.<sup>123</sup>

Elevación crónica de la presión arterial (PA).<sup>124</sup>

La PA es la fuerza hidrostática de la sangre sobre las paredes arteriales que resulta de la función de bombeo del corazón, volumen sanguíneo, resistencia de las arterias al flujo y diámetro del lecho arterial.

---

<sup>123</sup> Ibid.

<sup>124</sup> Kasper D. Cols. Harrison Manual de medicina. 16ª ed. Mc Graw Hill Interamericana: España; 2005.

La PA es el resultado del producto del gasto cardiaco y la resistencia vascular periférica. Sin embargo, ninguno de estos factores la controla de manera absoluta por que estos a su vez dependen de muchos elementos fisiológicos, entre ellos:

Gasto cardiaco: determinado por la frecuencia cardiaca y la fuerza de contracción, mismas que a su vez están en función del retorno venoso, que depende de la actividad constrictora o dilatadora de las venas y de la actividad del sistema renal.

Resistencia vascular periférica: depende de la actividad constrictora o dilatadora de las arteriolas, del eje renina-angiotensina-aldosterona y de la propia magnitud del gasto cardiaco.

#### 4.4.2.2 Clasificación y criterios diagnósticos

La Hipertensión Arterial Sistémica (HAS) se clasifica de acuerdo con los siguientes criterios:<sup>125</sup>

- ✓ Con fines de clasificación y registro, se utilizará la CIE-10.
- ✓ La HAS se clasifica, por cifras, de acuerdo a los siguientes criterios:

Categoría	Sistólica mmHg.	Diastólica mmHg.
Optima	< 120	< 80
Presión arterial normal	120 a 129	80 a 84
Presión arterial fronteriza*	130 a 139	85 a 89
Hipertensión 1	140 a 159	90 a 99
Hipertensión 2	160 a 179	100 a 109
Hipertensión 3	≥ 180	≥ 110
Hipertensión sistólica aislada	≥ 140	< 90

FUENTE: Norma Oficial Mexicana NOM-030-SSA2-2009, Para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento y control de la hipertensión arterial sistémica.

\* Las personas con PA normal (con factores de riesgo asociados) o fronteriza aún no tiene hipertensión pero tienen alto riesgo de presentar la enfermedad por lo que

<sup>125</sup> Norma Oficial Mexicana NOM-030-SSA2-2009, Para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento y control de la hipertensión arterial sistémica.

ellos y los médicos deben estar prevenidos de dicho riesgo e intervenir para retrasar o evitar el desarrollo de la HAS. La importancia de considerar los diferentes valores de la PA aun la normal o normal alta, reside en la coexistencia con otros factores de riesgo y/o daño orgánico (subclínico o establecido) que incrementan la morbilidad y la mortalidad.

Estratificación del riesgo en la HAS: Aun cuando la HAS curse asintomática, puede provocar daño cardiovascular que dependerá del grado de la PA y de su asociación con otros factores de riesgo u otras enfermedades, por lo que se ha establecido una forma de calcular el riesgo:

### Estratificación del riesgo en la HAS

Otros factores de riesgo/enfermedades	Presión Normal	Presión fronteriza	HAS 1	HAS 2	HAS 3
Sin otros factores de riesgo. (1)*	Promedio	Promedio	Bajo	Moderado	Alto
1 o 2 factores de riesgo.	Bajo	Bajo	Moderado	Moderado	Muy alto
3 o más factores de riesgo. Daño orgánico subclínico. (2)*	Moderado	Alto	Alto	Alto	Muy alto
Daño orgánico establecido. (3)* o Diabetes.	Alto	Muy alto	Muy alto	Muy alto	Muy alto

FUENTE: Norma Oficial Mexicana NOM-030-SSA2-2009, Para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento y control de la hipertensión arterial sistémica.

**\*Elementos para la estratificación del riesgo en la HAS**

<b>(1) Factores de riesgo</b>	<b>(2) Daño orgánico subclínico</b>	<b>(3) Daño orgánico establecido</b>
Hombre > 55 años	Hipertrofia del VI	Enfermedad vascular cerebral isquémica o hemorrágica
Mujer > 65 años	Grosor íntima/media carotídea > 0.9 mm. o ateroma	Cardiopatía Isquémica
Tabaquismo	Creatinina H 1.3 a 1.5 mg/dl; M 1.2 a 1.4 mg/dl	Insuficiencia cardiaca
Dislipidemias: c total > 240, c-LDL con riesgo bajo > 160 con riesgo moderado > 130 con riesgo alto > 100 c-HDL < 40	Microalbuminuria	Nefropatía diabética
Historia familiar de enfermedad cardiovascular: H < 55 años, M < 65 años		Insuficiencia renal: creatinina: H > 1.5 mg/dl; M > 1.4 mg/dl
Obesidad abdominal: H ≥ 90 cm M ≥ 80 cm		Retinopatía IV
Vida sedentaria		Insuficiencia arterial periférica
		Diabetes mellitus

FUENTE: Norma Oficial Mexicana NOM-030-SSA2-2009, Para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento y control de la hipertensión arterial sistémica.

✓ **Clasificación etiológica.**

- **Primaria o Esencial:** Se presenta en la mayor parte de los casos, no hay una causa orgánica identificable; entre otros mecanismos participan la herencia, alteraciones en el sistema nervioso simpático, el volumen sanguíneo, el gasto cardiaco, las resistencias arteriolas periféricas, el

sistema renina-angiotensina-aldosterona, la sensibilidad al sodio y la resistencia a la insulina.

- Secundaria: Se identifica una causa orgánica, que puede ser:
  - Renal: glomerulopatías, tubulopatías y enfermedades intersticiales.
  - Vascular: Coartación de la aorta, hipoplasia de la aorta, renovascular, trombosis de la vena renal, arteritis.
  - Endocrina: Enfermedades de la tiroides o de la paratiroides, aldosteronismo primario, síndrome de Cushing, feocromocitoma.
  - Del sistema nervioso central: Tumores, encefalitis, apnea del sueño.
  - Físicas: Quemaduras.
  - Inducidas por medicamentos: Esteroides suprarrenales, antiinflamatorios no esteroideos, inhibidores de la ciclooxigenasa 2, anfetaminas, simpaticomiméticos, anticonceptivos orales, ciclosporina, eritropoyetina, complementos dietéticos.
  - Inducidas por tóxicos: Cocaína, orozuz (Regaliz), plomo.
  - Inducidas por el embarazo: Incluye pre-eclampsia y eclampsia.

#### **4.4.2.3 Diagnóstico**

Detección, el objetivo de la detección es identificar a todo individuo adulto que esté en riesgo de presentar PA fronteriza o HAS.<sup>126</sup>

Los factores de riesgo no modificables que incrementan la probabilidad de presentar hipertensión arterial son tener padres hipertensos y edad mayor de 50 años; los factores modificables son sobrepeso, obesidad, sedentarismo, consumo excesivo de sal y de alcohol, estrés psicológico en ámbito familiar o laboral.

A los individuos con PA normal, con factores de riesgo o fronteriza, se les invitará a seguir un tratamiento conductual adecuado a fin de reducir la PA.

Los individuos que en el momento de la detección muestren una PA  $\geq 140$  mm de Hg y/o  $\geq 90$  mm de Hg invariablemente deberán recibir la confirmación diagnóstica.

El diagnóstico se basa en el promedio de por lo menos tres mediciones realizadas en intervalos de tres a cinco minutos dos semanas después de la detección inicial.

---

<sup>126</sup> Ibid.

Cuando la PA sistólica y diastólica se ubican en diferentes etapas de HAS se utilizará el valor más alto para clasificarlo.

#### **4.4.2.4 Tratamiento y control**

El plan de manejo debe incluir el establecimiento de las metas de tratamiento, el tratamiento conductual, el tratamiento farmacológico, la educación del paciente y la vigilancia de complicaciones.<sup>127</sup>

- Metas

La meta principal del tratamiento consiste en lograr una PA <140/90; en el caso de las personas con diabetes o enfermedad cardiovascular establecida, mantener una PA <130-80; y en presencia de proteinuria mayor de 1.0 gr e insuficiencia renal, < 125/75.

Otras metas complementarias para la salud cardiovascular son mantener un IMC <25; colesterol <200 mg/dl; evitar o suprimir el tabaquismo y disminuir el consumo excesivo de sodio y alcohol.

En pacientes con sobrepeso y obesidad se recomienda reducir del 5-10% del peso corporal inicial durante el tratamiento en seis meses con una pérdida semanal de 0.5 kg a 1 kg. En el plan de alimentación correspondiente se hará una restricción de 300-500 kilocalorías de acuerdo al requerimiento actual del paciente.

Una vez que el paciente haya alcanzado el peso esperado, se implementa un plan de alimentación y ejercicio para el mantenimiento del peso corporal logrado (aproximadamente un año de duración).

Para la realización del plan de alimentación la distribución de nutrimentos será: 55-60% de hidratos de carbono (no más de 5% de azúcares simples), del 20-25% de grasa (6% de grasa saturada < 1% grasa trans), 10-15% de proteína (personas con daño renal 0.8g/kg/día), < 200 mg de colesterol, 4,700 mg de potasio, 1,250 mg de calcio, 500 mg de magnesio y 14 gr por cada 1000 kcal/ día de fibra.

---

<sup>127</sup> Ibid.

Limitar la sal a < 5 gr al día (2,000 mg de sodio) escogiendo alimentos bajos en sal y limitar la cantidad de sal añadida a los alimentos,

Incluir en el plan de alimentación una variedad de frutas con cáscara, verduras (crudas de preferencia) por su aporte de vitaminas, antioxidantes y minerales; cereales integrales; leguminosas, pescado, lácteos descremados, pollo y carnes magras.

Evitar los alimentos fritos, capeados y empanizados y preferir aquéllos que se encuentren asados, a la plancha, al vapor y horneados.

Limitar el consumo de alimentos altos en grasa saturada, ácidos grasos trans (alimentos industrializados que para su elaboración utilizan grasas parcialmente hidrogenadas) y colesterol.

Recomendar el consumo de 1 a 2 litros de agua al día, de acuerdo a factores como el clima, edad y actividad física.

Las etiquetas de los alimentos en las latas, cajas, bolsas y otros empaques deben contener información acerca de la cantidad de sodio contenido en una porción.

#### **4.4.2.5 Prevención Primaria<sup>128</sup>**

- Prevención de la hipertensión arterial entre la población general.

Los factores modificables que ayudan a evitar la aparición de la enfermedad son: el control de peso, la actividad física practicada de manera regular; la reducción del consumo de alcohol y de sal, la ingestión adecuada de potasio y una alimentación equilibrada.

Control de peso, el IMC recomendable para la población general es >18 y <25.

~ Actividad física.

La actividad física habitual en sus diversas formas (actividades diarias, trabajo no sedentario, recreación y ejercicio) tiene un efecto protector contra el aumento de la PA.

---

<sup>128</sup> Ibid.



En el caso de personas con escasa actividad física o vida sedentaria se recomienda incorporar la práctica de actividad física hasta alcanzar 30 minutos la mayor parte de los días de la semana o bien incrementar las actividades físicas en sus actividades diarias (hogar, centros de recreación, caminata, etc.).

Se recomienda ejercicio de intensidad leve a moderada, de naturaleza rítmica, que se realizará en forma continua durante la sesión de ejercicio y que utiliza grandes grupos musculares, como son la caminata a paso vigoroso, trote, carrera, ciclismo, natación, gimnasia rítmica y baile, 30 minutos de sesión aeróbica hasta alcanzar 5 días a la semana.

~ Consumo de sal.

Debe promoverse reducir el consumo de sal cuya ingestión no deberá exceder de 6 gr/día (2.4 gr de sodio). En los adultos mayores hipertensos se promoverá reducir el consumo de sal ya que están comprobados sus beneficios y la restricción sódica suele ser una estrategia de control de la PA más eficaz que en los adultos jóvenes. Sin embargo, la restricción de sodio no debe ser siempre estricta ya que el adulto mayor tiene un riesgo aumentado de desarrollar hiponatremia el cual aumenta con la edad, debido a que va perdiendo la capacidad de excretar agua libre, comportándose como un nefrópata perdedor de sodio.

En el adulto mayor la ingesta de sodio en 24 Hrs es similar a la del joven.

Debido a la elevada utilización de sal en la preparación y conservación de alimentos, en particular de los procesados industrialmente, la población deberá ser advertida para que reduzca, en la medida de lo posible, su ingestión.

~ Consumo de alcohol.

La recomendación general es evitar o, en su caso, moderar el consumo de alcohol. Si se consume de manera habitual no deberá exceder de 30 ml de etanol (dos copas) al día; las mujeres y hombres de talla baja deberán reducir este consumo, a la mitad.<sup>129</sup>

---

<sup>129</sup> Ibid.

~ Dieta recomendable.

Debe promoverse un patrón de alimentación, también recomendable para la prevención de otras enfermedades crónicas no transmisibles, como diabetes, afecciones cardiovasculares y diversas formas de cáncer.

Específicamente, en relación con la PA debe promoverse el hábito de una alimentación que garantice la adecuada ingestión de potasio, magnesio y calcio mediante un adecuado consumo de frutas, verduras, leguminosas y derivados lácteos desgrasados

Las etiquetas de los alimentos en las latas, cajas, bolsas y otros empaques deben contener información acerca de la cantidad de sodio contenido en una porción.

~ Tabaquismo.

Por tratarse de uno de los factores de riesgo cardiovascular de mayor importancia deberá suprimirse o evitarse.

~ Promoción de la salud.

La adopción y fortalecimiento de estilos de vida saludables necesarios para prevenir o retrasar la aparición de la HTA dentro de la población general serán impulsados mediante acciones de promoción de la salud.

La Promoción de la Salud se llevará a cabo entre la población general, mediante actividades de educación para la salud, de participación social y comunicación educativa, con énfasis en ámbitos específicos como la familia, la escuela, la comunidad y grupos de alto riesgo.

~ Educación para la salud.

Se llevarán a cabo acciones educativas, principalmente entre niños, jóvenes y padres de familia, para favorecer aquellos cambios de actitud que auxilien a la prevención de la HAS.

Las acciones educativas se intensificarán entre los grupos de alto riesgo con objeto de fortalecer la responsabilidad individual y colectiva en el autocuidado de la salud.

Se promoverá la adopción de conductas correctas como la práctica de ejercicio y una alimentación saludable, principalmente entre las personas con exceso de peso, falta de actividad física, consumo excesivo de sodio y alcohol, ingesta insuficiente de potasio, PA fronteriza y mayores de 65 años de edad.

- Prevención de la HAS entre los individuos de alto riesgo.

Los individuos con exceso de peso, falta de actividad física, consumo excesivo de sal y/o de alcohol, insuficiente ingesta de potasio, PA fronteriza, antecedentes familiares de HAS y de los 65 años de edad en adelante, integran el grupo en mayor riesgo de llegar a desarrollar HAS.

Las personas identificadas en situación de alto riesgo deben ser informadas de tal situación y apoyadas para efectuar los cambios necesarios en sus estilos de vida.

#### **4.4.2.6 Prevención Secundaria<sup>130</sup>**

En pacientes hipertensos la exploración neurológica es necesaria para evaluar la posible repercusión a órgano blanco.

La determinación de glucosa sérica y perfil de lípido ayuda a definir en forma más acuciosa el riesgo cardiovascular.

La hiperkalemia puede indicar daño renal, la hipokalemia sugiere aldestoronismo, hipertiroidismo o uso de diuréticos.

Es conveniente el escrutinio de la hipertensión arterial a través de la toma periódica de la presión arterial mediante la estrategia oportunista en la consulta médica.

Es conveniente tomar la presión arterial dos veces en cada consulta, al menos en dos consultas con un intervalo semanal mínimo.

En los pacientes hipertensos debe efectuarse, fórmula roja, creatinina sérica, glucosa sérica, electrolitos (Na, K, Ca), colesterol total, HDL, triglicéridos y ácido úrico.

El sedimento urinario es útil para monitorizar algunos tratamientos y tiene especificidad poco clara para detectar otra nefropatía.

La creatinina sérica es útil para sospechar daño renal así como la selección del tratamiento farmacológico adecuado.

---

<sup>130</sup>Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento de la Hipertensión Arterial en el Primer Nivel de Atención. Evidencias y recomendaciones. México: Secretaría de Salud, 2009.

Todo paciente al que se le diagnostique hipertensión arterial debe contar con electrocardiograma de 12 derivaciones, que identifique la condición basal para futura referencia de isquemia miocárdica, defectos de la conducción e hipertrofia del ventrículo izquierdo.

Debe iniciarse tratamiento farmacológico inmediato en pacientes con presión arterial persistente con cifras  $\geq 160/100$  mmHg, así como en pacientes con presión arterial  $\geq 140/90$  con elevado riesgo cardiovascular o con daño a órgano blanco.

En pacientes hipertensos  $\geq 55$  años debe iniciarse el tratamiento farmacológico con un diurético tiazida o un calcio antagonista.

En pacientes menores de 55 años de edad el tratamiento de elección debe ser un Inhibidor de la enzima convertidora de angiotensina (ECA).

Si la terapia inicial fue con bloqueadores de los canales de calcio o diuréticos tiazidas y se requiere de agregar un segundo fármaco se recomienda el uso de inhibidores de la ECA.

Si se requiere de tratamiento farmacológico con tres drogas se debe utilizar la combinación de inhibidores de ECA, calcio antagonista y diuréticos tiazidas.

En pacientes con hipertensión arterial y diabetes mellitus, se obtiene mayor reducción en el riesgo de eventos cardiovasculares con cifras tensionales  $<130/80$  mmHg.

El paciente hipertenso deberá ser enviado anualmente a valoración oftalmológica, y por el servicio de medicina interna de segundo nivel con el propósito de vigilar, detectar y controlar oportunamente la aparición de lesiones a órgano blanco.<sup>131</sup>

#### **4.4.3 Diabetes Mellitus.**

La diabetes mellitus (DM) comprende un grupo de trastornos metabólicos que comparten el fenotipo común de la hiperglucemia. La DM se clasifica en la actualidad basándose en el proceso patogénico que conduce a la hiperglucemia.

---

<sup>131</sup> Ibid.

En esta clasificación, los términos DM tipo 1 y DM tipo 2 han reemplazado a los de diabetes mellitus insulino dependiente y diabetes mellitus no insulino dependiente respectivamente.<sup>132</sup>

La DM tipo 1 se caracteriza por un déficit de insulina y tendencia a desarrollar cetosis, mientras que la DM tipo 2 es un grupo heterogéneo de trastornos que se caracterizan por grados variables de resistencia a la insulina, trastorno de la secreción insulínica y aumento de la producción de glucosa.

De conformidad con la información de la Encuesta Nacional de Salud y Nutrición 2006 (ENSANUT) la prevalencia aumentó a 14%, lo que representa un total de 8 millones de personas con diabetes; en la población urbana, la prevalencia fue significativamente mayor.<sup>133</sup>

En México, la DM ocupa el primer lugar en número de defunciones por año, tanto en hombres como en mujeres las tasas de mortalidad muestran una tendencia ascendente en ambos sexos con más de 70 mil muertes y 400,000 casos nuevos anuales cabe señalar que según la Dirección General de Información en Salud en el 2007 hubo un número mayor de defunciones en el grupo de las mujeres (37,202 muertes) comparado con el de los hombres (33,310), con una tasa 69.2 por 100,000 habitantes en mujeres y de 64 en hombres, diferencias importantes a considerar en las acciones preventivas, de detección, diagnóstico y tratamiento de este padecimiento.

La diabetes no es un factor de riesgo cardiovascular. Es un equivalente de enfermedad cardiovascular debido a que el riesgo de sufrir un desenlace cardiovascular es igual al de la cardiopatía isquémica.

#### **4.4.3.1 Clasificación**

Para fines de clasificación y registro se utilizará la CIE-10

---

<sup>132</sup>Kasper D. Cols. Op. Cit. p.883.

<sup>133</sup>NORMA Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-2010, Para la prevención, tratamiento y control de la diabetes mellitus.

Con fines de diagnóstico y tratamiento se empleará la siguiente clasificación:<sup>134</sup>

- Diabetes Tipo 1.
  - Mediada inmunitariamente
  - Idiopática
- Diabetes Tipo 2.
- Otros tipos específicos:
  - Defectos genéticos en la función de las células beta.
  - Defectos genéticos en la acción de la insulina.
  - Enfermedad de páncreas exocrino.
  - Endocrinopatías.
  - Inducida químicamente o por drogas.
  - Infecciones.
  - Diabetes poco común mediada inmunitariamente.

#### **4.4.3.2 Detección**

La detección de la prediabetes y de la diabetes mellitus tipo 2 se debe realizar en la población general a partir de los 20 años de edad o al inicio de la pubertad si presenta obesidad y factores de riesgo con periodicidad de cada 3 años.

Es recomendable que la detección de diabetes, se haga de manera integrada con otros factores de riesgo cardiovascular, como hipertensión arterial, dislipidemias, tabaquismo, sedentarismo y circunferencia abdominal anormal, así como otras condiciones clínicas asociadas a la resistencia a la insulina.

Si la glucemia capilar es <100 mg/dl y no hay factores de riesgo se realizará esta misma prueba en 3 años. Si en la detección la glucemia capilar es <100 mg/dl y el paciente presenta obesidad, sedentarismo, tabaquismo debe ser capacitado para tener alimentación correcta, realizar su plan de actividad física y suspender el tabaquismo y repetir la detección en un año. Si la glucemia es >100 mg/dl en ayuno o

---

<sup>134</sup>Ibid.

casual >140 mg/dl se procederá a la confirmación diagnóstica con medición de glucemia plasmática de ayuno.

#### **4.4.3.3 Diagnóstico**

Se establece el diagnóstico de prediabetes cuando la glucosa de ayuno es igual o mayor a 100 mg/dl y menor o igual de 125 mg/dl (GAA) y/o cuando la glucosa dos hrs. post-carga oral de 75 g de glucosa anhidra es igual o mayor a 140 mg/dl y menor o igual de 199 mg/dl (ITG).

Se establece el diagnóstico de diabetes si se cumple cualquiera de los siguientes criterios: presencia de síntomas clásicos y una glucemia plasmática casual  $\geq$  200 mg/dl; glucemia plasmática en ayuno  $\geq$  126 mg/dl; o bien glucemia  $\geq$ 200 mg/dl a las dos hrs. después de una carga oral de 75 g de glucosa anhidra disuelta en agua, sin olvidar que en la prueba de ayuno o en la PTOG, o en ausencia de síntomas inequívocos de hiperglucemia, estos cCurva de tolerancia oral a la glucosa (CTOG): en ayuno, utilizando una carga de glucosa por vía oral de 1.75 g/kg de peso corporal (máximo 75 g). riterios se deben confirmar repitiendo la prueba en un día diferente.

En la mayoría de las personas jóvenes, el diagnóstico de la diabetes tipo 1 deberá hacerse sin dificultad y de manera urgente. Los síntomas de sed, ingesta de líquidos y micción excesivos deben inducir a la realización inmediata de pruebas anticuerpos anti-insulares.

Glucosuria intensa (>1,0 g/dl); posible cetonuria (frecuentemente >0.4 g/dl de acetoacetato); hiperglucemia aleatoria 200 mg/dl).

#### **4.4.3.4 Tratamiento y control**

El tratamiento de la diabetes tiene como propósito aliviar los síntomas, mantener el control metabólico, prevenir las complicaciones agudas y crónicas, mejorar la calidad de vida y reducir la mortalidad por esta enfermedad o por sus complicaciones.<sup>135</sup>

En las personas con glucosa anormal en ayuno, y/o intolerancia a la glucosa, de primera intención se recomienda la intervención no farmacológica (dieta y ejercicio).  
Nutrición: Reducir la sobre-ingesta calórica, principalmente la ingesta de

---

<sup>135</sup> Ibid.

carbohidratos refinados y de grasas saturadas. El objetivo es lograr la reducción de al menos un 5 a 10% del peso corporal. Consultar Manejo Nutricional de la diabetes mellitus tipo 2 y Obesidad. Ejercicio: Se recomienda ejercicio aeróbico mínimo 30 minutos al día durante 5 veces a la semana. El tipo e intensidad del ejercicio debe adaptarse a la edad y condiciones físicas de cada paciente. Consultar Ejercicio en Diabetes mellitus y Obesidad. También es importante considerar las actividades y roles que tradicionalmente realizan tanto hombres como mujeres para sugerir acciones concretas en el cuidado de su salud. El cambio de estilo de vida es por tiempo indefinido.

Los individuos identificados con glucosa anormal en ayuno, y/o intolerancia a la glucosa, requieren de una intervención preventiva por parte del médico y del equipo de salud.

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

Las metas básicas del tratamiento incluyen el logro de niveles normales de glucosa, colesterol total, triglicéridos, presión arterial, control de peso, y la HbA1c. Estas metas serán objeto de vigilancia médica, y deberán contar con la participación informada del paciente para su consecución.

- Medidas no farmacológicas.

El manejo inicial del enfermo se hará mediante medidas no farmacológicas. Se recomienda que esta forma de tratamiento se aplique de manera estricta, por lo menos durante un periodo de seis meses, consiste en un plan de alimentación, control de peso y actividad física.

Control de peso: Se considera que un paciente ha logrado un adecuado control de peso, si mantiene un IMC  $>18$  y  $<25$ ; se pueden establecer metas intermedias, de acuerdo con lo especificado en el Apéndice normativo E.



Plan de actividad física y ejercicio: El programa de ejercicio se debe fijar de acuerdo con la evaluación clínica del paciente, tomando en cuenta la edad, estado general de salud, evolución de la enfermedad, alimentación y medicamentos.

Plan de alimentación: El establecimiento del plan alimentario se efectuará con base en los hábitos del propio paciente. La dieta para el paciente diabético será variada, con suficiente consumo de verduras y frutas, hidratos de carbono complejos, fibra y con restricciones en el consumo de grasas, con el objetivo de mantener concentraciones normales de glucosa en la sangre y disminuir los niveles de lípidos.

Se evita el consumo de azúcares simples (miel, jaleas, dulces), permitiéndose el uso de edulcorantes no nutritivos, como aspartame, acesulfame de potasio, sucralosa y sacarina. Los pacientes tratados con sulfonilureas o insulina distribuirán el consumo de alimentos a lo largo del día de acuerdo a las recomendaciones de su médico.

Se recomienda que en las comidas complementarias (colaciones), se consuman preferentemente verduras, equivalentes de pan y derivados lácteos descremados.

El monitoreo de glucosa y colesterol servirá para determinar si el plan de alimentación permite cumplir las metas del tratamiento.

- Manejo farmacológico.

Los medicamentos que pueden utilizarse para el control de la diabetes son sulfonilureas, biguanidas, insulinas o las combinaciones de estos medicamentos.<sup>136</sup>

Las sulfonilureas son los fármacos de primera línea, cuando no se logran las metas del tratamiento con manejo no farmacológico. Las sulfonilureas estimulan la secreción de insulina.

Las principales sulfonilureas son las siguientes:

---

<sup>136</sup> Ibid.

- Tolbutamida (tabletas de 0,5 a 1,0 g). Se recomienda una dosis inicial de 250 a 500 mg ajustando la dosis de acuerdo con la respuesta, sin exceder de 3 g al día.
- Cloropropamida (tabletas de 250 mg). Dosis inicial de 125 a 250 mg, ajustándola de acuerdo con la respuesta, sin exceder de 500 mg al día.
- Glibenclamida (tabletas de 5 mg). Inicialmente 2.5 a 5.0 mg, ajustándose de acuerdo con la respuesta, sin exceder de 20 mg al día.
- Glimepirida (tabletas de 2 mg). Su rango terapéutico es de 1 a 8 mg en una sola toma al día. La dosis inicial es de 1 mg y se ajusta de acuerdo con el nivel de control metabólico.

Las sulfonilureas están contraindicadas en la diabetes tipo 1, en el embarazo y durante la lactancia, en complicaciones metabólicas agudas (cetoacidosis o coma hiperosmolar) y en pacientes alérgicos a las sulfas. Las sulfonilureas pueden provocar hipoglucemias graves, dermatosis, discracias sanguíneas, colestasis, hiponatremia y fenómeno disulfirán. No se deberá usar en pacientes diabéticos obesos de reciente diagnóstico, ya que éstos presentan hiperinsulinemia.

En pacientes mayores de 60 años con diabetes de reciente inicio y glucemia menor de 130 mg/dl, se utilizarán los inhibidores de alfa glucosidasas para no provocar hipoglucemia o bien sulfonilureas de corta duración, como tolbutamida y glipizida; las dosis se incrementarán con cautela, para evitar hipoglucemia.

Cuando exista falla al tratamiento con sulfonilureas, éstas pueden usarse en combinación con metformina para potencializar los efectos, por lo que es pertinente disminuir la dosis al principio, y posteriormente hacer los ajustes necesarios. En el largo plazo, un gran número de pacientes puede también desarrollar falla a esta forma de tratamiento.

- Utilización de insulina.

Cuando persiste hiperglucemia en ayunas, se pueden utilizar de manera combinada hipoglucemiantes orales de administración diurna con insulina nocturna.

Ante la falla de los hipoglucemiantes orales a dosis máximas, se utilizará la insulina. La insulina humana debe considerarse como el medicamento de primera línea en sujetos delgados sintomáticos, con diagnóstico incierto del tipo de diabetes, así como en diabetes durante el embarazo y en la diabetes gestacional.<sup>137</sup>

Las insulinas humanas disponibles en nuestro país son las de acción rápida y las de acción intermedia (NPH y lenta) e insulina lispro. La utilización de la insulina de acción rápida no está indicada en el primer nivel de atención, ya que se utiliza en el tratamiento de complicaciones metabólicas agudas (cetoacidosis o coma hiperosmolar), o bien en casos de hiperglucemia secundaria a enfermedades, estrés, diabetes tipo 1 y durante el embarazo.

Las dosis de insulina humana de acción intermedia deben particularizarse para cada paciente. La dosis inicial no debe ser mayor de 0,5 UI/kg de peso. En algunos casos, es posible administrar una sola dosis de acción intermedia aplicada por la mañana.

Cuando se requieran más de 25 a 30 unidades de insulina intermedia, se fraccionará la dosis: 2/3 en la mañana y 1/3 en la noche. Para el tratamiento combinado con hipoglucemiantes orales, la dosis de insulina intermedia es de 0,1- 0,2 UI/kg de peso, aplicada preferentemente a la hora de acostarse.

El automonitoreo es de gran utilidad para ajustar las dosis de insulina y alcanzar un buen control metabólico.

Al prescribir la insulina, el médico con el apoyo del equipo de salud instruirá al paciente acerca de las técnicas de aplicación y los signos de hipoglucemia.

## **4.5 Proceso de Enfermería**

### **4.5.1 Proceso de Atención de Enfermería**

La aplicación del método científico en la práctica asistencial enfermera, es el método conocido como Proceso de Atención Enfermería (P.A.E). Este método permite a las enfermeras prestar cuidados de una forma racional, lógica y sistemática.

---

<sup>137</sup> Ibid.

El Proceso de Atención de Enfermería tiene sus orígenes cuando fue considerado por primera vez como un proceso por Hall (1955), Jhonson (1959), Orlando (1961) y Wiedenbach (1963), quienes consideraron un proceso de tres etapas (valoración, planeación y ejecución); Yura y Walsh (1967), establecieron cuatro (valoración y planificación, realización y evaluación); y Bloch (1974), Roy (1975), Aspinall(1976) y algunos autores más, establecieron las cinco actuales al añadir la etapa diagnóstica.

Es un método sistematizado y racional basado en el método científico, que permite a la enfermera proporcionar cuidados integrales al paciente. Está compuesto de cinco pasos: valoración, diagnóstico, planificación, ejecución y evaluación. Alfaro Le-Fevre lo define como una forma dinámica y sistematizada de brindar cuidados enfermeros.<sup>138</sup>

Como todo método, el PAE configura un número de pasos sucesivos que se hace por separado, sólo tiene un carácter metodológico, ya que en la puesta en práctica las etapas se superponen.

#### **4.5.1.1 Objetivos del proceso de atención de enfermería**

El objetivo principal del proceso de enfermería es construir una estructura que pueda cubrir, las necesidades del paciente, la familia y la comunidad.

Identificar las necesidades reales y potenciales del paciente y familia y comunidad.

Establecer planes de cuidados individuales, familiares o comunitarios.

Actuar para cubrir y resolver los problemas, prevenir o curar la enfermedad.<sup>139</sup>

#### **4.5.1.2 Características**

- Tienen 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.
- Es interactivo: Basado en las relaciones recíprocas que se establecen entre la enfermera y el paciente, su familia y los demás profesionales de la salud.

---

<sup>138</sup>Alfaro Le-Fevre R. Aplicación del proceso enfermero. Fomentar el cuidado en colaboración.5ª Edición. Barcelona, España: MASSON; 2005.

<sup>139</sup>Alfaro Le-Fevre R. Op. Cit.

- Es flexible: Se puede adoptar al ejercicio de la enfermería en cualquier lugar o área especializada que trate con individuos, grupos o comunidades. Sus fases pueden utilizarse sucesivas o conjuntamente.
- Tienen una base teórica: El proceso ha sido concebido a partir de numerosos conocimientos que incluyen ciencias y humanidades, y se puede aplicar a cualquier modelo teórico de enfermería.

## **4.5.2 Etapas del proceso enfermero**

### **4.5.2.1 Valoración**

Es la primera fase proceso de enfermería, se define como el proceso organizado y sistemático de recogida y recopilación de datos sobre el estado de salud del paciente a través de diversas fuentes: éstas incluyen al paciente como fuente primaria, al expediente clínico, a la familia o cualquier otra persona que dé atención al paciente. Las fuentes secundarias pueden ser revistas profesionales, los textos de referencia.

Además de los datos fisiológicos se incluyen consideraciones psicológicas, socioculturales, de desarrollo y espirituales. Desde un punto de vista holístico es necesario que la enfermera conozca los patrones de interacción de las cinco áreas para identificar las capacidades y limitaciones de la persona y ayudarle a alcanzar a un nivel óptimo de salud. Ignorar cualquier de los procesos vitales puede acarrear la frustración y el fracaso de todos los implicados.

Las enfermeras y enfermeros deben poseer unos requisitos previos para realizar una adecuada valoración del cliente, estos requisitos previos son:

- Las convicciones del profesional.
- Los conocimientos profesionales.
- Habilidades.
- Comunicarse de forma eficaz.
- Observar sistemáticamente.
- Diferenciar entre signos e inferencias y confirmar las impresiones.

Es primordial seguir un orden en la valoración, de forma que en la práctica, la enfermera adquiera un hábito que se traduzca en no olvidar ningún dato, obteniendo la máxima información en el tiempo disponible de la consulta de enfermería.

La sistemática a seguir puede basarse en distintos criterios:

- Criterios de valoración siguiendo un orden de “cabeza a pies”
- Criterios de valoración por “sistemas y aparatos”
- Criterios de valoración por “Patrones Funcionales de Salud” (para fines de la Especialidad de Enfermería en Salud Pública, en este caso de familia se emplearan los “Requisitos de Autocuidado”).

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.

#### **4.5.2.1.1 Tipos de datos**

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 son:<sup>140</sup>

- Datos subjetivos: no se pueden medir y son propios de 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.

#### **4.5.2.1.2 Métodos para obtener datos**

##### **A) Entrevista Clínica:**

Es la técnica indispensable en la valoración, ya que gracias a ella obtenemos el mayor número de datos. Existen dos tipos de entrevista, esta puede ser formal o informal. La entrevista formal consiste en una comunicación con un propósito específico, en la cual la enfermera realiza la historia del paciente.<sup>141</sup>

El aspecto informal de la entrevista es la conservación entre enfermera y paciente durante el curso de los cuidados.

La entrevista es un proceso que tiene cuatro finalidades, éstas son:

- ✓ Obtener información específica y necesaria para el diagnóstico enfermero y la planificación de los cuidados.
- ✓ Facilitar la relación enfermera/paciente.
- ✓ Permitir al paciente informarse y participar en la identificación de sus problemas y el planteamiento de sus objetivos y también.
- ✓ Ayudar a la enfermera a determinar que otras áreas requieren un análisis específico a lo largo de la valoración.

---

<sup>140</sup> Cortez G., Castillo F. Guía para elaborar proceso, registro, protocolo y cuidados de enfermería. 4ª edición. Lima, Perú: Rodhas; 2006.

<sup>141</sup> Ibid

### **La entrevista consta de tres partes:**

Iniciación: Se comienza por una fase de aproximación y se centra en la creación de un ambiente favorable, en donde se desarrolla una relación interpersonal positiva.

Cuerpo: La finalidad de la conversación en esta parte se centra en la obtención de la información necesaria. Comienza a partir del motivo de la consulta o queja principal del paciente y se amplía a otras áreas como historial médico, información sobre la familia y datos sobre cuestiones culturales o religiosas.

Cierre: Es la fase final de la entrevista. No se debe introducir temas nuevos. Es importante resumir los datos más significativos.

La entrevista clínica tiene que ser comprendida desde dos ámbitos: Un ámbito interpersonal en el que dos o más individuos se ponen en contacto y se comunican. Otro ámbito de la entrevista es el de una habilidad técnica.

### **Interferencias durante la entrevista:**

Cognitiva: Consiste en el que el problema del paciente no es percibido o comprendido por el entrevistador.

Emocional: Consiste en una reacción emocional adversa del paciente o del entrevistador. Los estados emocionales extremos como ansiedad, depresión medio a una enfermedad grave o a lo desconocido, dolor o malestar. Por parte del profesional, agresividad, excesiva valoración de sí mismo, excesiva proyección sobre los pacientes e incluso de responsabilización de las obligaciones, Borrell (1986).

Social: En este caso las diferencias sociales conllevan en el profesional una menor conexión emocional a una menor implicación, y a prestar menor información al paciente.<sup>142</sup>

### **Las técnicas verbales son:**

El interrogatorio permite obtener información, aclarar respuestas y verificar datos.

La reflexión o reformulación, consiste en repetir o expresar de otra forma lo que se ha comprendido de la respuesta del paciente, permite confirmar y profundizar en la información.

---

<sup>142</sup>Ibid



Las frases adicionales, estimula la continuidad del proceso verbal de la entrevista.

Las técnicas no verbales: Facilitan o aumentan la comunicación mientras se desarrolla la entrevista, estos componentes no verbales son capaces de transmitir un mensaje con mayor efectividad incluso que las palabras habladas, las más usuales son:

- Expresiones faciales
- La forma de estar y la posición corporal
- Los gestos
- El contacto físico
- La forma de hablar

### **B) La observación**

En el momento del primer encuentro con el paciente, la enfermera comienza la fase de recolección de datos por la observación, que continua a través de la relación enfermera-paciente.

El segundo método básico de valoración, la observación sistemática implica la utilización de los sentidos para la obtención de información tanto del paciente, como de cualquier otra fuente significativa y del entorno, así como de la interacción de estas tres variables.<sup>143</sup>

### **C) La exploración física**

La actividad final de la recolección de datos es el examen físico. Y esta se centre en: determinar la profundidad la respuesta de la persona al proceso de la enfermedad, obtener una base de datos para poder establecer comparaciones y valorar la eficacia de las actuaciones, confirmar los datos objetivos obtenidos durante la entrevista. La enfermera utiliza cuatro técnicas específicas: inspección, palpación, percusión y auscultación.

Validación de datos, significa que la información que se ha reunido es verdadera (basadas en hechos). En comunicación existen técnicas de reformulación que nos

---

<sup>143</sup> Ibid

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.

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.<sup>144</sup>

#### **4.5.2.2 Diagnóstico**

Es el juicio clínico sobre la respuesta de un individuo, familia o comunidad a problemas de salud reales o potenciales o a procesos vitales.

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.

##### **4.5.2.2.1 Tipos De Diagnostico**

1. Diagnóstico de enfermería real: Representa un problema que ha sido clínicamente validado mediante el cumplimiento de características definitorias, es decir evidencias de signos y síntomas propios del diagnóstico. Consta de tres partes:

---

<sup>144</sup> Carpenito L., R.N., M.S.N., Diagnóstico de enfermería. Aplicación a la práctica clínica. 5ª edición. Madrid España: Editorial Mc Graw Hill Interamericana; 1997.

- Problema (P) r/c Etiología/factores relacionados (E) m/psignos y síntomas (S).
2. Diagnóstico de enfermería de 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) r/c Etiología (E)
  3. Diagnóstico de enfermería de bienestar o de salud: juicio clínico respecto a una persona, grupo o comunidad en transición desde un nivel específico de bienestar hacia un nivel más elevado.
    - Disposición para mejorar

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

- ~ Unir la P con la E utilizando r/c (relacionado con). La E se une con la S con m/p (manifestado por).
- ~ La primera parte del diagnóstico identifica la respuesta de la persona y no una actividad de enfermería, no mencionar signos y síntomas.<sup>145</sup>

#### **4.5.2.3 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 las siguientes 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:
  - Escribir los objetivos en términos que sean observables y puedan medirse.

---

<sup>145</sup> Ibid.

- 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.

#### 4.5.2.4 Ejecución

Es en esta etapa 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 intervenciones de enfermería son aquellas actividades específicas que van dirigidas a ayudar al paciente al logro de los resultados esperados. Se clasifican en:<sup>146</sup>

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

---

<sup>146</sup> Ibid.

#### 4.5.2.5 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.

Consta de las siguientes partes:<sup>147</sup>

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.
- 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.

---

<sup>147</sup> Ibid.

## **V. METODOLOGÍA**

### **5.1 Estrategia de investigación:** Estudio de caso.

### **5.2 Selección del caso y fuentes de información.**

La selección del caso de familiar se realizó posterior a la elaboración de un diagnóstico de salud de la comunidad de la Escuela Nacional de Enfermería y Obstetricia de la Universidad Nacional Autónoma de México (UNAM), ubicada en Calzada México-Xochimilco s/n Delegación Tlalpan.

La población de estudio se conformó por 148 personas de rango académico, administrativo o pasante de pregrado, quienes en primera instancia accedieron a colaborar en la primera fase de dicho diagnóstico al contestar una encuesta de 63 ítems, dando como resultado las características principales de la comunidad, así como las desviaciones en la salud que prevalecían en ella de acuerdo a género, grupo de edad y AGEBS.

De acuerdo a los resultados obtenidos se eligieron personas que además de tener problemas de salud (lo cual los hacía candidatos a ser objetos de estudio de caso familiar), también accedieron a participar en tal estudio.

Una vez elegida la persona a la cual se le realizaría el estudio de caso familiar, se le expusieron los motivos de selección así como el objetivo del estudio y los beneficios que obtendría al participar en el mismo.

Al recibir una respuesta satisfactoria, se procedió a la recolección de datos a través de una cédula de valoración (ANEXO 1), previo consentimiento informado (ANEXO 2), dicha cédula abordaba los factores condicionantes básicos, las características de la vivienda, la composición familiar, el tipo de familia, la estructura familiar, las funciones familiares, los datos más relevantes acerca de la salud actual de la familia, así como las características de los requisitos de autocuidado. Es en el segundo contacto con la familia cuando se obtiene información para la elaboración de un genograma (ANEXO 3) y un ecomapa (ANEXO 4).

## **5.3 Consideraciones Éticas**

### **5.3.1 Código de ética para enfermeras**

#### **5.3.1.1 Declaración de principios**

La profesión de enfermería exige una particular competencia profesional y una profunda dimensión ética plasmada en la ética profesional que se ocupa de los deberes que surgen en relación con el ejercicio de la profesión. Así cualquier intervención de enfermería se rige por criterios éticos genéricos que pueden resumirse en trabajar con competencia profesional, sentido de responsabilidad y lealtad hacia sus compañeros.

De este modo, para los fines específicos de este código, se requiere una definición clara de principios éticos fundamentales que serán necesarios para el apego y desempeño correcto en todas las intervenciones de enfermería, encaminadas a restablecer la salud de los individuos, basadas en el conocimiento mutuo y con respeto de la dignidad de la persona que reclama la consideración ética del comportamiento de la enfermera.<sup>148</sup>

#### **5.3.1.2 Capítulos<sup>149</sup>**

##### **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 de la persona a decidir tratamientos y cuidados una vez informado.

---

<sup>148</sup> Comisión Interinstitucional de Enfermería. Código de Ética para las enfermeras y enfermeros de México. 1ª Edición. México; 2001.

<sup>149</sup> Ibid

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 y 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 la 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 décimo.- Aplicar los conocimientos científicos, técnicos y humanísticos debidamente actualizados en el desempeño de su profesión.

Artículo décimo 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 décimo segundo.- Evitar que persona alguna utilice su nombre o cédula profesional para atender asuntos inherentes a su profesión.



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

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

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

Artículo décimo 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.

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

## **Capítulo V.**

### **De los deberes de las enfermeras para con su profesión**

Artículo vigésimo tercero.- Mantener el prestigio de su profesión, mediante el buen desempeño del ejercicio profesional.

Artículo vigésimo cuarto.- Contribuir al desarrollo de su profesión a través de diferentes estrategias, incluyendo la investigación de su disciplina.

Artículo vigésimo quinto.- Demostrar lealtad a los intereses legítimos de la profesión mediante su participación colegiada.

## **Capítulo VI.**

### **De los deberes de las enfermeras para con la sociedad**

Artículo vigésimo sexto.- Prestar servicio social profesional por convicción solidaria y conciencia social.

Artículo vigésimo séptimo.- Poner a disposición de la comunidad sus servicios profesionales ante cualquier circunstancia de emergencia.

Artículo vigésimo octavo.- Buscar el equilibrio entre el desarrollo humano y la conservación de los recursos naturales y el medio ambiente, atendiendo a los derechos de las generaciones futuras.

### **5.3.1.3 Decálogo del código de ética para las enfermeras y enfermeros en México**

La observancia del Código de Ética, para el personal de enfermería nos compromete a:<sup>150</sup>

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 riesgos.
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 beneficio 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.
10. Fomentar la participación y el espíritu de grupo para lograr los fines profesionales.

---

<sup>150</sup> Ibid.

## **VI. PRESENTACION DEL CASO**

### **6.1 Descripción del caso**

Nombre de la familia: MR

Familia nuclear, urbana, moderna, compuesta por cinco integrantes (padre, madre y tres hijos), que cumple adecuadamente con sus funciones familiares y que cuenta con capacidad de adaptación para enfrentar los conflictos que se presentan dentro de su desarrollo familiar. Actualmente en etapa de dispersión.

Viven en el Distrito Federal, cuentan con casa propia, con servicio de agua, luz, drenaje, recolección de basura acceso a línea telefónica y fácil acceso a medios de transporte.

Cuentan con servicio médico en el ISSSTE, así como acceso al Hospital General de México, este último les brinda mayor confianza para realizar su atención médica.

La familia no pertenece a algún grupo social, sin embargo no existen problemas para expresarse o relacionarse con otras personas.

Preservan valores como la honestidad, el respeto, la responsabilidad y el amor.

### **6.2 Antecedentes generales de la familia.**

#### **6.2.1 Etapas Familiares**

Dentro del ciclo vital familiar se observaron las siguientes características:

La Etapa Constitutiva se da a partir del momento en que se conocen, que es en una institución de salud donde R realizaba prácticas pues estaba cursando estudios de nivel técnico, su actual esposo M, laboraba en la misma, en el área de mantenimiento y fueron presentados por una compañera que ambos conocían.

Durante esta etapa se da la Fase Preliminar o de Noviazgo, el cual surge a tres meses de haberse conocido y se da por la constante búsqueda de M hacia R pues refiere iba por ella a la escuela a pesar de la distancia, esta fase dura cinco años, hasta que M le propone matrimonio. Posteriormente se da la Fase de Recién Casados la cual dura un año tres meses, se llevan a cabo adecuadamente la adaptación a una vida de pareja y la estructuración de las actividades que cada uno

realizaría como parte de un matrimonio ya que ambos laboraban y contribuían cada uno a los gastos que tenían como pareja, posteriormente planificaron la llegada de los hijos la cual comenzó en 1983 con la llegada de su primer hijo MA, no refiere haber tenido problemas económicos durante esta etapa.

Durante la Etapa Procreativa que inicia con la llegada de su primer hijo MA y la cual dura dos años ocho meses, hasta la llegada de su segunda hija RE en 1985 y su tercer hijo MU el 14 de febrero de 1991. Dentro de esta etapa se da la Fase de Consolidación en donde nos comentan sus hijos fueron apoyados y educados en armonía por ambos padres quienes les satisfacían sus necesidades básicas adecuadamente, es aquí donde comienza la separación con cada uno de ellos a medida de que cuentan con la edad de iniciar su educación básica.

Actualmente están por iniciar con la Etapa de dispersión, comenta R que el próximo año se casa su hijo mayor.

## **6.2.2 Escalas de valoración aplicadas**

### **6.2.2.1 APGAR Familiar (ANEXO 5)**

Esta valoración se aplicó a R, M, RE y MU, obteniendo una puntuación de ocho, nueve, nueve y ocho respectivamente, por lo tanto se considera una familia funcional.

### **6.2.2.2 Escala para la Evaluación de la Adaptabilidad y Cohesión Familiar (FACES III)(ANEXO 6)**

De acuerdo al puntaje obtenido en esta escala, la familia se encuentra adaptada y con adecuado grado de vinculación emocional, por lo tanto la funcionalidad familiar se clasifica en caóticamente aglutinada.

### **6.2.2.3 Eje triaxial(ANEXO 7)**

Al aplicar esta clasificación a la familia, se pudo corroborar que no existe alteración en la funcionalidad familiar, ya que no se presentaron alteraciones en el desarrollo, ni el subsistema que maneja la familia o su función como grupo.

#### **6.2.2.4 Clasificación de eventos críticos. Escala de Holmes (ANEXO 8)**

Se aplicó la escala de Holmes al paciente índice, en donde se observó la puntuación de los efectos estresantes en 116, clasificando así los dichos eventos como no importantes, lo cual indica que la paciente sabe manejar sus respuestas biopsicosociales para superarlos mismos.

## VII.- APLICACIÓN DEL PROCESO DE ENFERMERÍA

### 7.1 Valoración

#### 7.1.1 Características de la vivienda

Casa propia de tres niveles, construida a base de concreto con acabados en loseta y azulejo, en la planta baja cuentan con cocina, sala-comedor y patio, en el primer nivel hay tres recamaras y dos baños, en el segundo nivel se encuentra la azotehuela que es el lugar en donde realizan las actividades de lavado, y en el tercer nivel refieren se encuentra el departamento del hijo mayor; almacenan agua en un tinaco y cisterna pero no refieren datos exactos de la frecuencia en la limpieza de estos; la eliminación de la basura se realiza en el camión recolector el cual pasa con una frecuencia de dos veces a la semana para lo cual deben realizar la separación de los desechos de acuerdo a sus características en orgánica e inorgánica, también refieren que la eliminación de las baterías la realizan en un contenedor especial que se encuentra en su delegación. Refieren estar satisfechos con la luz que entra en la casa, así como con la ventilación de la misma.

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

#### 7.1.2 Composición familiar

Nombre	Parentesco	Edad	Ocupación	Escolaridad
M	Esposo	58	Trabaja	Secundaria
R	Esposa	58	Trabaja	Secundaria
MA	Hijo	28	Trabaja	Licenciatura
RE	Hija	26	Trabaja	Licenciatura
MU	Hijo	20	Estudia	Licenciatura

NOTA: Por cuestiones éticas, se omiten los nombres de los integrantes de la familia y se referirá a ellos con iniciales.

#### 7.1.3 Tipo de familia

En relación a su estructura es una familia **nuclear**, ya que está integrada por ambos padres y tres hijos. Con base en el desarrollo es **moderna**, puesto que ambos

contribuyen 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.

Dentro de la historia familiar el antecedente con mayor importancia para ellos ha sido el accidente que sufrió M hace seis años, el cual se da por una caída dando como resultado una fractura de tibia y peroné, por lo que actualmente vive con problemas de insuficiencia venosa. También sufrieron la pérdida de un familiar, un hermano de R, el cual fallece a consecuencia de complicaciones por Hipertensión y Diabetes Mellitus a la edad de 56 años.

Con base en su integración, confirmamos que efectivamente es **integrada**, los padres viven juntos y cumplen sus funciones dentro de la familia.

En cuanto a su oficio es **empleado sin profesión**, ya que a pesar de tener un trabajo fijo y específico, no tiene los estudios respectivos al área de desempeño. Su estrato socioeconómico, se consideramedio **alto**de acuerdo a la escala de Graffar (ANEXO 9), los ingresos se utilizan para satisfacer las necesidades básicas de la familia y algunas actividades recreativas.

La mayor parte del tiempo R es quien funge como jefe, pues a pesar de que ella y su esposo contribuyen a los gastos familiares, ha sido ella quien siempre toma las decisiones dentro del hogar. En la familia practican la religión católica.

La Sra. R menciona que en su familia preservan valores como la honestidad, el respeto, la responsabilidad y el amor. Refiere también tener una comunicación adecuada con cada uno de los integrantes de su familia, sin embargo últimamente la comunicación con su hijo mayor se ha visto afectada por su futuro matrimonio, ya que su hijo con quien presenta mayor relación afectiva y comunicación es con su pareja, situación que a R le cuesta trabajo aceptar.

Cuando se les presenta algún contratiempo, este es afrontado por ella y su esposo, procurando tomar decisiones en pareja. Si en algún momento ellos no están para tomar alguna decisión, está la toma su hija, por lo que refiere que sus hijos varones consideran a su hermana “mandona”.

#### **7.1.4 Funciones familiares**

Función afectiva: R procura mantener la armonía dentro de su hogar y lo logra siendo comprensiva y constante en la atención que brinda a cada integrante de su familia, así mismo refiere que sus hijos son cariñosos con ella y se lo demuestran de manera verbal, con besos o abrazos, no así con el padre pues es muy serio y reservado. También comenta que cuando se presentan problemas y estos les provoca enojo a alguno de los integrantes, la manera en como lo demuestran es apartándose y dejándose de hablar hasta que pasa el disgusto.

Función de socialización: dentro del grupo familiar, nos comenta que cada uno realiza actividades dentro del hogar como por ejemplo su esposo se encarga del mantenimiento y los detalles de la casa, sus hijos participan en la mayoría de las actividades domésticas, con excepción del hijo menor pues es más renuente a participar en dichas actividades. Cuando se trata de disciplina, nos explica que ella y su esposo la llevan a cabo hablando con un tono de voz más elevado de lo que comúnmente lo hacen.

Función económica: se observa que dentro de la familia, no existen problemas económicos, la mayor parte del ingreso mensual la aporta M, no obstante es apoyado por R y sus hijos mayores.

Función de atención a la salud: Actualmente la familia se encuentra asegurada en el ISSSTE, aunque también tienen acceso al Hospital General de México.

#### **7.2 Valoración focalizada**

El primer contacto se realizó dentro del lugar de trabajo de la persona seleccionada e inicio con una entrevista durante la cual se aplicó la cédula de valoración para la recolección de datos.

En un segundo encuentro se terminaron de recolectar datos relevantes sobre la dinámica familiar, así como datos sobre los integrantes de la familia, para la elaboración de un genograma y un ecomapa .



La tercera vez que se tuvo contacto fue para la aplicación de acciones preventivas al caso índice, obteniéndose los siguientes datos sobre la Sra. R:

Peso: 66.1 kg

Talla: 1.46 m

IMC: 31.4

Cintura: 110 cm

TA: 140/70 mm/hg

Glucosa: 121 mg/dl

Colesterol: 211 mg/dl

También comentó dentro de sus antecedentes personales que presentó Preeclampsia durante su último embarazo, actualmente presenta HAS misma que está bajo tratamiento médico. A los 45 años le practicaron una histerectomía total abdominal.

Actualmente refiere tener problemas para dormir, por lo que desde hace cuatro años consume diazepam para conciliar el sueño, aunque el consumo de este no es continuo. Durante este encuentro se le proporciono a la Sra. R orientación sobre la alimentación para controlar la alteración de la PA que presenta, también se le proporciono un formato donde puede llevar un registro de peso, talla, glucosa y colesterol, así como información impresa de indicaciones nutricionales necesarias para disminuir el nivel de glucosa y colesterol.

En una cuarta reunión, se le realizo una entrevista a Eduardo, obteniendo los siguientes datos:

Peso: 80 kg

Talla: 1.64 m

IMC: 30.7

Cintura: 101 cm

TA: 120/70 mm/hg

Glucosa: 98 mg/dl

Colesterol: 177 mg/dl

Durante la aplicación de intervenciones preventivas se le proporcionó información sobre planificación familiar, así como de alimentación saludable ya que refirió consumir diariamente refresco y no tomar agua, solo esporádicamente. También refiere practicar futbol dos veces por semana. En cuanto al alcoholismo comenta que solo consume bebidas alcohólicas en eventos sociales. Se le motiva a disminuir el consumo de refresco y bebidas alcohólicas, refiriendo las consecuencias que esto le puede causar en su organismo, a su vez se le proporciona información impresa sobre estos temas.

Durante el quinto encuentro se obtuvieron datos de los demás integrantes de la familia como lo son:

M	MA	RE
Peso: 70 kg Talla: 1.65 m IMC: 25.9	Peso: 72 kg Talla: 1.75 m IMC: 24	Peso: 52 kg Talla: 1.60 m IMC: 20.8

Durante este mismo encuentro se continuo con un seguimiento de la glucosa y colesterol del caso índice, obteniendo los siguientes datos en la Sra. R: Glucosa 102 mg/dl y Colesterol 205 mg/dl

En el sexto contacto que se tiene con la paciente índice, se le proporciona orientación sobre las actividades que puede realizar para mejorar sus hábitos de sueño, sugiriendo practique otra actividad física, así como disminuir los factores estresantes a la hora de dormir. Su presión arterial en esta ocasión fue de 130/90 mm/hg.

En una siguiente visita se incentiva a la Sra. R a mejorar la comunicación con sus hijos, puesto que refiere que últimamente esta se ha visto modificada a causa del futuro matrimonio de su Hijo mayor, así mismo se sugiere participar activamente en otras actividades del resto de la familia para disminuir el sentimiento de separación con este hijo.

Se realizaron un total de siete encuentros, dentro de los cuales se proporcionó educación para la salud en cuanto a prevención de Diabetes Mellitus, Manejo adecuado de la Hipertensión Arterial y Alimentación saludable.

Actualmente se da un seguimiento de las actividades promocionadas en la paciente índice y su familia, corroborando que la información que se le proporciona sea comprendida adecuadamente, permitiendo que exprese sus dudas y sus sentimientos acerca de las actividades que se le están proporcionando.

### **7.2.1 Valoración de los requisitos universales de autocuidado**

#### **Mantenimiento de un aporte suficiente de aire.**

La familia MR no presenta alteraciones que afecten su aporte de aire, en entrevista con la Sra. R nos menciona que en algunas ocasiones ha presentado disnea por esfuerzo, por lo que acudió a consulta y le informaron que presenta una cardiomegalia debida a la hipertensión que padece.

#### **Mantenimiento de un aporte suficiente de agua.**

Actualmente ningún integrante de la familia ha manifestado alguna alteración por insuficiencia de aporte de agua, sin embargo el M y MU refieren consumir refresco diariamente, y el resto de los integrantes consume agua pero no en cantidad ideal.

#### **Mantenimiento de un aporte suficiente de alimentos.**

La Sra. R es quien se encarga de preparar los alimentos en casa, para lo cual refiere lavarse las manos antes y durante su preparación, también comenta que entre las preferencias de la familia se encuentran las carnes rojas, el pollo y el pescado y de los alimentos menos consumidos por sus hijos se encuentran las verduras.

También comenta que ninguno de sus hijos o esposo presentan limitaciones para llevar a cabo la alimentación, solo refiere que ella ha presentado caries al igual que su esposo al cual se le han practicado dos endodoncias, y de sus hijos, refiere que el menor utiliza un protector bucal pero solo al dormir, lo cual no interfiere en sus gustos por los alimentos.

Durante la entrevista menciona que ninguno ha experimentado pérdida o ganancia súbita de peso, sin embargo menciona que en sus últimas consultas le han comentado que se encuentra 10 kilos por arriba de su peso ideal.

### **Provisión de cuidados asociados con los procesos de eliminación y los excrementos.**

La Sra. R refiere que la eliminación urinaria depende de la cantidad de líquidos que ingiera, misma que es espontánea y no presenta características anormales; la eliminación intestinal es una vez por día y no refiere alteraciones en las características de esta. En cuanto al patrón menstrual nos comenta que tuvo su menarca a los 12 años y que comenzó con la menopausia a los 45 años.

### **Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo.**

Refiere que duerme diariamente cinco horas aproximadamente, sin embargo hay días que tiene que tomar diazepam, mismo que consume desde hace cuatro años, pues no puede conciliar el sueño rápidamente, refiere que el consumo de este medicamento no es diario. En la familia ella es la única que presenta problemas para poder dormir.

Dentro de sus actividades deportivas, nos comenta que realiza ejercicio en bicicleta dos veces por semana, sus hijos practican futbol dos veces por semana, mientras que su esposo e hija no realizan ninguna actividad. Comenta que actualmente ya no practican actividades recreativas juntos, pues cada uno desempeña actividades distintas en horarios diferentes, lo cual complica el hecho de coincidir, excepto los fines de semana, en los que procuran estar juntos por lo menos durante la comida.

### **Mantenimiento del equilibrio entre la soledad y la interacción social.**

La Familia MR procura reunirse diariamente, aunque solo coinciden todos los domingos, ya que ambos padres e hijos mayores trabajan y cuentan con horarios distintos, y el hijo menor se encuentra estudiando la universidad.

Durante la entrevista la Sra. R menciona que ningún integrante de la familia suele aislarse y que por el contrario, sus hijos son muy sociables, en ocasiones quien se muestra más seria es su hija RE y también su esposo. Ella define a su familia como

sociables, amigables y serio cuando lo requiere la situación. Comenta que últimamente ha perdido comunicación con su hijo mayor ya que está a punto de casarse, motivo con el cual tiene mayor comunicación con su pareja que con sus padres; esta situación la altera, refiere preocupación pues le gustaría tener la comunicación de siempre.

Por el momento no pertenecen a algún grupo social y refiere que dentro de su familia no existen problemas para expresarse o relacionarse con otras personas, sin embargo cuando se presenta alguna necesidad o problema en su familia no acude a otras personas para solucionarlo.

### **Prevención de peligros para la vida, el funcionamiento humano y el bienestar humano.**

En la familia se presentan algunos riesgos como lo son el uso de anteojos, MU desde los tres años y RE desde los cuatro años. En cuanto a la higiene la familia no se encuentra en riesgo ya que practican buenos hábitos higiénicos como el baño y cambio de ropa diario, así como el frecuente cepillado de dientes.

Con respecto a la infraestructura de la casa, se encuentra que la familia presenta un riesgo importante al no contar con barandales en la azotea, y para prevenir accidentes la Sra. R suele almacenar en un lugar especial los materiales tóxicos. Refiere que no ha presentado problemas con el cableado de su casa, ni en las tomas de corriente y no se observa algún riesgo con el manejo de gas pues cuentan con tanque estacionario y la tubería se encuentra en óptimas condiciones.

### **Promoción del funcionamiento y desarrollo dentro de los grupos sociales de acuerdo con el potencial humano, las limitaciones humanas conocidas y el deseo humano de ser normal (normalidad).**

La Sra. R expresa estar contenta con su vida familiar, refiere tener una autoestima muy alta, mismo que se observa en sus expresiones durante la entrevista, comenta que para mejorar su salud ha procurado cambiar sus hábitos alimenticios y seguir su tratamiento farmacológico adecuadamente, refiere estar interesada en colaborar en su autocuidado para aumentar su bienestar.



### 7.3 Plan de cuidados de enfermería

**Nombre del paciente:** Familia MR

**Diagnóstico de enfermería:** Desequilibrio nutricional: ingesta superior a las necesidades r/c aporte excesivo en relación a las necesidades metabólicas m/p peso corporal superior en un 20% al ideal según la talla y constitución corporal.

**Requisito alterado:** Mantenimiento de un aporte suficiente de alimentos.

Intervenciones de Enfermería	Actividades de Enfermería	Fundamentación
<p><b>Intervención:</b> Asesoramiento nutricional</p>	<p><b>Actividades:</b>            Establecer una relación terapéutica basada en la confianza y el respeto            Determinar la ingesta y los hábitos alimentarios del paciente            Establecer metas realistas a corto y largo plazo para el cambio del estado nutricional            Proporcionar información acerca de la necesidad de modificación de la dieta por razones de salud, pérdida de peso y restricción del sodio a 2.5 – 3 gr/día.            Comentar los gustos y aversiones alimentarias del paciente            Valorar el progreso de las metas de modificación dietética a intervalos regulares</p>	<p>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.</p> <p>Una dieta rica en frutas y verduras, baja en grasas saturadas y totales reduce la presión arterial de 8 a 14 mmHg.</p> <p>Las grasas deben constituir no más del 30% del consumo energético. Las grasas monosaturadas deben representar del 12 al 15 % del consumo calórico diario. Sus fuentes primarias son los alimentos de origen animal.</p>
<p><b>Intervención:</b> Ayuda para disminuir el peso</p>	<p><b>Actividades:</b>            Determinar con el paciente la cantidad de pérdida de peso deseada            Establecer una meta de pérdida de peso semanal            Pesar al paciente semanalmente            Fomentar la sustitución de hábitos indeseables por hábitos favorables            Ayudar a ajustar las dietas al estilo de vida y actividad</p>	<p>En pacientes con sobrepeso y obesidad, por cada 10 kg. de peso perdido disminuye la presión arterial de 5 – 10 mmHg.</p>

<p><b><u>Intervención:</u></b> Enseñanza: dieta prescrita</p>	<p>Recomendar el uso de sustitutos de azúcar</p> <p><b><u>Actividades:</u></b> Evaluar el nivel actual de conocimientos del paciente acerca de la dieta prescrita Conocer la actitud del paciente acerca de la dieta prescrita Explicar el propósito de la dieta Informar al paciente el tiempo que debe durar la dieta Informar al paciente sobre las comidas permitidas y prohibidas, principalmente evitar el consumo de embutidos. Ayudar al paciente a sustituir ingredientes Enseñar al paciente a leer las etiquetas y seleccionar los alimentos adecuados. Recomendar la ingesta de 5 a 7 frutas y verduras por día</p>	<p>Adquirir conocimientos sobre los alimentos, las cantidades y frecuencia adecuada que se debe consumir diariamente en función de cada situación personal conforma la base fundamental para crear una actitud responsable hacia la forma de alimentarse.</p> <p>La dieta saludable y baja en calorías tiene efecto modesto en la reducción de la presión arterial en el paciente obeso con un descenso en la presión sistólica y diastólica de 5 – 6 mmHg.</p>
<p><b>Resultados obtenidos:</b> La familia muestra interés por un cambio de hábito en su dieta, la paciente índice refiere que esta consiente de la importancia de disminuir su peso, por lo que colabora modificando su alimentación durante el trabajo, se observa que consume menos alimentos ricos en carbohidratos, el resto de los integrantes procurar aumentar su consumo de agua así como de frutas y verduras durante el día.</p>		

**Sistema de Enfermería:** Apoyo Educativo



### 7.3 Plan de cuidados de enfermería

**Nombre del paciente:** Familia MR

**Diagnóstico de enfermería:** Trastorno del patrón del sueño r/c conflictos emocionales y consumo elevado de cafeína m/p quejas verbales de no sentirse bien descansado e insatisfacción con el sueño y variaciones de la presión arterial.

**Requisito alterado:** Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo.

Intervenciones de Enfermería	Actividades de Enfermería	Fundamentación
<b>Intervención:</b> Mejorar el sueño	<b>Actividades:</b> Determinar el esquema de sueño/vigilia del paciente Registrar el esquema y número de horas de sueño del paciente Animar al paciente a que establezca una rutina a la hora de irse a la cama para facilitar la transición del estado de vigilia al de sueño Ayudar a eliminar las situaciones estresantes antes de irse a la cama Identificar las medicaciones que el paciente está tomando para el sueño. Informar la importancia de la disminución de café en su dieta.	Los trastornos del sueño pueden constituirse como patología o ser consecuencia de muchas entidades que se conforman como enfermedad como tal, en cualquier caso, los individuos que padecen trastornos del sueño de cualquier tipo y debido a cualquier causa experimentan un deterioro significativo de su calidad de vida.  El consumo excesivo de café (>5 tasas al día) incrementa la presión arterial 1 a 2 mmHg, tanto en pacientes hipertensos como no hipertensos.

**Evaluación:** La paciente indica aún se encuentra trabajando los aspectos que afectan su sueño, refiere que ha procurado ya no usar medicamentos para poder dormir y que solo lo hace esporádicamente. Los integrantes de la familia, principalmente su esposo le demuestra su apoyo para mejorar la calidad de su sueño.

**Sistema de Enfermería:** Apoyo Educativo





### 7.3 Plan de cuidados de enfermería

**Nombre del paciente:** Familia MR

**Diagnóstico de enfermería:** Fatiga r/c estrés y privación del sueño m/p aumento de las quejas físicas, falta de energía y cansancio, así como variaciones en la presión arterial.

**Requisito alterado:** Mantenimiento del equilibrio entre la actividad y el reposo.

Intervenciones de Enfermería	Actividades de Enfermería	Fundamentación
<b>Intervención:</b> Manejo de la energía	<b>Actividades:</b> Determinar las limitaciones físicas del paciente Determinar la percepción de la causa de fatiga por parte del paciente Determinar las causas de la fatiga Controlar la ingesta nutricional para asegurar recursos energéticos adecuados Registrar el esquema y número de horas de sueño del paciente Proponer alternancia e periodos de reposo y actividad	El insomnio y la falta de descanso aumenta cualquier problema de fatiga existente, así pues reduciendo este síntoma se mejora la calidad de vida del paciente. El cansancio es una respuesta importante y normal tras un esfuerzo físico, tensión emocional, o carencia de sueño; y desaparece después de un periodo adecuado de descanso
<b>Intervención:</b> Manejo de la medicación	<b>Actividades:</b> Observar los efectos terapéuticos de la medicación en el paciente Determinar el conocimiento del paciente sobre la medicación Controlar el cumplimiento del régimen de medicación Desarrollar estrategias con el paciente para potenciar el cumplimiento del régimen de medicación prescrito Enseñar al paciente cuando debe	La educación para la salud tiene como propósito final 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 pacientes

	conseguir atención medica Conocer si el paciente está utilizando remedios caseros basados en su cultura y los posibles efectos que puedan tener sobre el uso de medicamentos prescritos	para el autocuidado.
<p><b>Evaluación:</b> Actualmente la paciente índice ha logrado identificar los factores que le provocan fatiga, por lo cual implementa descansos más continuos, aunque refiere que estos dependen de sus actividades, sin embargo se encuentra motivada en la modificación de su calidad de vida, así mismo se le proporcionaron formatos impresos donde puede llevar a cabo un registro de su presión arterial así como de su medicación, mismo que ha funcionado como incentivo para mejorar el control de la enfermedad crónico degenerativa que padece.</p>		

**Sistema de Enfermería:** Apoyo Educativo



### 7.3 Plan de cuidados de enfermería

**Nombre del paciente:** Familia MR

**Diagnóstico de enfermería:** Disposición para mejorar el autocuidado expresado por deseo de aumentar el autocuidado.

**Requisito alterado:** Prevención de peligros para la vida, el funcionamiento humano y el bienestar humano.

Intervenciones de Enfermería	Actividades de Enfermería	Fundamentación
<b>Intervención:</b> Asesoramiento	<p><u>Actividades:</u></p> <p>Establecer una relación terapéutica basada en la confianza y el respeto.</p> <p>Proporcionar información objetiva acerca de las consecuencias de la falta de apego al tratamiento.</p> <p>Ayudar al paciente a realizar una lista de prioridades de las alternativas en salud: bajar de peso, reducir el consumo de sal y realizar actividad física.</p> <p>Fomentar la sustitución de hábitos indeseados por hábitos deseados (alimentación saludable).</p> <p>Promover actividades preventivas para evitar el desarrollo de nuevas enfermedades como DM, así</p>	<p>Se estima que una reducción de 4-8% del peso pueden disminuir la presión arterial sistólica y diastólica de 3 – 5 mmHg en pacientes con sobrepeso y obesidad (IMC &gt; 25).</p> <p>Es conveniente realizar ejercicio aeróbico de 30 a 60 minutos, al menos 3 a 5 días a la semana (caminar, trotar, ciclismo, aerobics o natación).</p> <p>La disminución del peso en los pacientes hipertensos contribuye a disminuir la necesidad de tratamiento farmacológico antihipertensivo.</p> <p>Se debe realizar glucosa en ayuno y postprandial en personas a partir de los 16 años con sobrepeso u obesidad con dos o más factores de riesgo.</p> <p>Las dietas basadas en alimentos con bajo índice glucémico muestran una tendencia favorable en el control de la glucosa.</p> <p>En pacientes hipertensos la exploración neurológica es necesaria para evaluar la posible repercusión a órgano blanco.</p>

	<p>como el seguimiento del actual padecimiento. Acudir a control mensual con médico familiar. Realizar valoración oftalmológica una vez al año.</p> <p>Efectuarse formula roja, creatinina sérica, glucosa sérica, electrolitos (Na, K Ca), colesterol total, HDL, triglicéridos y ácido úrico.</p>	<p>La creatinina sérica es útil para sospechar daño renal así como la selección del tratamiento farmacológico adecuado.</p> <p>La proteinuria está relacionada con incremento en la morbilidad cardiovascular.</p>
<p><b>Evaluación:</b> La familia se encuentra motivada a un cambio de estilo de vida, comprende y replica las actividades preventivas y de control proporcionadas para mejorar su autocuidado.</p>		

**Sistema de Enfermería:** Apoyo Educativo



### 7.3 Plan de cuidados de enfermería

**Nombre del paciente:** Familia MR

**Diagnóstico de enfermería:** Interrupción de los procesos familiares r/c situaciones de transición (boda de hijo mayor) m/p cambios en los patrones de comunicación entre padres e hijo.

**Requisito alterado:** Mantenimiento del equilibrio entre la soledad y la interacción social.

Intervenciones de Enfermería	Actividades de Enfermería	Fundamentación
<p><b>Intervención:</b> Fomentar la comunicación y la interacción entre los integrantes de la familia</p>	<p><b>Actividades:</b> Identificar las situaciones que actualmente intervienen en los procesos familiares Incentivar a los integrantes de la familia a mantener la confianza en cada uno Proponer la participación de los integrantes de la familia, en las actividades de cada uno de ellos</p>	<p>La comunicación es esencial para el funcionamiento familiar, principalmente cuando se encuentran en una transición o cambio, pues se requiere de una información completa por parte de cada uno de los integrantes para evitar malos entendidos.</p>
<p><b>Evaluación:</b> La familia se encuentra accesible a mejorar la comunicación entre ellos, principalmente Oliva y su hijo mayor, sin embargo a Oliva le cuesta un poco de trabajo la aceptación de un nuevo integrante (nuera) y que está tenga mejor comunicación con su hijo.</p>		

**Sistema de Enfermería:** Apoyo Educativo

## 7.4 Evaluación

Los integrantes de la familia identificaron los factores de riesgo que presentan actualmente y replicaron las consecuencias de una falta de apego a un estilo de vida saludable, a su vez que se mostraron interesados y motivados a mejorar su autocuidado a través de la realización de las intervenciones preventivas propuestas.

La paciente índice no bajo notablemente de peso, sin embargo expresó sentirse mejor cuando se apegaba a una alimentación saludable, refería “estar no tan llena y sentir menos pesadez”, además de estar más pendiente del control de su presión arterial gracias a su apego al tratamiento médico farmacológico y las actividades de control sugeridas durante las intervenciones de enfermería.

Debido a que el tiempo de seguimiento es muy breve se le proporciona un plan de alta que servirá a la familia como referencia para realizar las actividades de autocuidado y mejorar su calidad de vida.

## VIII.- PLAN DE ALTA



UNIVERSIDAD NACIONAL AUTÓNOMA DE MÉXICO  
ESCUELA NACIONAL DE ENFERMERÍA Y OBSTETRICIA  
DIVISIÓN 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 MR

#### (2) PLAN DE ALTA DE ENFERMERIA

#### (3) COMUNICACIÓN

Cuando necesite consulta médica, acuda su clínica ISSSTE  
En caso de presentar un signo de alarma, acudir al Hospital General de México

#### (4) URGENTE

En caso de presentar algún signo de alarma como los siguientes, acudir al hospital correspondiente: pérdida súbita de la visión, zumbido de oídos, hemorragia por nariz, taquicardia, parálisis o pérdida de la movilidad de la cara o alguna extremidad, dificultad para hablar. O algún otro como puede ser sudor frío, somnolencia o desvanecimiento.

#### (5) INFORMACION

Comunicar a los familiares si observa algún cambio en su estado de salud.  
Limitar el consumo de carnes rojas a por lo menos una vez a la semana.  
Evitar los alimentos grasos y procurar la preparación con la mínima cantidad de aceite.  
Evitar el consumo de alcohol y tabaco.  
Realizar actividad física aeróbica regular como caminar rápido (mínimo 30 minutos al día, la mayoría de los días de la semana).  
Procurar reducir el peso para mantener un IMC < 25.  
Adoptar una dieta rica en frutas, verduras, baja en grasas totales y saturadas.

#### **(6) DIETA**

Utilizar condimentos naturales en lugar de sal. Cuando se cocine o en la mesa, sazonar las comidas con hierbas, especias, limón, lima, vinagre o mezclas de condimentos que no tengan sal.

Utilizar pollo, pescado y carne magra frescos en vez de utilizar carnes enlatadas, ahumadas o procesadas.

Servir porciones moderadas o pequeñas.

Comer un refrigerio o colación, como: una ración de fruta, verduras o palomitas de maíz sin sal ni mantequilla.

Elegir comidas de “preparación rápida” que tengan bajo contenido de sodio.

Evitar comer comidas congeladas o platos combinados como: pizzas, mezclas en paquete de sopas, guisos o caldos enlatados y aderezos para ensaladas.

Iniciar el día con un buen desayuno con bajo contenido de sal.

Cocinar arroz, pastas y cereales calientes sin sal; tratar de no comerlos si son instantáneos o condimentados, ya que usualmente contienen sal.

Beber agua simple y evitar refrescos o bebidas con un alto contenido de azúcar y sodio.

Cuando se come fuera de casa, retirar el salero de la mesa y disminuir la cantidad de condimentos como las salsas que tienen ingredientes con un alto contenido de sal.

#### **(7) AMBIENTE**

Mantener un ambiente ventilado, con adecuada iluminación y ordenado que le permitan desplazarse sin problemas por su casa.

Evitar situaciones que provoquen estrés, como lugares ruidosos o muy concurridos.

#### **(8) RECREACION**

Realizar paseos diarios de preferencia acompañada de un familiar, esto le brinda seguridad.

Procurar realizar actividades recreativas en familia como ir a pasear en algún parque, ir al cine, jugar juegos de mesa, o realizar ejercicio por lo menos una vez a la semana.

Siempre respetar los planes que cada miembro de la familia tenga fuera del núcleo familiar.



**(9) MEDICAMENTOS Y TRATAMIENTO NO FARMACOLOGICO**

NOMBRE DEL MEDICAMENTO	DOSIS	VIA	HORARIO	REACCIONES ADVERSAS
Losartan	25 mg	Oral	12:00 am	Tos

**(10) ESPIRITUALIDAD**

Continuar con la práctica religiosa que hasta el momento realizan, así como sus costumbres y tradiciones que de ella deriven.

**(11) EDUCACIÓN PARA LA SALUD**

COMPONENTE	ACTIVIDAD POR GRUPO ETAREO			
	0-9 AÑOS	10-19 AÑOS	20-59 AÑOS	60 Y MAS
<b>1. Promoción a la salud</b>		Educación para la salud acerca de la actividad física.	Proporcionar información acerca de signos y síntomas de alarma de HAS.	
<b>2. Nutrición</b>		Control de peso y talla en su centro de salud.	Recomendaciones sobre alimentación saludable, baja en sodio y carbohidratos.	
<b>3. Prevención y control de enfermedades</b>		Prevención de infecciones de transmisión sexual.	Corroborar su esquema de vacunación, de acuerdo a su edad.	
<b>4. Detección de enfermedades</b>			Detección oportuna de Cáncer Cervicouterino cada año. Detección oportuna de Cáncer de Mama a través de la autoexploración de mamas cada mes.	
<b>5. Salud reproductiva</b>		Promoción de métodos anticonceptivos		

## **IX.- CONCLUSIONES**

La atención de enfermería especializada en salud pública tiene como una de sus principales actividades el trabajo en comunidades, específicamente con la familia, detectando alteraciones en los requisitos de autocuidado para proporcionar intervenciones específicas que contribuyan a mantener o mejorar su dinámica familiar y por ende su estado de salud. La detección de alteraciones en los requisitos de autocuidado se realiza a través de una recolección de datos en donde además se determinan los factores condicionantes básicos, la composición familiar, tipo de familia, etapas del desarrollo familiar, características de vivienda y riesgos para la salud.

Para lograr este objetivo, los enfermeros especialistas en salud pública, llevan a cabo como principal estrategia la promoción de la salud y la educación para la salud, la cual implica hacer corresponsable a cada uno de los integrantes de la familia en el manejo de su autocuidado o la recuperación del mismo, y para lo cual, es de suma importancia la aceptación de un cambio en el estilo de vida como se describió con la familia en estudio en el presente trabajo; Con quienes se logró una motivación para mejorar su autocuidado así como la réplica de las consecuencias de una falta de apego a un estilo de vida saludable y en el cual, continuaran trabajando para evitar futuras consecuencias.

Realizar este estudio de caso fue una experiencia gratificante, ya que como personal de salud es importante crear un vínculo con las personas que proporcione la confianza necesaria para trabajar juntos por el bienestar de cada uno de los integrantes.

Al mismo tiempo, este estudio de caso me permitió desarrollar habilidades y mejorar otras, pues se requiere de conocimiento, seguridad, facilidad de palabra, empatía y un amplio criterio, todo esto sin dejar de lado el humanismo al momento de interactuar con cada uno de los miembros de la familia.

## **X.- SUGERENCIAS**

Es importante que los enfermeros como profesionales de la salud, retomen la promoción y educación para la salud y la lleven a cabo, ya que la transición demográfica y epidemiológica de nuestro país muestra que las enfermedades crónicas degenerativas como la hipertensión arterial y la diabetes mellitus se encuentran dentro de las principales causas de morbilidad y mortalidad.

Tomar como referencia recomendaciones internacionales y nacionales actuales para llevar a cabo la promoción de la salud.

Promover campañas educativas para desarrollar estilos de vida saludables. Principalmente promover el deporte en coordinación con instituciones públicas.

Contribuir con la industria alimentaria para la promoción de alimentación saludable, con especial énfasis en las consecuencias del consumo de alimentos con alto contenido en sodio, carbohidratos y grasas.

Que la ENEO continúe con este proyecto dentro del plan de estudios de la especialidad de enfermería en salud pública. Así mismo, sería conveniente ampliar los campos de práctica así como el tiempo que dura la misma, lo cual ayudaría a dar un mejor seguimiento de las intervenciones de enfermería aplicadas a la familia.

## REFERENCIAS

1. Ackerman N W. Diagnóstico y tratamiento de las relaciones familiares. Buenos Aires: Hormé; 1982.
2. Alfaro Le-Fevre R. Aplicación del proceso enfermero. Fomentar el cuidado en colaboración. 5ª Edición. Barcelona, España: MASSON; 2005.
3. Caparros N. Crisis en la familia. Madrid: Kargeiman; 1981.
4. Carpenito L., R.N., M.S.N., Diagnóstico de enfermería. Aplicación a la práctica clínica. 5ª edición. Madrid España: Editorial Mc Graw Hill Interamericana; 1997.
5. Chagoya B L. Psicoterapia familiar. Manual de psiquiatría. Madrid: Karpos; 1980.
6. Chinn P & Jacobs M. Theory and Nursing. 2nd Ed. St Louis: The CV. Mosby Company; 1987.
7. Comisión Interinstitucional de Enfermería. Código de Ética para las enfermeras y enfermeros de México. 1ª Edición. México; 2001.
8. Cortez G., Castillo F. Guía para elaborar proceso, registro, protocolo y cuidados de enfermería. 4ª edición. Lima, Perú: Rodhas; 2006.
9. Diccionario de la Lengua Española. 19ª ed. Madrid: España-Calpe; 1970.
10. Elkin F. The family in Canada. Ottawa, The Vanier Institute of the family, 1964.
11. Engels F. El origen de la familia, la propiedad privada y el estado. Madrid: SARPE; 1983.
12. Epstein NB, McAuley RG. Estudio de los problemas emocionales dentro del sistema familiar. México: Limusa; 1987.
13. Estrada I L. El ciclo vital de la familia. México: Posadas; 1982.
14. Frugé E, Crouch M, Bray J. Dinámica y salud familiares. 2ª ed. España: Mc Graw Hill-Interamericana; 2000.
15. Gómez Clavelina F J. Análisis comparativo de seis recomendaciones internacionales para el diseño de genogramas en medicina familiar. ArchMedFam; 1999.
16. Gómez Clavelina FJ et al: Selección y análisis de instrumentos para la evaluación familiar. México: ArchMedFam; 1999.
17. Goode W J. La familia como elemento en la estructura social. México: UTEHA; 1982.

18. Gortner S R. The history and philosophy of nursing science and research. Advances in nursingscience; 1983.
19. Guía de Práctica Clínica para el Diagnóstico y Tratamiento de la Hipertensión Arterial en el Primer Nivel de Atención. Evidencias y recomendaciones. México: Secretaria de Salud, 2009.
20. Henderson V. Naturaleza de la enfermería: Después de veinticinco años. Madrid: InteramericanaMcGraw Hill; 1994.
21. Hevia R P. Participación de la comunidad en la atención primaria a la salud. México: SaludPúbMéx; 1985.
22. Horwitz CN. Familia y salud familiar. Un enfoque para la atención primaria. Panamá: Bol SanitPanam; 1998.
23. Huerta-González J L. Guía para la elaboración del Estudio de Salud Familiar. México: Hospital Central "Doctor Ignacio Morones Prieto"; 2000.
24. Infante C C. Bases para el estudio de la interacción redes sociales – usos de servicios de salud. México: Salud Pública México; 1988.
25. Iyer P. Nursing process and nursing diagnosis. Philadelphia; W B Saunders Company; 1986.
26. Kasper D. Cols. Harrison Manual de medicina. 16ª ed. Mc Graw Hill Interamericana: España; 2005.
27. KEROUAC, S.; Pepin, J.; Ducharme, F.; Duquette, A.; Major, F. Grandes Corrientes del pensamiento Edit. MASSON: Barcelona, España; 2005.
28. Kornblit A. Somática familiar. Barcelona: Gedisa; 1984.
29. Leininger M M. Care: The essence of nursing and health. Detroit: Wayne University Press. 1988 Cap I.
30. 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.
31. Lienhardt G. Antropología social. México: Fondo de Cultura Económica; 1966.
32. Maccoby M. El carácter nacional mexicano. México: Plaza y Janés; 2002.

33. Macias 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.
34. Manfredi M. La investigación como componente de liderazgo. ACOFAEN, OPS. *Primer Coloquio Panamericano en Enfermería*. Bogotá, Colombia; 1988.
35. Marriner A. Modelos y teorías de enfermería. 3ª edición. Madrid; 1994.
36. Maslow A. H. Motivation and personality. New York: Harper & Row; 1954.
37. Mc Whinney I R. medicina de familia. Barcelona: Mosby/Doyma Libros; 1995
38. MD Publications. La familia humana. MD 1989.
39. Medalie J H. Etapa pre y pos matrimonial temprana. México: Limusa; 1987.
40. Medalie J H. Medicina familiar. Principios y prácticas. México: Limusa; 1987.
41. Medalie JH. Medicina familiar. Principios y prácticas. México: Limusa; 1987.
42. Meissner W W. Aspectos psiquiátricos del estudio de la familia. Buenos Aires: Paidós; 1976.
43. Mejía M J. Ortiz H D. La familia. México: Mc Graw Hill; 1999.
44. Meleis A. Theoretical Nursing: Development and Progress. Philadelphia: JB. Lippincott Company; 1985
45. Michel A. Sociología de la familia y el matrimonio. Barcelona, Península; 1974.
46. Minuchin S. Familias y terapia familiar. Barcelona: Gedisa; 1979.
47. Monroy V A. La educación de la sexualidad dentro del ciclo de vida de la familia. México; 1985.
48. Newman M. Healtas Expanded consciousness. New York: League for Nursing Press; 1994.
49. Nightingale F. Notes on Nursing: What it is and what is not. New York: Dover; 1969.
50. NORMA Oficial Mexicana NOM-015-SSA2-2010, Para la prevención, tratamiento y control de la diabetes mellitus.
51. Norma Oficial Mexicana NOM-030-SSA2-2009, Para la prevención, detección, diagnóstico, tratamiento y control de la hipertensión arterial sistémica.
52. Orem D., Taylor S. G., McLaughling R. K. Nursing: concepts of practice. United States of America; 1991.

53. Organización Mundial de la Salud. Los cuidados primarios de la salud. Informe de la Conferencia Internacional sobre los Cuidados Primarios de Salud, Ginebra, 1978 (Serie "Salud para todos", no. 1).
54. Paz O. El laberinto de la soledad. 3ª ed. México: Fondo de Cultura Económica; 1999.
55. Revilla A L. El apoyo social y la atención primaria de salud. España: Atención primaria; 1991.
56. Revilla A L. Una nueva clasificación demográfica de la familia para su uso en atención primaria de salud. España: Atención primaria; 1991.
57. Rogers M. Vision of Rogers science – bases nursing. New York: National league for nursing press. 1990. Unit I.
58. 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.
59. Sánchez A J. Etapas de la familia. Familia y sociedad. México: Joaquín Mortiz; 1976.
60. Savater F. El valor de educar. Barcelona: Ariel; 1997
61. Stevens B J. Nursing theory. Boston: Little, Brown and Company; 1984)
62. Tseng W S, McDermott J. Triaxial family classification. Philadelphia: Child psychiatry; 1979.
63. Urdaniz AP et al. Aspectos arquetípicos del envejecimiento: del Eros al Tanatos. España: Actas EspPsiquiatr; 1999.
64. Velasco M L. Sinibaldi J F. Manejo del enfermo crónico y su familia (sistemas, historias y creencias). México: El Manual Moderno; 2001.
65. Walboldt FS. Social and the family behavior. Pennsylvania, John Wiley, 1987.
66. Bilitsky 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.
67. Dickoff & James. A theory of theoris: a position paper. Nursing research; 1968.
68. Donaldson SK & Crowley DM. The discipline of nursing. Nurs Outlook; 1978.

69. Epstein N B, Mc Auley R G. Estudio de los problemas emocionales dentro del sistema familiar. México: Limusa; 1987.
70. Fawcett. The metaparadigm of nursing: Current status and future refinement s. Image; 1984.
71. Fuller S.S. Holistic man and the science and practice of nursing. Nursing Outlook; 1978.
72. Johnson DE. The nature of a science of nursing Nurs Outlook; 1959.
73. König R. La familia en nuestro tiempo. Madrid: Siglo XXI; 1981.
74. Leininger M M. Transcultural nursing: concepts, theories and practice. New York: Wiley & Sons; 1978.
75. 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.
76. López R. F. Introducción a la sociología. Porrúa: México; 1983.
77. Louro Bernal I. La familia en la determinación de la salud. Rev. Cubana Salud Pública. Cuba; 2003.
78. Organización Mundial de la Salud. Alma Ata. Atención primaria de salud; 1978.
79. Rogers M. An introduction to the theoretical basics of nursing. Philadelphia: F A Davis Company; 1970.
80. 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.
81. Vargas P. El modelo biopsicosocial, un cambio de paradigma. Madrid; Sem FYC y CIMF; 1997.
82. Woods N K & Catanzaro M. Nursing research: theory and practice. St. Louis: The CV Mosby Company; 1988.



## **ANEXOS**

# ANEXO 1. CEDULA DE VALORACIÓN



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



## VALORACIÓN FAMILIAR DEL DÉFICIT DE AUTOCUIDADO

Localización: \_\_\_\_\_ Folio: \_\_\_\_\_

Sector: \_\_\_\_\_

### FACTORES CONDICIONANTES BÁSICOS

Apellidos de la Familia: \_\_\_\_\_

Domicilio: \_\_\_\_\_

Calle

No.

Colonia

Teléfono: \_\_\_\_\_

### 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 toma las decisiones respecto a la salud?

Mamá	Papá	Otro
------	------	------

### *b) Sistema de religión y valores.*

¿Profesan alguna religión?

Católica	Cristiana	Testigo de Jehová	Otra especifique	Ninguna
----------	-----------	-------------------	------------------	---------

¿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
------	------	---------	----------	------

¿Quién toma las decisiones en la pareja?

Mamá	Papá	Otro
------	------	------

¿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?

Mamá	Papá	Otro
------	------	------

¿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	INDICE DE MASA CORPORAL (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
------------	------

 Oxígeno Domiciliario ( )

Fuma: 

SI	NO
----	----

**Interferencia Ambiental:**

Contaminación	Ventilación adecuada
---------------	----------------------

**Cambios en la Respiración**

Disnea: ( )

Ortopnea ( ) 

Esfuerzo	Reposo
----------	--------

¿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. APORTE 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. APORTE 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.Difícil/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					
<b>Color</b>	Clara	Ámbar	Café	Hematórica	Otro
<b>Olor</b>	Inodoro	Úrico	Penetrante		Otro
<b>Apariencia</b>	Transparente	Turbia	Espumosa		Otro

¿Cuál es la frecuencia de eliminación en el día? \_\_\_\_\_

Características de la eliminación:

<b>1.Continente</b>	<b>2.Incontinente</b>	<b>3.Estreñimiento</b>	<b>4.Diarrea</b>
<b>5.Sangrante</b>	<b>Otro</b>		

Características de las heces:

Concepto					
<b>Color</b>	Café	Verde	Amarillo	Hematórico	Otro
<b>Olor</b>	Inodoro	Característico	Fétido		Otro
<b>Apariencia</b>	Compacta	Pastosa	Diarreica	Coprolítica	Otro

### ***Patrón Menstrual***

<b>1.Regular</b>	<b>2.Irregular</b>	<b>3.Dismenorrea</b>	<b>4.Amenorrea</b>
<b>5. Hemorragias</b>	<b>6. Síndrome premenstrual</b>	<b>7.Síndrome incapacitante</b>	<b>8. Otro</b>

¿A qué edad comenzó su ciclo menstrual (menarca)?

<b>8 años</b>	<b>9 años</b>	<b>10 años</b>	<b>12 años</b>	<b>Otro:</b>
---------------	---------------	----------------	----------------	--------------

¿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?

<b>1.Insomnia</b>	<b>2.Pesadillas</b>	<b>3.Terror nocturno</b>	<b>Otro</b>
-------------------	---------------------	--------------------------	-------------

¿Cuántas horas trabaja al día? \_\_\_\_\_

¿Qué tipo de trabajo desempeña?

<b>1.Gubernamental</b>	<b>2.Privado</b>	<b>3. Oficio</b>	<b>Especifique:</b>
------------------------	------------------	------------------	---------------------

¿En qué horario desempeña sus actividades?

<b>Matutino</b>	<b>Vespertino</b>	<b>Nocturno</b>
-----------------	-------------------	-----------------

¿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?

¿Algún miembro de la familia suele aislarse?

SI

NO

Diario	1vez semana	1vez mes	1vez año	Otro:	
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?

<b>Cada 6 meses</b>	<b>1 vez año</b>	<b>Cada 2 años</b>	<b>Nunca</b>	<b>Otro:</b>
---------------------	------------------	--------------------	--------------	--------------

¿Utiliza algún apoyo auditivo?

<b>SI</b>	<b>NO</b>
-----------	-----------

¿La graduación actual, aún cumple sus necesidades?

<b>SI</b>	<b>NO</b>
-----------	-----------

¿Con qué frecuencia realiza una revisión del estado de su dispositivo?

<b>Cada 6 meses</b>	<b>1 vez año</b>	<b>Cada 2 años</b>	<b>Nunca</b>	<b>Otro:</b>
---------------------	------------------	--------------------	--------------	--------------

¿Se mareo con frecuencia?

<b>SI</b>	<b>NO</b>
-----------	-----------

El mareo es acompañado de:

<b>1.Cefalea</b>	<b>2.Vértigo</b>	<b>3.Acúfenos</b>	<b>4.Fosfenos</b>
<b>5.Dificultad para desplazarse</b>	<b>6. Otro</b>		

Cuando ha estado sujeto a tratamiento ¿Lo sigue como lo indica el médico?

<b>SI</b>	<b>NO</b>
-----------	-----------

### ***Estado mental***

¿Reconoce pérdida de memoria inusual?

<b>SI</b>	<b>NO</b>
-----------	-----------

¿Podría relacionarlo a algún acontecimiento? ¿Cuál es? \_\_\_\_\_

¿Conoce si cerca a su hogar existen contaminantes ambientales o fauna nociva?

<b>1.Tiradero municipal</b>	<b>2.Fábricas</b>	<b>3.Canal de aguas negras</b>	<b>4.Excretas al ras del suelo</b>
<b>5.Ratas</b>	<b>6. Moscas</b>	<b>7.Cucarachas</b>	<b>Otro:</b>

## **8. PROMOCIÓN DE LA NORMALIDAD**

¿Cómo es su autoestima?

<b>Alta</b>	<b>Normal</b>	<b>Baja</b>
-------------	---------------	-------------

¿Cuál es la percepción de su imagen corporal?

---

---

Mencione medidas de autocuidado que lleva a cabo para mejorar o conservar su salud

---

---

**Riesgos laborales**

<b>PREGUNTA</b>	<b>SI</b>	<b>NO</b>
<b><i>Ambiente Laboral</i></b>		
¿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?		
<b><i>Organización del Tiempo</i></b>		
¿Su trabajo lo obliga a realizar jornadas largas de trabajo?		
¿Su horario es fijo?		
¿Trabaja horas extra?		
<b><i>Administración de la Empresa</i></b>		
¿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?		
<b><i>Ergonómicos</i></b>		
¿Durante su jornada adquiere posturas inadecuadas?		
¿Sus actividades le obligan a hacer sobreesfuerzo o movimientos forzados?		
¿Permanece en una sola posición por tiempos prolongados?		
<b><i>Ausentismo</i></b>		
¿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: \_\_\_\_\_

## ANEXO 2. CONSENTIMIENTO INFORMADO



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



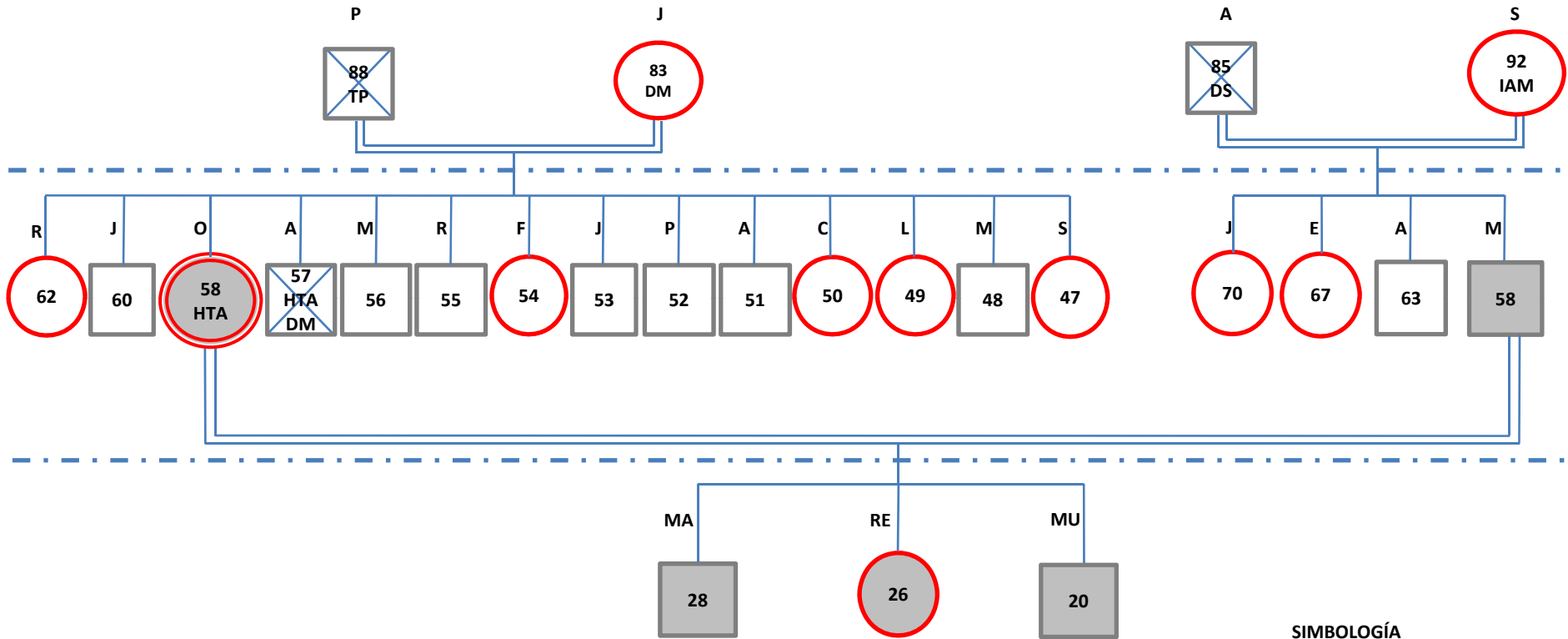
### Consentimiento informado:

Yo \_\_\_\_\_ en pleno uso de mis facultades, libre y voluntariamente manifiesto que he sido debidamente informado sobre el interés de los estudiantes de la Especialidad de Enfermería en Salud Pública de realizar un estudio de caso que incluye a mi familia y a mí; en consecuencia, autorizo ofrecer toda la información que sea solicitada por dichos estudiantes así como la participación en las actividades que para mí beneficio me proporcionen.

A los \_\_\_\_ días del mes de \_\_\_\_\_ del año \_\_\_\_\_.

Firma \_\_\_\_\_

### ANEXO 3. GENOGRAMA DE LA FAMILIA MR



**SIGLAS**

- DM: Diabetes Mellitus
- HTA: Hipertensión Arterial
- DS: Demencia Senil
- IAM: Infarto Agudo al Miocardio
- TP: Trombosis Pulmonar

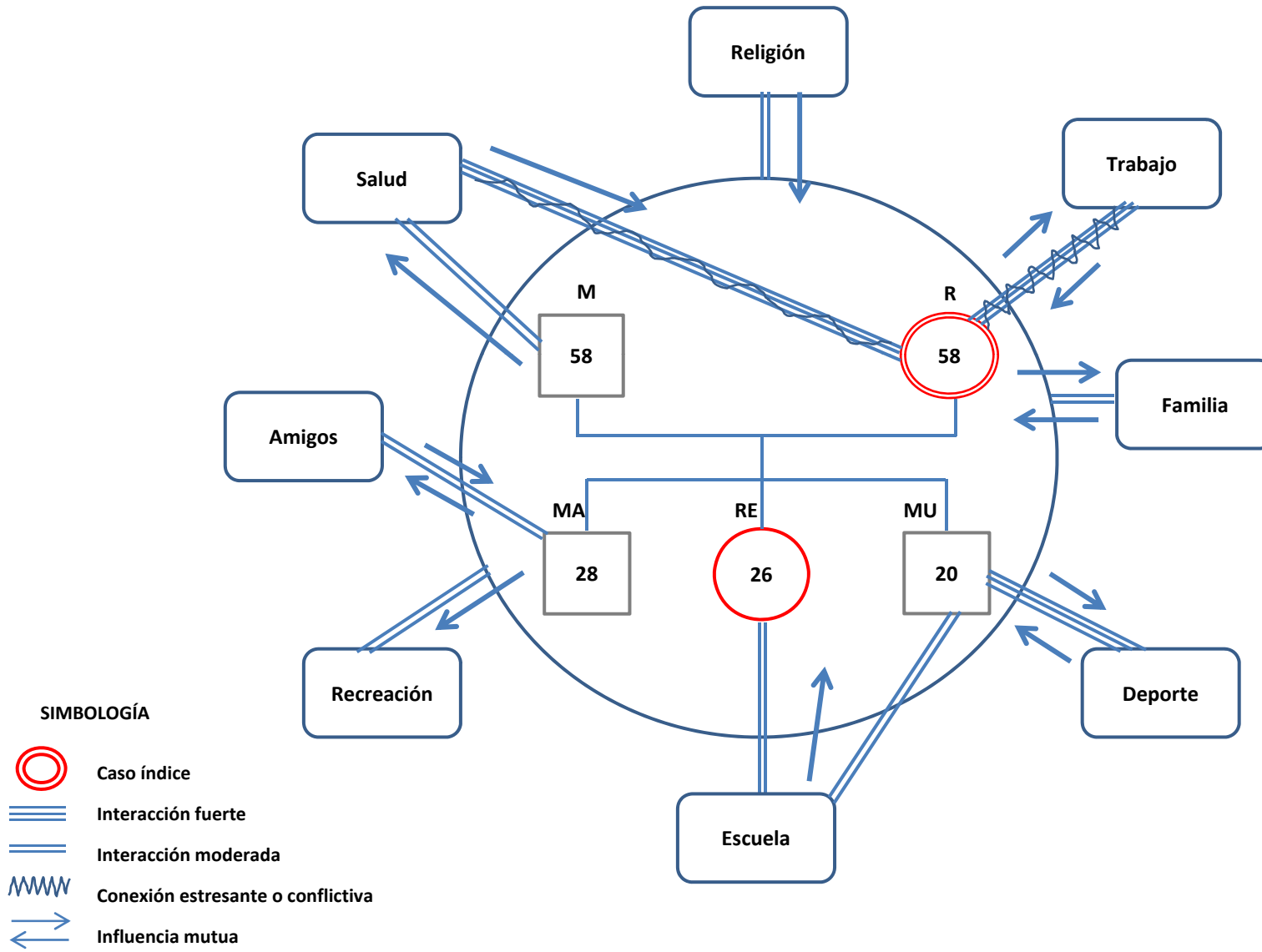
**SIMBOLOGÍA**

- Caso índice
- Mujer / Hombre
- Miembros de la familia
- Fallecido
- Matrimonio
- Generaciones

NOTA: Por cuestiones éticas, se omiten los nombres de los integrantes de la familia y se referirá a ellos con iniciales.



## ANEXO 4. ECOMAPA DE LA FAMILIA MR



NOTA: Por cuestiones éticas, se omiten los nombres de los integrantes de la familia y se referirá a ellos con iniciales.

## ANEXO 5. APGAR FAMILIAR

	Puntuación
<b>Adaptación:</b> ¿Está satisfecho con el apoyo que recibe de su familia cuando tiene algún problema o pasa por alguna situación crítica?	
<b>Participación:</b> ¿Le satisface la manera e interés con que su familia discute sus problemas y la forma en que participa con usted en la resolución de ellos?	
<b>Generatividad o crecimiento:</b> ¿Su familia respeta sus decisiones y acepta sus deseos de efectuar nuevas actividades?	
<b>Afecto:</b> ¿Está satisfecho de la forma en que su familia expresa el afecto y responde a sus sentimientos, ya sean de bienestar o malestar?	
<b>Resolución:</b> ¿Le satisface la cantidad de tiempo que usted y su familia pasan juntos?	

FUENTE: Bellón JA, Delgado A, Luna JD, Lardelli P. Validez y fiabilidad del cuestionario de función familiar Apgar-familiar. Aten Primaria 1996.

**2 = Casi siempre, 1 = Algunas veces, 0 = Casi nunca**

## ANEXO 6. ESCALA DE EVALUACION DE ADAPTABILIDAD Y COHESION FAMILIAR III (FACES III)

	Puntuación
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	
20 Es difícil decir quién hace las labores del hogar	

FUENTE: Schmidt V, Barreyro J, Maglio A. Escala de evaluación del funcionamiento familiar FACES III  
¿Modelo de dos o tres factores? Escritos de Psicología, Vol. 3, nº 2, pp. 30-36 2009

**1 = Nunca, 2 = Casi nunca, 3 = Algunas veces, 4 = Casi siempre, 5 = Siempre**

## ANEXO 7. EJE TRIAXIAL

<b>Eje I: Disfunciones del desarrollo familiar.</b>	
<p><b>Disfunciones del desarrollo.</b></p> <p>Disfunción familiar primaria            Por el nacimiento de un hijo            Relacionada con la educación de los hijos            Relacionada con la crianza de los hijos            Disfunción de la familia madura.            Disfunción de la familia en dispersión.</p>	<p><b>Complicaciones y variaciones del desarrollo.</b></p> <p>Familia interrumpida            Familia de un solo padre            Familia reconstruida            Familia crónicamente inestable</p>
<b>Eje II: Disfunciones en los subsistemas familiares.</b>	
<p><b>Disfunciones en el sistema conyugal</b></p> <p>Disfunción marital complementaria            Disfunción marital conflictiva            Disfunción marital dependiente            Disfunción por falta de vinculación            Disfunción por incompatibilidad</p>	<p><b>Disfunciones en el sistema conyugal</b></p> <p>Disfunción marital complementaria            Disfunción marital conflictiva            Disfunción marital dependiente            Disfunción por falta de vinculación            Disfunción por incompatibilidad</p>
<p><b>Disfunciones en el subsistema padre-hijo</b></p> <p>Con relación a uno de los padres            Con relación a uno de los hijos            En la relación padre-hijo            Disfunciones triangulares</p>	<p><b>Disfunciones en el subsistema de los hermanos</b></p> <p>Rivalidad destructiva            Sobreidentificación o falta de diferenciación            Coaliciones contra los padres</p>
<b>Eje III: Disfunciones de la familia como sistema.</b>	
<p><b>Disfunciones estructurales y funcionales</b></p> <p>Familia de bajo rendimiento            Familia excesivamente estructurada            Familia patológicamente integrada            Familia desorganizada</p>	<p><b>Disfunciones sociales</b></p> <p>Familia socialmente aislada            Familia socialmente desviada            Familia con un tema especial (secreto, creencia)</p>

FUENTE: Anzures R, Chavez V, Garcia M. Nobel O. Diagnostico estructural y familiar, Instrumentos de evaluación de la funcionabilidad familia. Medicina familiar. Primera edición. Ed Corinter: 2008.

**ANEXO 8. CLASIFICACIÓN DE EVENTOS CRÍTICOS.  
ESCALA DE HOLMES**

Evento	Valor
1. Muerte del cónyuge	<b>100</b>
2. Divorcio	<b>73</b>
3. Separación matrimonial	<b>63</b>
4. Causas penales	<b>63</b>
5. Muerte de un familiar cercano	<b>63</b>
6. Lesión o enfermedad personal	<b>53</b>
7. Matrimonio	<b>50</b>
8. Pérdida de empleo	<b>47</b>
9. Reconciliación matrimonial	<b>45</b>
10. Jubilación	<b>45</b>
11. Cambios en la salud de un familiar	<b>44</b>
12. Embarazo	<b>40</b>
13. Problemas sexuales	<b>39</b>
14. Nacimiento de un hijo	<b>39</b>
15. Reajuste en los negocios	<b>39</b>
16. Cambios en el estado financiero	<b>38</b>
17. Muerte de un amigo muy querido	<b>37</b>
18. Cambio a una línea diferente de trabajo	<b>36</b>
19. Cambio del número de discusiones con la pareja	<b>35</b>
20. Hipoteca mayor	<b>31</b>
21. Juicio por una hipoteca o préstamo	<b>30</b>
22. Cambio de responsabilidad en el trabajo	<b>29</b>
23. Uno de los hijos abandona el hogar	<b>29</b>
24. Dificultades políticas	<b>29</b>
25. Logro personal notable	<b>28</b>
26. La esposa comienza o deja de trabajar	<b>26</b>
27. Inicia o termina el ciclo escolar	<b>26</b>

28. Cambio en las condiciones de vida	25
29. Revisión de hábitos personales	24
30. Problemas con el jefe	23
31. Cambio en el horario o condiciones de trabajo	20
32. Cambio de residencia	20
33. Cambio de escuela	20
34. Cambio de recreación	19
35. Cambio en las actividades religiosas	19
36. Cambio en las actividades sociales	18
37. Hipoteca o préstamo menor	17
38. Cambios en los hábitos del sueño	16
39. Cambio en el número de reuniones familiares	15
40. Cambio en los hábitos alimentarios	15
41. Vacaciones	13
42. Navidad	12
43. Violaciones menores a la ley	11
Total	

FUENTE: Huerta J, Gonzalez A. Medicina Familiar: La familia en el proceso de la salud enfermedad. 1ª edición. Ed. Alfil. El estudio de la salud familiar.2007.

**De 0 a 149 – No hay problemas importantes**

**150 a 199 – Crisis leve**

**200 a 299 – Crisis moderada**

**Más de 300 – Crisis severa**

## ANEXO 9. ESCALA DE GRAFFAR

Variables	Pts	Items
1. Profesión del Jefe de Familia	1	Profesión Universitaria, financistas, banqueros, comerciantes, todos de alta productividad, Oficiales de las Fuerzas Armadas (si tienen un rango de Educación Superior)
	2	Profesión Técnica Superior, medianos comerciantes o productores
	3	Empleados sin profesión universitaria, con técnica media, pequeños comerciantes o productores
	4	Obreros especializados y parte de los trabajadores del sector informal (con primaria completa)
	5	Obreros no especializados y otra parte del sector informal de la economía (sin primaria completa)
2.- Nivel de instrucción de la madre	1	Enseñanza Universitaria o su equivalente
	2	Técnica Superior completa, enseñanza secundaria completa, técnica media.
	3	Enseñanza secundaria incompleta, técnica inferior
	4	Enseñanza primaria, o alfabeta (con algún grado de instrucción primaria)
	5	Analfabeta
3.-Principal fuente de ingreso de la familia	1	Fortuna heredada o adquirida
	2	Ganancias o beneficios, honorarios profesionales
	3	Sueldo mensual
	4	Salario semanal, por día, entrada a destajo
	5	Donaciones de origen público o privado
4.- Condiciones de alojamiento	1	Vivienda con óptimas condiciones sanitarias en ambientes de gran lujo
	2	Viviendas con óptimas condiciones sanitarias en ambientes con lujo sin exceso y suficientes espacios
	3	Viviendas con buenas condiciones sanitarias en espacios reducidos o no, pero siempre menores que en las viviendas 1 y 2
	4	Viviendas con ambientes espaciosos o reducidos y/o con deficiencias en algunas condiciones sanitarias
	5	Rancho o vivienda con condiciones sanitarias marcadamente inadecuadas

Interpretación del Puntaje obtenido en la Escala de Graffar:

Puntaje	Interpretación
04-06	Estrato alto
07-09	Estrato medio alto
10-12	Estrato medio bajo
13-16	Estrato obrero
17-20	Estrato marginal

FUENTE:Costanti. Métodos de estratificación social: Método de Graffar-Méndez Castellanos. Jornadas de Reflexión Filosófica. Venezuela; 2000.