

Aplicación del proceso de enfermería a una familia de la colonia Santa Teresita en la ciudad de Tepic Nayarit, México.

Ian Coahpetzin Zavala Pérez*, Cinthia Viridiana Olea Gutiérrez*, Sarahi del Carmen Ayón Astorga**.

**Maestro/a en Enfermería y PTC en la Unidad Académica de Enfermería. Universidad Autónoma de Nayarit.*

***Licenciada en Enfermería del Instituto Mexicano del Seguro Social.*

Resumen

Introducción: Actualmente el cuidado se ha convertido en un asunto familiar. La familia ha sido siempre la principal fuente de apoyo y cuidados. El estado de salud de un miembro de la familia y su capacidad de afrontamiento ante experiencias de enfermedad influyen en las expresiones físicas, psicológicas, sociales y espirituales que soportan a la familia y que actúan dentro de la misma. **Procedimientos:** Estudio de intervención. Se aplicó un Proceso de Enfermería en familia siguiendo la fase de valoración a través de los 11 patrones funcionales, identificación de fenómenos de enfermería, localización de diagnóstico/s "foco"; para posteriormente, desarrollar un plan de cuidado e intervenir con el fin de llevar a la familia de un estado de disfunción a uno funcional. **Hallazgos principales:** Uno de los hallazgos encontrados en la aplicación de este Proceso de Enfermería fue el acogimiento familiar de menores por parte de los abuelos donde son éstos los que ofrecen todos los cuidados diarios de sus nietos. Situación que se origina porque los padres no son capaces de desarrollar el rol parental debido a situaciones, motivos o dificultades. **Conclusiones:** El realizar Procesos de Enfermería a familias permite conocer el contexto de la familia, la dinámica familiar, el tipo de familia; así como la posibilidad de identificar las

respuestas humanas traducidas en expresiones de salud físicas, psíquicas, sociales, espirituales; y en consecuencia coadyuvar en el bienestar familiar a partir de estrategias para potencializar el bienestar de cada uno de los integrantes.

Palabras clave: Proceso de Enfermería, Cuidado, Familia, Salud.

Abstract

Introduction: Caring has become a family subject in the present time. Family has always been the main source for care and support. The health of a family member and their ability to cope with illness experiences, affect physical, psychological, social and spiritual expressions supporting and acting within the family.

Procedures: Intervention study. A family nursing process was applied following the assessment phase through the 11 functional patterns, identification of nursing phenomena, location of "keystone" diagnostics, to subsequently, develop a caring plan and intervene in order to take the family from a dysfunctional state to a functional one.

Main findings: One of the findings in the application of this nursing process was the foster care of children by their grandparents, where they are the ones who offer the daily attendance of their

grandchildren. This situation arises because parents are not able to develop the parental role due to several reasons, situations, or difficulties.

Conclusion: Performing Nursing Processes to families allows to know their context, the family dynamics, family type, as well as the possibility of identifying human responses translated into expressions of physical, psychological, social, and spiritual health, and therefore assist in family wellbeing, from strategies to potentiate the wellfare of each one of the family members.

Key Words: Nursing Process, Caring, Family, Health

Introducción

Cuidar es una actividad humana que tiene un componente no profesional. Se habla del cuidado formal que proporcionan los profesionales de la enfermería, y del cuidado informal o familiar, que es el que brindan los familiares, allegados y amigos¹.

En la actualidad, el cuidado se esta convirtiendo en un asunto familiar que adquiere cada vez mayor relevancia y peso. El cuidado conecta al que cuida con el que es cuidado. su importancia reside en la presencia constante y no en la competencia técnica. Es una clase de relación constituida por una disposición genuina para y con el otro, reciprocidad y el compromiso de promover el bienestar del otro. Dicho de otra manera, es un "trabajo de amor" como lo define Graham (1983) citada por Benjumea (2007), y con ello manifiesta su dualidad: el amor o interés emocional por la persona que recibe los cuidados y el aspecto práctico del trabajo de cuidar a otro.¹

Para la enfermería el cuidado tiene una importancia primordial. En las últimas décadas se ha identificado como el paradigma único a la disciplina y como "el corazón de nuestra profesión".¹

En enfermería son varias las autoras que consideran el cuidado familiar como un acto primordial para mantener la salud individual y colectiva.² El cuidado familiar puede ser considerado en dos direcciones: en la primera está el enfoque del individuo en el contexto de la familia, donde aquel es la figura y esta es el fundamento, y en la segunda -que enfoca a ambos, el individuo y la familia-, los sistemas de cuidado familiar pueden ser conceptualizados como enfoque sobre la familia completa como la unidad de cuidado.³

Para enfermería "La familia constituye un sistema en todo el sentido de la palabra, en tanto que ésta formada por un conjunto organizado de elementos que se relacionan e interactúan entre sí, de tal manera que cualquier acción, alteración o cambio en uno de ellos repercute en todos los demás, y viceversa.³

En la salud de los colectivos el grupo social que más influye es la familia. La familia es una de las instituciones sociales más antiguas y sus miembros tienen una historia común, comparten rasgos genéticos, entorno, costumbres, creencias, actitudes generales y estilos de vida.³

Con lo anterior, se entiende que la familia ha sido siempre la principal fuente de apoyo y cuidados. El estado de salud de un miembro de la familia y su capacidad de afrontamiento ante experiencias de enfermedad influyen en las expresiones físicas, psicológicas, sociales y espirituales que soportan a la familia y que actúan dentro de la misma.^{1,3,4} Entonces, el crecimiento y el desarrollo de cualquier integrante de la familia dependen de la poca o mucha interacción de las expresiones antes mencionadas.

En la misma tónica, La Organización Mundial de la Salud (OMS), expresa que "los servicios de enfermería orientados a la salud de la familia se basan en la concepción de ésta como unidad y tienen por objeto atender las necesidades y

preocupaciones de la familia en materia de salud, animándola a utilizar sus propios recursos, humanos y materiales, y señalando la manera óptima de utilizar los servicios de salud disponibles".⁵

Entonces, es claro el papel que la/el enfermera/o tiene que desarrollar para el cuidado de la salud familiar y la importancia que tiene el cuidado de enfermería para lograr los resultados esperados en materia de salud a partir de intervenciones planeadas que permitan a la familia cambiar de un nivel de salud disminuido a uno mayor.^{6,7}

Concordamos con Dorothy Whyte, una pionera de enfermería de familia en escocia, que, en sus textos más relevantes sobre esta temática, escribe que "más que un desenvolvimiento de cuidados de enfermería en comunidad, los cuidados de enfermería y familia son un desenvolvimiento lógico y un abordaje holístico de cuidados con énfasis en la promoción a la salud".⁸

Referente Teórico

En diversas ocasiones se ha escuchado que la familia es el núcleo de la sociedad. definición que surge de un conocimiento común pero que es idónea para clarificar, no sólo qué es la familia, sino su papel dentro de las poblaciones humanas.

Son diversas las autoras que hablan de la familia, algunas se refieren a la familia como un sistema, otras como unidad o como un conjunto. Para Friedman "la familia está compuesta de personas unidas por lazos matrimoniales, sanguíneos o de adopción. Los miembros de la familia usualmente viven juntos, interactúan y se comunican a partir de roles (esposa, esposo, madre, padre, hijo, hija, hermano, hermana); y además, comparten un sistema de creencias y valores".³

Autoras como Amaya de Peña (1992) citada por Pérez (2002): "la familia está constituida

por un grupo de individuos, hombres, mujeres, adolescentes y niños, cuyos rasgos de edades pueden extenderse dos o más generaciones. Las relaciones dentro de la familia son más intensas que en cualquier grupo de la sociedad. La familia normalmente posee una larga historia colectiva. Su vida es un continuo flujo del distante pasado, del presente y del futuro. La familia tiene ciertas características que la distinguen: comparte un lenguaje, una clase social, un hogar, un ingreso económico, tiene funciones de satisfacer las necesidades afectivas y económicas de sus miembros, la satisfacción sexual de la pareja y la procreación y crianza de los hijos".³

No podríamos terminar de definir a la familia sin asociarla con la salud. La salud familiar no es un estadio, sino un proceso continuo. La salud familiar se construye a diario, en la propia dinámica interna que establecen los miembros, en la toma de decisiones, en el enfrentamiento ante cada nueva situación, en la forma en que se educan y socializan a los miembros y es ahí donde entra el papel del profesional de enfermería, trabajando en conjunto con la familia para lograr un bien común denominado salud familiar.^{5,8}

La salud familiar está determinada por factores socioeconómicos, factores sociopsicológicos (modo de vida familiar, integración social, participación social, convivencia social), factores socioculturales, el funcionamiento familiar, la estructura familiar, el estado de salud de los miembros de la familia, la forma de afrontamiento a los acontecimientos y conflictos internos y externos, y el acceso a las redes de apoyo, dicho de otra manera los problemas de salud familiar tienen un origen multicausal.⁵

El grupo de cuidado de la Universidad Nacional de Colombia refiere a la teórica Margareth A. Newman y explican que "la salud abarca la enfermedad y la ausencia de enfermedad. La salud es considerada como un proceso de desarrollo del conocimiento de sí mismo, del sistema familiar

y del entorno junto con una capacidad creciente para percibir las alternativas y responder ante ellas de diversas formas”.²

Pero, ¿Cómo puede el profesional de la enfermería lograr la salud familiar? Parte esencial del profesional de enfermería en el ámbito de salud familiar es su implicación en la atención primaria en salud, buscando el objetivo de la modificación y desarrollo de estilos de vida en familias. Para lograr este objetivo Natividad Pinto propone bajo la mirada de J. Watson “Un modelo de cuidado en el Hogar” donde se expresa que es fundamental integrar esa relación transpersonal paciente-cuidador, ya que implica el proceso del cuidado humano a humano y demuestra la mezcla de conocimiento científico de la enfermera y el arte de la experiencia interpersonal. El evento se mueve hacia resultados saludables, lo cual es definido como protección del paciente y un compromiso con el bienestar del paciente y su familia. A la vez, la continuidad requiere un manejo de caso individual, un sistema para identificar barreras a la capacidad funcional optima, una consecución de servicios requeridos y coordinación de servicios, una definición de funciones, una tecnología mínima para brindar herramientas y técnicas para organizar el cuidado, un proceso para dar contribución, desarrollo de metas o resultados, planeación; es decir intervenir a través de Proceso de Enfermería Familiar.⁹

Autores como Kaakinen (2010) citado por Barbieri (2011) expresan que la enfermera familiar puede reconocer el potencial del sistema familiar para promover la salud de sus miembros; dicha acción tiene como objetivo el empoderamiento de la familia de tal forma que la capacite para responder de manera proactiva a los procesos de salud-enfermedad a lo largo de su ciclo vital.⁸

Entonces, cuidar desde un enfoque familiar implica incluir a la familia en el proceso de prestación de cuidados. Es así como ella se

convierte en un estímulo favorable para la recuperación de la salud de alguno de sus miembros.³

Hay que mencionar que el profesional de enfermería no puede realizar todas las metas y objetivos por sí solo, hace uso de un recurso humano muy importante dentro de la misma familia, denominado cuidador primario; llamamos aquí “cuidador” a la persona que se hace cargo de proveer atención y asistencia a otro miembro de la familia que lo necesita. Dentro de los cuidadores se pueden distinguir dos categorías: los cuidadores primarios y los cuidadores profesionales. El cuidador primario es aquel que guarda una relación directa con el paciente o enfermo, como el cónyuge, los hijos, los hermanos o los padres y otorga un cuidado informal, es decir, no profesional. En cambio el cuidador profesional es aquel o aquella enfermera/o que actúa o toma decisiones de cuidado a partir del uso del Proceso de Enfermería.¹⁰

En diversos estudios sobre los cuidadores y sus condiciones se ha señalado que casi todos ellos son generalmente familiares directos, esto es, cuidadores primarios, tal es el caso de la familia en estudio. Cuidar es una actividad humana que tiene un componente no profesional, se entiende como el corazón de la enfermería profesional, puede preparar y apoyar al cuidador para manejar las distintas etapas de la enfermedad, anticipar las crisis, así como detectar prácticas autodestructivas.¹¹

Según Colliere el objetivo de los cuidados va más allá de la enfermedad “Cuidar es todo lo que ayuda a vivir y permite existir”, como ya se mencionó, generalmente los cuidadores primarios tienden a ser familiares directos del paciente, y esto es un punto a favor de la recuperación de la salud familiar, pues como bien lo dice Javier Tussel, este es un cuidado asentado en el amor y esencial para preservar la vida.^{1,11}

Twigg, describe tres modelos de cuidado de acuerdo a las intervenciones que el cuidador realiza:¹¹

- Uno es el modelo de cuidador como recurso; el cuidador suple las deficiencias de la persona dependiente, es un modelo para un fin, proporciona cuidados.
- El segundo es el de cuidador como co-trabajador, el profesional trabaja a la par con el cuidador, desempeñando un papel de cooperador y facilitador, el cuidador profesional lo hace con una motivación instrumental: al mantener el bienestar y la moral del cuidador.
- El tercero es el de cuidador como cliente, se manifiesta cuando el cuidador tiene una gran responsabilidad de cuidado y está muy estresado.

Finalmente, la literatura refiere tres componentes críticos en el cuidado familiar: la comunicación, la toma de decisiones y la reciprocidad.^{11,12}

Objetivos

- Aplicar un Proceso de Enfermería a una Familia.
- Identificar los patrones alterados y el/los diagnóstico/s "foco".
- Desarrollar planes de cuidado por medio de resultados esperados e intervenciones.
- Conocer el tipo de familia y los roles de cada uno de los miembros.
- Visualizar las redes de apoyo con las que cuenta la familia en estudio.

Metodología

En las investigaciones se han identificado un conjunto de aspectos comunes en las intervenciones de enfermería con familias, consideraciones que se tomaron en cuenta para desarrollar el presente proceso de enfermería en familia y son: considerar la experiencia de la familia en un lapso de

tiempo; considerar el contexto cultural y ecológico de la familia; reconocer la importancia de las relaciones entre los miembros de la familia así como su singularidad de cada uno de ellos; el sistema familiar es influenciado por cualquier cambio que ocurra en sus miembros individuales; es posible ofrecer cuidados de enfermería a familia aunque no todos sus miembros estén presentes; y por ultimo, la enfermera en familia enfatiza los recursos de la familia, de los miembros individuales, apoyando a través de la ayuda mutua.

Anteriormente se dijo que la familia es considerada como un sistema complejo donde el desequilibrio de uno afecta a todos como unidad.

Para lograr los objetivos planteados se siguieron cinco fases: valoración, diagnóstico, planeación, ejecución y evaluación.

Se visito a la familia en diferentes ocasiones con el propósito de establecer una relación de ayuda en un contexto de confianza.¹³ Durante las visitas se informó a la familia el motivo de la intervención.

Durante el desarrollo del proceso se explicaba las actividades a desarrollar para adoptar una postura activa y colaborativa. Las comunicación interpersonal durante las visitas domiciliarias fue punto clave para aplicar el instrumento de valoración (11 patrones funcionales de Marjory Gordon) con el fin de identificar las respuestas humanas alteradas de la familia.^{13, 14}

El límite de tiempo establecido fue Octubre de 2011 a Enero del 2012. El lugar fue en la vivienda donde habita la familia Vargas Ibarra y cuyo domicilio es conocido en la colonia Santa Teresita.

Para desarrollar la intervención con el Proceso de Enfermería primeramente se considero como marco para la valoración los Patrones funcionales de Marjory Gordon^{14,15} Se logró identificar los factores detonantes

de los problemas que estaban dentro de este sistema familiar, posteriormente se le otorgo una etiqueta diagnostica resultando ocho los diagnósticos de enfermería o problemas a solucionar. Entonces, de los diagnósticos referidos se identificaron diagnósticos “focos” a partir del modelo del Análisis del Resultado del Estado Actual (el foco según Daniel Pes-sut es el diagnóstico más importante y el que desencadena la aparición de otros).¹⁶ Una vez que identificas el diagnóstico foco y planeas los resultados esperados y las intervenciones para lograr esos resultados automáticamente los otros diagnósticos o problemas de salud se resuelven en “efecto domino”. Cabe señalar, que los resultados esperados y las intervenciones propuestas por enfermería fueron consensuadas con los integrantes de la familia y surgen de las necesidades observadas por el profesional y las percibidas por los integrantes de la familia. (Ver figura 1 y 2)

Durante la fase de valoración y diagnóstico se identificó a dos integrantes de la familia que vivencian una situación de vulnerabilidad; un menor (nieto) y su cuidadora (abuela) fueron quienes llamaron nuestra atención debido a la obviedad de sus situaciones personales. En el caso del infante (receptor de los cuidados) y la abuela (cuidadora) las dimensiones afectadas son la física y la emocional.

Resumen de Valoración

Familia: Vargas Ibarra

I.- Patrón percepción de la salud o manejo de la salud de la familia.

Se percibe un nivel de salud moderado en la familia. la Sra. Julia Ibarra de 55 años presenta Hipertensión Arterial desde hace más de nueve años, con cardiomegalia detectada hace dos años aproximadamente, refiere presentar constantemente bradicardia, acompañada de fatiga y lleva a cabo poca actividad física. En la familia se

detecto el problema de alcoholismo en uno de los hijos de la Sra. Julia Ibarra. Las prácticas de salud entre los miembros de la familia también se evidenciaron al presentar el esquema de vacunación completo. Los integrantes refieren que en caso de requerir un tratamiento farmacológico lo llevan a cabo en tiempo y forma. Cuentan con IMSS adscritos a la Unidad de Medicina Familiar #24.

Respecto a la vivienda se trata de casa propia construida con ladrillo, tiene seis cuartos; la casa esta amueblada y tiene luz eléctrica, alcantarillado, agua potable, cuentan con dos baños completos con WC conectados al drenaje dentro de la vivienda. La casa se encuentra ubicada en un vecindario suburbano con calle pavimentada.

Existen algunos factores de riesgo como la contaminación del suelo, del aire. Además, se observa fauna que podría ser nociva; ejemplo de ello, los perros abandonados que buscan alimento en la basura humana. La basura que ellos producen la recolectan en botes con tapa y bolsas de plástico que sacan a la calle y un camión recolector la recoge.

Cerca de la vivienda hay áreas de juego, centros de salud, iglesias y escuelas.

La percepción de los vecinos respecto a la imagen social de la familia es de “familia rica”.

2.- Patrón Nutricional-Metabólico de la familia

La familia en cuestiones de nutrición y auto percibiéndose como “de buen apetito” expresan que la persona encargada es la Sra. Julia Ibarra. Ella refiere una dieta basada en cinco comidas al día, con tres como base y dos entre comidas. Esta última conformada por fruta picada. Utilizan la refrigeración para prevenir que los alimentos pasen a periodo de descomposición. Como bebida para acompañar las comidas la familia consume refrescos. Expresan cepillarse los dientes dos veces al día, por la mañana y por la noche. Referente al estado nutricional de los integrantes de

la familia; la Sra. Julia Ibarra mantiene un peso de 65 kg y presenta una talla de 1.54 m., por lo que su Índice de Masa Corporal (IMC) es de 27.40, considerado sobrepeso. Mientras que el niño Ángel Vargas tiene un peso de 18 kg y una talla de 1.01 m., resultando un IMC de 17.64 cifra que indica un estado nutricional bajo.

3.- Patrón de Eliminación de la familia

La familia manifiesta no presentar ningún tipo de problema con la eliminación urinaria o intestinal.

4.- Patrón de actividad-ejercicio de la familia

El tiempo libre lo utilizan para ver televisión, además de hacer ejercicio por las mañanas (actividad poco frecuente). También refieren mantener estrategias de autocuidado como baño, higiene, vestimenta, a excepción del niño Jadiel Vargas, quien debido a su edad aún no puede realizar todas las prácticas de autocuidado de manera independiente, sin embargo, es apoyado por "mamá" (abuela).

5.- Patrón de sueño y descanso de la familia.

Respecto a este patrón, los abuelos duermen en una sola habitación, el niño Ángel duerme en otra habitación separada e independiente, y en otro cuarto duermen la Sra. Ana con su esposo Jadiel y su hijo, con un horario de sueño de 10 pm a 7 am. En ocasiones usan el té de azar para conciliar el sueño.

6.- Patrón cognitivo y perceptual de la familia

No se refieren datos en este patrón. Aparentemente normal.

7.- Patrón de Autopercepción y autoconocimiento de la familia.

Se definen como una familia que vive con estrés. La Sra. Julia Ibarra refiere tensión y cansancio, ya que cuida a su nieto todos los días de la semana y durante todo el día, a excepción de cuando la mamá del niño lo visita por un lapso aproximado de dos horas.

8.- Patrón Rol-Relación de la familia

Cabe señalar, que existen conflictos entre algunos integrantes de la familia respecto a la crianza del niño Ángel, incluso este último ha manifestado problemas de conducta en la escuela y en la propia casa.

Existen otros miembros de la familia que no se encuentran viviendo en el mismo domicilio, por lo que no se mencionan como parte de ésta; la familia en estudio, tiene un ingreso mensual económico de \$20,000.00 por pensión y jubilación, por lo que no manifiestan tener problemas económicos que impacten de forma negativa la salud.

9.- Patrón sexualidad-reproductor de la familia

Manifiestan ambos matrimonios tener vida sexual activa y satisfactoria, la Sra. Julia solo tuvo dos embarazos y la Sra. Ana ha tenido uno hasta el momento; ésta última dice querer tener otro hijo en un lapso de un año, por lo que pretende retirarse el dispositivo intrauterino en su próxima revisión; por su parte, la Sra. Julia presenta histerectomía desde los 28 años de edad, expresan realizarse periódicamente la autoexploración de mamas.

10.- Patrón enfrentamiento-tolerancia al estrés de la familia

Recientemente se ha presentado en la familia situaciones de estrés entre los integrantes de la familia, debido a conflictos interpersonales con personas ajenas a la familia que están involucrándose en las situaciones familiares, lo que ha originado que a pesar de pláticas continuas no existan respuestas favorables en la solución del problema. Cabe mencionar, que la Sra. Ana violenta al niño Ángel; le grita, le expresa poco afecto y crea en el niño un conflicto al mencionarle que "nadie lo quiere".

11.- Patrón Valores y creencias de la familia

Expresan ser de religión católica, pero no

visitan iglesias. Dichas prácticas no las perciben importantes; en consecuencia, no las vinculan con la salud emocional o espiritual. La familia refiere gozar de un estado de salud óptimo; y en caso de requerir atención médica, acuden a su Unidad de Medicina Familia.

Diagnósticos de Enfermería

Dominio 7, Patrón Rol Relaciones.

Clase 2: Relaciones Familiares.

- ✓ Procesos familiares disfuncionales (00063) Relacionado con habilidades de afrontamiento inadecuadas y falta de habilidades para la solución de problemas manifestado por crítica, negación de los problemas, conflictos crecientes, deterioro de la comunicación (conflicto de hijo y madre [cuidadora primaria]), habilidades ineficaces para la solución de problemas, enfermedades físicas relacionadas con el estrés, abusos verbales hacia el niño.

Dominio 9, Patrón Afrontamiento y tolerancia al estrés.

Clase 2: respuestas de afrontamiento

- ✓ Afrontamiento ineficaz (00069) relacionado con crisis situacionales e incertidumbre manifestado por fatiga, alta tasa de enfermedad, solución inadecuada de los problemas, falta de resolución de los problemas.
- ✓ Estrés por sobrecarga (00177) relacionado con agentes estresantes intensos (enfermedad crónica [Hipertensión]) manifestado por expresión de sensación de tensión y presión, informa sobre el impacto negativo del estrés (T/A alta, sensación de estar enferma, crisis nerviosa).

Resultados

Para describir los resultados se consideran los objetivos planteados al inicio del proyecto.

Durante el desarrollo del Proceso de Enfermería en la etapa de diagnóstico se pudieron observar ocho diagnósticos o problemas dentro del sistema familiar; y se identificaron dos “focos” el primero, Afrontamiento ineficaz y estrés por sobrecarga dichos focos pertenecen a la cuidadora Ana, abuela del escolar. (ver figura 1)

La evaluación de las intervenciones planeadas en el presente Proceso de Enfermería se pueden visualizar en los indicadores que posee cada plan de cuidado. Ejemplo: en el diagnóstico Afrontamiento ineficaz el indicador seleccionado “conocimiento de la actividad prescrita” se encontraba ligeramente adecuada y al finalizar la intervención está sustancialmente adecuada. Cabe mencionar, que para lograr dichos resultados se eligieron las acciones que despliega la taxonomía de intervenciones. (ver figura 2)

El tipo de familia que se identifica según los referentes consultados es la familia extensa caracterizada por que dos familias viven en un mismo contexto, en este caso, el hijo y su esposa viven en casa de la madre, incluyendo nietos.¹⁷ (ver figura 3)

Los roles que fueron observados en la familia en estudio son: de hijo, padre, madre-abuela y cuidadora al mismo tiempo; pero los que fueron de relevancia para el presente proceso ha sido el de cuidadora y madre de parte de la Sra. Ana, abuela del infante Ángel. Este último como receptor de los cuidados.

Uno de los hallazgos encontrados en la aplicación de este Proceso de Enfermería fue el acogimiento familiar de menores por parte de los abuelos donde son éstos los que ofrecen todos los cuidados diarios y diurnos de sus nietos. Situación que se origina porque los padres no son capaces de desarrollar el rol parental debido a situaciones, motivos o dificultades.¹⁷

Por último, las redes de apoyo con las que cuentan los integrantes de la familia son: la iglesia, los amigos, el trabajo, la guardería/kinder, las reuniones y/o visitas familiares. (vea figura 4)

Discusión

El Proceso de Enfermería en familia que tradicionalmente se ha venido utilizando ha ido cambiando a lo largo del tiempo y ha evolucionado desde un enfoque basado en los problemas, hacia un enfoque basado en los resultados; factor que ha contribuido al desarrollo de conocimiento en enfermería a partir de la estandarización de diagnósticos, resultados esperados e intervenciones.

Cabe señalar, que el sistema sanitario está interesado en la especificación y medida de resultados más que en la valoración e identificación de problemas. Este pensamiento va de la mano con la metodología del Proceso de Enfermería, en este caso aplicado a una familia.¹⁶ Los cuidados de enfermería centrados en los problemas no están necesariamente orientados a la consecución de resultados específicos. Los resultados esperados apuntan hacia la consecución de objetivos finales o estados deseados. La especificación de resultados es fundamental para los cuidados y la gestión de casos.^{6, 16}

Conclusión

El realizar Procesos de Enfermería a familias permite conocer el contexto de la familia, la dinámica familiar, el tipo de familia; así como la posibilidad de identificar las respuestas humanas traducidas en expresiones de salud físicas, psíquicas, sociales, espirituales; y en consecuencia coadyuvar en el bienestar familiar a partir de estrategias para potencializar el bienestar de cada uno de los integrantes.

La utilización de la taxonomías NANDA, NOC y NIC facilitan la planeación y el registro de los

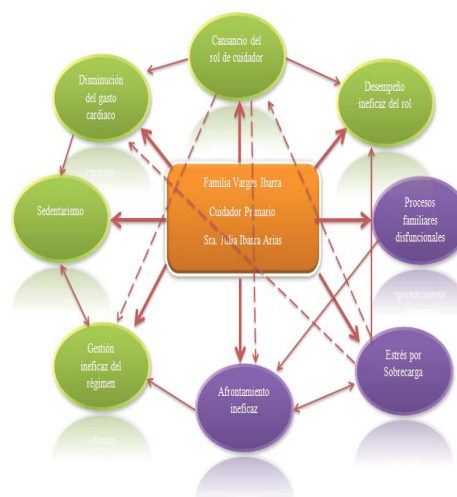
cuidados profesionales de enfermería garantizando la calidad de los mismos.

La implementación de intervenciones en consenso con la familia permite construir una relación de ayuda facilitando el logro de los resultados esperados y el empoderamiento de los integrantes afectados.

El modelo AREA es una propuesta que ayuda en gran medida para tomar decisiones acertadas para la práctica de enfermería a partir del razonamiento reflexivo y crítico de la/el enfermera/o.

Por último, y a manera de reflexión “Ser cuidador familiar de una persona es una experiencia difícil que confronta el sentido mismo de la existencia, pero sin duda, es también una de las experiencias más enriquecedoras que un ser humano puede vivir; es una forma de trascender, de entregarse y comprender lo importante de la vida”.⁴

Modelo de Análisis del Resultado del Estado Actual (Figura 1)



Planes de Cuidado (Figura 2)

Diagnóstico:		Afrontamiento ineficaz (00069)			
NOC:	Preparación del cuidador familiar domiciliario				
Dominio:	Preparación de un cuidador para asumir la responsabilidad de la asistencia sanitaria domiciliar de un miembro de la familia.				
Clase:	Ejecución del cuidador familiar (W)				
Escala:	Inadecuado a Sustancialmente adecuado.				
Definición:	Preparación de un cuidador para asumir la responsabilidad de la asistencia sanitaria domiciliar de un miembro de la familia.				
		Inadecuado	Ligeramente adecuado	Moderadamente adecuado	Sustancialmente adecuado
Indicadores:		1	2	3	4
220208	Conocimiento de la actividad prescrita		2		4
220215	Confianza en la capacidad de controlar la atención domiciliar	1		3	
220218	Evidencia de planes de apoyo del cuidador familiar		2		4
NIC:		7040: Apoyo al cuidador principal.			
Definición:	Suministro de la necesaria información, recomendación y apoyo para facilitar los cuidados primarios al paciente por parte de una persona distinta del profesional de cuidados sanitarios.				
Campo:	5. Familia: Cuidados que apoyan a la salud familiar.				
Clase:	Clase X.- Cuidados de la vida				

Definición:	Intervenciones para facilitar el funcionamiento de la unidad familiar y fomentar la salud y el bienestar de los miembros de la familia a lo largo de toda su vida.
Actividades:	• Determinar el nivel de conocimiento del cuidador. • Determinar la aceptación del cuidador de su papel- • Aceptar las expresiones de emoción negativa. • Admitir las dificultades del rol del cuidador principal. • Estudiar junto con el cuidador los puntos fuertes y débiles. • Reconocer las dependencias que tiene el paciente del cuidador. • Realizar afirmaciones positivas sobre los esfuerzos del cuidador. • Animar al cuidador a que asuma su responsabilidad. • Observar si hay indicios de estrés • Enseñar al cuidador técnicas de manejo del estrés. • Brindar al cuidador estrategias para acceder y sacar el máximo de provecho de los recursos de cuidados sanitarios y comunitarios. • Comentar con el paciente los límites del cuidador • Aprovechar al cuidador a establecer límites y a cuidar de sí mismo.

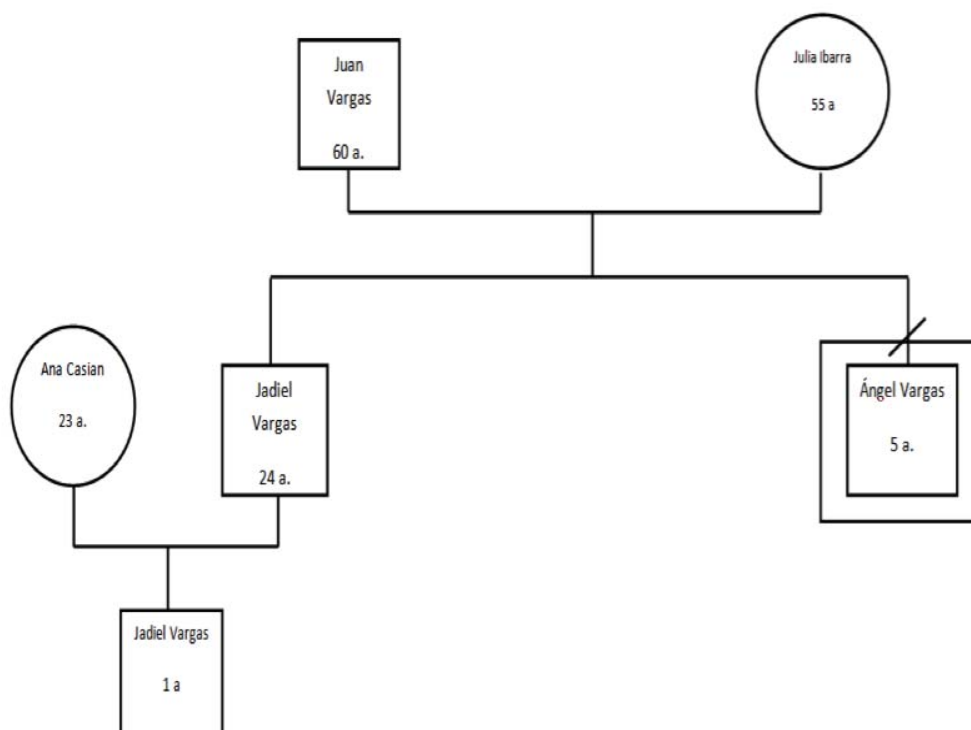
Diagnóstico:		Estrés por sobrecarga (00177)		
NOC:	Factores estresantes del cuidador familiar (2208)			
Dominio:	Salud Familiar (VI)			
Clase:	Ejecucion del cuidador familiar (W)			
Escala:	Intensa hasta moderada			
Definición:	Gravedad de la presión psicosocial sobre un cuidador familiar por parte de otro durante un extenso periodo de tiempo			
Indicadores:		Inadecuado	Sustancial	Moderado
		1	2	3
220801	Factores estresantes referidos por el cuidador.	1		3
220802	Limitaciones físicas del cuidador	1	2	
220821	Deterioro de las relaciones familiares	1		3

NOC:		Bienestar del cuidador principal (2508)		
Dominio:	Salud Familiar (VI)			
Clase:	Estado de salud de los miembros de la familia (Z)			
Escala:	No del todo satisfecho a Muy satisfecho			
Definición:	Alcance de la percepción de positiva del estado del proveedor de cuidados primarios.			
		No del todo Satisfecho	Algo Satisfecho	Moderadamente <u>satisfecho</u>
Indicadores:		1	2	3
250801	Satisfacción con la salud física	1		3

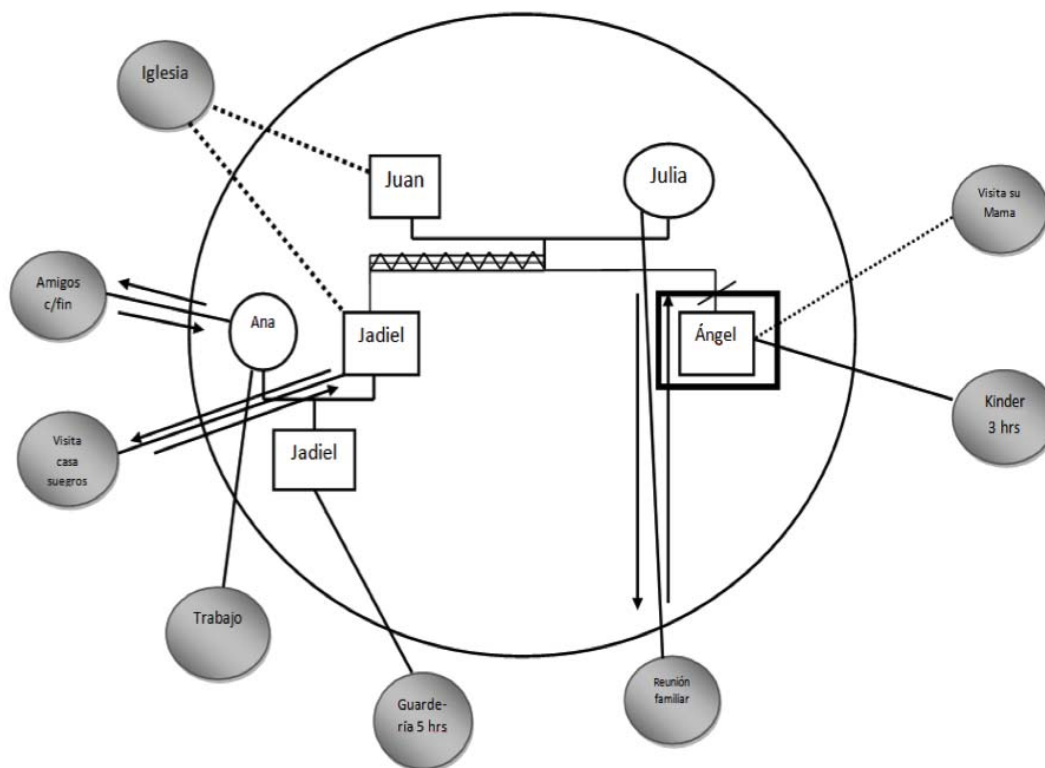
NIC:	7150.- Terapia Familiar	
Definición:	Ayuda a los miembros de la familia a conseguir un modo de vida más positivo para vivir mejor.	
Campo:	5. Familia: Cuidados que apoyan a la salud familiar.	
Clase:	Clase X.- Cuidados de la vida	
Definición:	Intervenciones para facilitar el funcionamiento de la unidad familiar y fomentar la salud y el bienestar de los miembros de la familia a lo largo de toda su vida.	
Actividades:	• Identificar como la familia resuelve los problemas • Determinar si están produciendo abusos en la familia. • Identificar las fuerzas/recursos de la familia. • Identificar las alteraciones específicas relacionadas con las expectativas de los papeles. • Identificar las áreas de insatisfacción y/o conflicto • Ayudar a los familiares a comunicarse más efectivamente • Facilitar el debate familiar • Facilitar estrategias para reducir el estrés • Proporcionar educación e información • Compartir el plan de terapia con la familia	

Estructura Familiar (Figura 3)

Genomapa



Ecograma (Figura 4)



Referencia Bibliográfica

1. Germán C., Hueso F., Huérfanos I. El cuidado en peligro en la sociedad global. Vol. 10, Núm. 23: 221-232. 2011. Disponible <http://www.um.es/global/>
2. Grupo de cuidado. Dimensiones del cuidado. 1° Edición. Bogotá. ED Universidad Nacional de Colombia; 1998.
3. Pérez Giraldo B. El cuidado de enfermería en familia, un reto para el siglo XXI. Rev. Aquichan; vol. 2; 2002
4. Grupo de cuidado de enfermería al paciente crónico. Cuidando a los cuidadores. Familiares de personas con enfermedad crónica. 1° Edición. Bogotá. ED Universidad Nacional de Colombia; 2010.
5. González Benítez I. Reflexiones acerca de la salud familiar. Rev. Cubana Med Gen Integr; 16 (5): 508-102; 2000. Disponible: http://bvs.sld.cu/revistas/mgi/vol16_5_00/mgi15500.htm
6. Iowa. Clasificación de resultados de enfermería. 4° Edición. España. ED Elsevier; 2009.
7. Iowa. Clasificación de intervenciones en enfermería. 5° Edición. España. ED Elsevier. 2009
- 8.-Barbieri Figuerado M. Enfermería familiar y comunitaria en el ámbito internacional. Enfermería de familia en Portugal: un camino en desarrollo. Rev. Iberoamericana de Enfermería comunitaria. Vol. 4 No 2 2011.
9. Grupo de cuidado. Cuidado y práctica de Enfermería. 1° Edición. Bogotá. Universidad Nacional de Colombia; 2006.
- 10.Torres Fernán I y Cols. Cuidar a un enfermo ¿pesa? Rev. Divulgación científica y tecnológica de la Universidad Veracruzana. Vol. XIX. No. 2; 2006.
11. De la Cuesta C. El cuidado del otro: Desafíos y posibilidades. Rev. Invest Educ enferm. (25)1: 106-112; 2007.
12. De la Cuesta C. El cuidado familiar: una revisión crítica. Rev. Investigación y Educación en Enfermería. Vol. XXVII, No. 1 pp. 96-102; 2009.
13. Cinabal L y Arce M. La relación enfermera-paciente. 1° Edición. Colombia. ED Universidad de Antioquia. Pp 125-151; 2009.
14. Gordon M. Manual de diagnósticos de Enfermería. 11° Edición. España. ED McGraw Hill. Pp 21-25; 2007.
15. NANDA Internacional. Diagnósticos enfermeros. Definiciones y clasificación. 8° Edición. España. ED McGraw Hill. 2010.
16. <http://www.aentde.com/modules.php?name=News&file=article&sid=18>
17. Sacramento Pinazo C. Impacto psicosocial del acogimiento familiar en familia extensa: el caso de las abuelas y los abuelos acogedores. Rev. Mult Gerontol. 13(2):89-101; 2003.